



НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ

кафедри фізичної реабілітації
і рекреації Харківської державної
академії фізичної культури

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА РЕКРЕАЦІЙНО-ОЗДОРОВЧІ ТЕХНОЛОГІЇ

№ 1 / 2016



УДК 615.8(045/.46)

Ф 48

ББК 53.48

Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології: [наук. журн.]

–Харків: ХДАФК, 2016. № –1– 128 с.

Оргкомитет:

Харківська державна академія фізичної культури
Харківський національний медичний університет
Українська державна академія залізничного транспорту
Харківська державна зооветеринарна академія
Комунальний заклад «Харківський санаторний навчально-виховний комплекс №13» Харківської обласної ради

Головний редактор:

Підкопай Денис Олегович, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, професор, завідувач кафедри фізичної реабілітації і рекреації ХДАФК.

Редакційна колегія:

- **Ажиппо Олександр Юрійович**, доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри теорії і методики фізичного виховання, ректор ХДАФК;
- **Подрігало Леонід Володимирович**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри гігієни та фізіології;
- **Адаменко Микола Ігорович**, доктор технічних наук, професор, академік МАБЖД, академік МАНЕП, завідувач кафедрою безпеки життєдіяльності фізико-енергетичного факультету ХНУ ім. В.Н. Каразіна;
- **Істомін Андрій Георгійович**, доктор медичних наук, професор, Лауреат Державної премії України, завідувач кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини з курсом фізичного виховання та здоров'я, ХНМУ;
- **Краснояружський Андрій Григорович**, доктор медичних наук, професор кафедри фізичної реабілітації і рекреації;
- **Литовченко Віктор Олексійович**, доктор медичних наук, професор кафедри фізичної реабілітації і рекреації;
- **Тарасенко Олександр Володимирович**, завідувач кафедри фізичного виховання ХДЗВА, доцент;
- **Петров Володимир Геннадійович**, кандидат медичних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації і рекреації;
- **Єфіменко Павло Богуславович**, кандидат педагогічних наук, професор кафедри фізичної реабілітації і рекреації;
- **Калмиків Сергій Андрійович**, кандидат медичних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації і рекреації;
- **Калмикова Юлія Сергіївна**, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент кафедри фізичної реабілітації і рекреації;
- **Каніщева Оксана Павлівна**, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент кафедри фізичної реабілітації і рекреації;
- **Дугіна Ліана Вячеславівна**, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент кафедри фізичної реабілітації і рекреації;
- **Гасанов Нізамі Гасан огли**, кандидат медичних наук, доцент кафедри травматології та ортопедії, Азербайджанський медичний університет ім. Н. Наріманова, м. Баку;
- **Манучарян Світлана Валентинівна**, старший викладач кафедри фізичної реабілітації і рекреації ХДАФК, відповідальний секретар.

Видання Харківської державної академії фізичної культури

Журнал включає статті, в яких відображено матеріали VIII міжнародної наукової конференції «Інноваційні напрями в фізичній реабілітації, рекреації та оздоровчих технологіях»

Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології № 1. 2016

Спеціалізоване видання за проблемами фізичної реабілітації та рекреаційно-оздоровчих технологій

Рік заснування: 2016.

Область і проблематика: У журналі представлені статті з актуальних проблем здоров'я людини, фізичної реабілітації, фізичної рекреації та медико-біологічного забезпечення фізичної культури і спорту. Показані тенденції у визначенні сучасних інноваційних напрямків фізичної реабілітації та рекреації, оздоровчих технологій, а також медико-біологічного забезпечення фізичної культури і спорту.

Матеріали збірника представляють теоретичний і практичний інтерес для докторантів, аспірантів, магістрів, фізичних реабілітологів, спортивних лікарів, викладачів, тренерів, спортсменів, а також студентів старших курсів.

Періодичність: 1-2 (3) раз на рік

Термін проведення конференції: 15–16 квітня 2016 року м. Харків

Журнал відбивається в міжнародних наукометричних базах даних: Google Scholar

Електронна версія сборника розміщена на сайті:
<http://hdafk.kharkov.ua/ua/struktura-akademiji/fakulteti/fakultet-reabilitatsiji-ta-informatiki/kafedra-rekreatsiji-ta-fizichnoji-reabilitatsiji>

Адреса редакції: 61202, м. Харків, вул. Переможна, 21.

Телефон: (057) 336-00-22;
096-125-01-53, 093-410-38-73.
E-mail: mybox3001@mail.ru

Друкується в авторській редакції.

ЗМІСТ

Белан Н.В., Лаптева Л.В., Дубинка Т.П. НОВЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ КУРОРТА «БЕРЕЗОВСКИЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ».....	3
Герасимова И.М. ПЛЯЖНЫЙ ВОЛЕЙБОЛ – ОЛИМПИЙСКИЙ ВИД СПОРТА, ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ДОСТИЖЕНИЯ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ И АКТИВНЫЙ ОТДЫХ В РЕКРЕАЦИОННЫХ ЗОНАХ.....	6
Грохова Г.П. РЕКРЕАЦІЙНІ ПОСЛУГИ – ШЛЯХ ДО ЗДОРОВ'Я ЗБЕРЕЖЕННЯ ОРГАНІЗМУ СТУДЕНТІВ	10
Дармофал Е.А., Смирнова О. А., Байрамов Азад Агалар огли, Жадько І.О. ТЕХНОЛОГІЇ ЗАХИСТУ ЛЮДИНИ ТА НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА У ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ ВСІХ РІВНІВ	14
Єфіменко Н.П., Єфіменко П.Б., Каніщева О.П., Левченко Я.С. ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ НА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ	17
Жерновенков А.О., Макєєва М.А., Горшенін В.О., Мороз А.В. РАЦІОНАЛЬНЕ ПОЄДНАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ З ІНШИМИ ЗАСОБАМИ ЛІКУВАННЯ В МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	21
Захарова О.М. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ЗБЕРІГАЮЧОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ... ..	25
Здыбский В.И. ГОМЕОСИНИАТРИЯ И АКУПУНКТУРА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ СУСТАВОВ	28
Иванов В.И., Пашенко Н.А. ПРИРОДНАЯ СРЕДА КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕКРЕАЦИИ СТУДЕНОВ.....	34
Истомин А.Г., Ткаченко А.В., Истомин Д.А., Журавлев В.Б., Манучарян С.В. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ БИОМЕХАНИКИ В МОНИТОРИНГЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНОЙ СВЯЗКИ... ..	37
Казанцева А.В. НЕТРАДИЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ.....	41
Королик С.В. КИНЕЗИОТЕЙПИНГ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В СПОРТИВНОЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ	45
Костикова О.В., Корсун С.Н., Шапошникова И.И., Суворова Я.В. ЭТНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛА В КОНТЕКСТЕ ПРОБЛЕМЫ ИННОВАЦИЙ В РЕКРЕАЦИИ.....	49
Макєєва М.А. ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ У ХВОРИХ НЕВРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ.....	55
Малахов В.О., Макєєва М.А., Кошелєва Г.М., Федоренко Н.О., Жерновенков А.О., Расторгуев О.Л. ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ АПІТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ	61
Манучарян С.В., Станкевич Блажей, Цеслицька Мирослава, Шевченко Н.И. КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА.....	66

Михайленко Г.В., Петренко О.В. ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ «ХАРКІВСЬКИЙ САНАТОРНИЙ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНИЙ КОМПЛЕКС № 13» ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ... ..	72
Пешкова О.В., Рубан Л.А., Мелешков В.О. ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ ГІПОТОНІЧНІЙ ХВОРОБИ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ.....	76
Полковник-Маркова В.С. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ.....	82
Помещикова И.П, Цветкова Л.Ю. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УПРАЖНЕНИЙ С МЯЧОМ В ПРОЦЕССЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ШКОЛЬНИКОВ С АУТИЗМОМ	86
Попов Ф.И., Кирпенко В.Н., Ткачук А.А. СХЕМА ТРЕНИРОВОК ВЕСТИБУЛЯРНОГО АППАРАТА ПРИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ЛЕТНОГО СОСТАВА... ..	89
Сак А.Е. МЕЖПОЗВОНКОВЫЙ ОСТЕОХОНДРОЗ КАК СЛЕДСТВИЕ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЗВОНОЧНИКА У СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛИЗАЦИЙ.....	92
Сердюк А.И., Доленко О.В., Патока Л.Н., Смецкова Н.А. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ САЛЬПИНГООФОРИТАМИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО - КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ	95
Страколист Г.М., Кальонова І.В., Кузнєцов А.О., Богдановська Н.В. АПРОБАЦІЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК 30-45 РОКІВ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-го ТИПУ.....	98
Хасан Дандаш, Кирилова О.О. Підкопай Д.О. ДЕЯКІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ.....	103
Червона С.П. ПРИЧИНИ ТРАВМАТИЗМУ ГАНДБОЛІСТОК НА ЕТАПІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ БАЗОВОЇ ПІДГОТОВКИ... ..	107
Червона С.П., Кононенко Н.Н. ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ГАНДБОЛІСТІВ СТУДЕНТСЬКИХ КОМАНД.....	110
Чуча Н.И. ПРИЧИНЫ ТРАВМАТИЗМА В СТУДЕНЧЕСКОМ БАСКЕТБОЛЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ТРАВМ.....	113
Шевченко О.О. ВИКОРИСТАННЯ ЗАНЯТЬ ТЕНІСОМ ЯК ЗАСОБУ ФІЗИЧНОЇ РЕКРЕАЦІЇ.....	117
Шепеленко Т.В., Довженко С.С., Шатов. А.В. ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В УкрДУЗТ.....	120
Яшна О.П. ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ НАВЧАННЯ ФІЗИЧНИМ ВПРАВАМ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ РАННЬОГО АУТИЗМУ	124

НОВЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ КУОРТА «БЕРЕЗОВСКИЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ»

Белан Н.В., Лаптева Л.В., Дубинка Т.П.

ДП «Клинический санаторий «Курорт Березовские минеральные воды», Украина

Аннотация. В статье приведен обзор оздоровительных методик для усиления эффекта санаторно-курортного лечения.

Ключевые слова: лечебная нордическая ходьба, аквастеп, аквагимнастика, многоуровневый массажер Master Spin

Введение.

Учитывая сложившуюся экономическую ситуацию, для профсоюзных здравниц Украины перспективным является развитие реабилитации.

В связи с этим представляет особый интерес применение лечебных методик: лечебная нордическая ходьба, аквастеп, аквагимнастика, многоуровневый массажер Master Spin, для усиления эффекта санаторно-курортного лечения.

1. Лечебная нордическая ходьба (ЛНХ) с палками - это метод лечения ходьбой по специально оборудованной дорожке определенной длины (по маршрутам терренкура), за определенное время с учетом темпа ходьбы.

Циклично повторяющиеся движения мышц всего тела вырабатывают новый двигательный стереотип - «перекрестный шаг», который улучшает координацию движения, повышает иммунитет, нормализует тонус симпатoadреналовой системы, что проявляется в снижении частоты пульса, дыхания, АД, защищает организм женщин от остеопороза за счет возрастания усвояемости кальция, улучшает деятельность всего желудочно-кишечного тракта, снижает вес.

Но преобладающее значение эта методика имеет при лечении больных с остеохондрозом шейно-грудного отдела позвоночника, сколиозом и плечелопаточным перартрозом.

Занятие на курорте проводятся ежедневно с августа 2011 с инструктором ЛФК в группе с 20 человек и уже с 10-го дня регулярных занятий проявляется эффект методики так:

-уменьшается клиническое проявление остеохондроза и увеличивается объем активных движений в сус-тавах;

-снижается напряжение мышц шеи, плеч;

-снижается частота пульса, больных без исключения, даже на фоне исходной тахикардии.

2 Аквастэп - это разновидность аквагимнастики, заключается в ходьбе по дну бассейна и выполнении специальных упражнений для мышц, стоп, голени и бедер, стоя на дне бассейна.

Сокращение мышц при выполнении аквастэпа действует как «мышечный насос», который улучшает отток крови к сердцу, помогает венозному оттоку, лимфообращению и обеспечивает лимфодренаж.

Заняття проводяться в малій групі з 3-6 осіб з варикозним розширенням вен, облітеруючим атеросклерозом судин н/к, облітеруючим ендартеріитом н/к і артрозом суглобів. Лікувальний курс включає 10 процедур ч/д.

Для підвищення ефективності лікування варикозного розширення вен н/к включають в лікувальний комплекс щоденну ЛНХ.

Після лікування у всіх хворих:

- 1) зменшилися болі і слабкість в ногах;
- 2) збільшилося відстання безбольової ходьби;
- 3) збільшилася подвижність і об'єм рухів в суглобах.

3. Аквагімнастика з аквапоясом для пасивного підводного вертикального витягнення поперекового відділу хребта.

Заняття проводяться з жовтня 2011 року з інструктором ЛФК в групі з 10 осіб з захворюваннями поперекового відділу хребта, при яких необхідно витягнення.

В час витягнення хребта пацієнт виконує фізичні вправи, направлені на розвантаження хребта і зміцнення м'язів, які його підтримують. Це зміцнює м'язовий «корсет» хребта, протидіє зміщенню міжхребтних дисків, покращує периферичне кровообігання, лімфодренаж і венозний відтік крові н/кінцівок, допомагає розслабленню м'язів.

В результаті у хворих, які відвідали заняття:

1. Зміцнілися результати лікування на курорті, що виражалося в зменшенні або припиненні болей в попереково-хребтній області.
2. Підвищувалася фізична активність, і збільшувався об'єм рухів в хребті.

4. Многоуровневий масажер Master Spin відноситься до класу одного

з найбільш точних методів лікування, лікування положенням, який розроблений з метою зняття напруги з метою зняття напруги в хребтно-м'язових сегментах.

Master Spin допомагає декомпресії міжхребтних дисків, сприяє максимальному відновленню роботи м'язів поперекового і грудного відділу хребта, зняття болючих неприємних відчуттів, посилює циркуляцію крові, знімає набутість, відновлює працездатність м'язів і створює умови для відновлення хребтно-м'язових сегментів, покращує роботу внутрішніх органів, сприяє покращенню метаболізму (обмін речовин).

Заняття проводяться з жовтня 2011 року з інструктором ЛФК в групі з 10 осіб, з захворюваннями хребта: остеохондрозом, радикулітом, порушенням осанки різних стадій, крім патологічних форм кифоза. Завдяки спеціальному функціональному вигибу і вирізу в дугі масажера, коли займається положенням на Master Spin, він надає вплив на м'язи спини, що дозволяє хребту зайняти правильне положення – це сприяє декомпресії (розвантаженню) в хребтно-м'язових сегментах.

Продовжительність впливу на хребет при горизонтальному застосуванні 10 хвилин.

Для нормалізації функції хребта достатньо 2-х застосувань в день, вранці і ввечері. Профілактичне вертикальне використання Master Spin не обмежено по часу.

Вже з 10-12 днів регулярних занять у хворих зменшуються болі, розслаблюються і зміцнюються м'язи спини, знімається напруга і втома, значні покращення в осанці і гнучкості, підвищується життєвий тонус. За весь цей період не було зареєстровано жодного негативного результату.

Выводы.

Таким образом, применение новых методов в лечении позволяет целенаправленно использовать природные лечебные факторы курорта в восстановлении трудового и социального потенциала больного.

Литература:

1. Виды реабилитации: физиотерапия, лечебная физкультура, массаж: [учебное пособие] / Т.Ю. Быковская [и др.] / [под общ. ред. Б.В. Карабухина]. – Ростов н/Д: Феникс, 2010. – 557 с.
2. Лечебная физическая культура: [учеб. для высш. учеб. заведений] / С.Н. Попов, Н.М. Валеев, Т.С. Гарасева [и др.] / под ред. С.Н. Попова; - [5-е изд., стеретипное]. – М.: Изд. центр «Академия», 2008. – С. 116-123, 217-235.

3. Учебник инструктора по лечебной физкультуре / под ред. проф. В.К. Добровольского. – М.: ФиС, 1974. - 480 с.

4. Частная патология: учеб. пособие [для студ. высш. учебн. заведений] / С.Н. Попов, Н.М. Валеев, Т.С. Гарасева [и др.] / под ред. С.Н. Попова. – М.: Изд. центр «Академия», 2004. – С. 90-131.

Информация об авторах:

Белан Наталья Викторовна, врач-терапевт высшей категории
Лаптева Людмила Владимировна, врач-терапевт высшей категории
Дубинка Тамара Павловна, врач-терапевт высшей категории
ДП «Клинический санаторий «Курорт Березовские минеральные воды»
Харьковская область, Дергачевский район,
с. Березовское
e-mail: berminvodysanatory@ukr.net

ПЛЯЖНЫЙ ВОЛЕЙБОЛ – ОЛИМПИЙСКИЙ ВИД СПОРТА, ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ДОСТИЖЕНИЯ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ И АКТИВНЫЙ ОТДЫХ В РЕКРЕАЦИОННЫХ ЗОНАХ

Герасимова И. М.

Днепродзержинский энергетический техникум, Украина

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы влияния занятий пляжным волейболом на повышение уровня здоровья различных слоев населения. Пляжный волейбол как наиболее популярный вид спорта для активного отдыха современного человека. Максимальное использование природных факторов при игре в пляжный и парковый волейбол.

Ключевые слова: пляжный волейбол, активный отдых, природные факторы, двигательная активность.

Постановка проблемы. Научно-технический прогресс с каждым днем все больше проникает в жизнь человека. Достижения науки и техники последних десятилетий принесли современной цивилизации огромную пользу в плане усовершенствования и модернизации производственной и бытовой сфер деятельности человечества, значительно увеличился объем получаемой информации из интернета, поднялся материальный уровень жизни человека.

Но все эти преимущества поставили современное общество и перед рядом проблем – снижение двигательной активности, значительно снизился уровень социализации и особенно молодежи из-за максимального общения с использованием современных средств связи (мобильные телефоны, интернет), что в свою очередь пагубно влияет на достижение высокого уровня здоровья, продление активного долголетия и возможности профессиональной самореализации, а также утрату способности и интереса к живому общению (умение общаться с людьми различных профессий, поколений, полов).

Методы исследования. Анализ литературных источников и результатов

соревнований, педагогическое наблюдение.

Результаты исследования. Всем известно, что физические упражнения оказывают благотворное влияние на функциональное состояние человека (продуктивнее работают эндокринная и нервная системы, повышается уравновешенность нервных процессов, совершенствуется деятельность двигательных анализаторов, улучшается память, сон). Занятия любимым видом спорта повышают общую работоспособность организма, наблюдается уменьшение травматизма в быту и на производстве, занимающиеся значительно реже болеют и быстрее восстанавливаются после перенесенных заболеваний. А если это еще и вид спорта, в котором, наряду с максимальной двигательной активностью задействованы и все природные факторы, то этот положительный эффект увеличивается в разы.

Пляжный волейбол, несмотря на статус профессионального вида спорта, обладает высокой популярностью среди любителей активного отдыха различных возрастов.

Первые упоминания о пляжном волейболе приходятся на 1910 год – в это время на Гавайях местные серферы, ожи-

дая «хорошую» волну, скрашивали досуг игрой в волейбол прямо на пляже. Некоторое время спустя в пляжный волейбол стали играть на пляжах Санта-Моники (Калифорния, США), по шесть человек в каждой команде. А уже в 1930 году в Санта-Монике прошёл первый матч по пляжному волейболу с командами, состоящими из двух человек.

В Европу пляжный волейбол попал благодаря французским нудистам: в 1927 году эта игра стала популярным развлечением на пляже в Франконвилле (маленький городок недалеко от Парижа). Очень скоро игра распространилась по всей Европе. В нынешней Мекке пляжного волейбола - Бразилии игра стала популярной в 1950-х годах.

Первый официальный турнир по пляжному волейболу был проведен в 1947 году в Калифорнии, и уже через год в Лос-Анджелесе прошел первый турнир с призовым фондом (главным призом стал ящик шипучки).

Высокая популярность игры позволяет привлечь к игре внимание со стороны спонсоров и телевидения. Под эгидой ассоциаций и федераций проводятся турниры и соревнования, систематически появляются новые профессиональные команды и новые спортивные кумиры.

В 1989 году был проведен первый чемпионат мира по пляжному волейболу, а в 1993 году он стал официальным олимпийским видом спорта.

В официальных соревнованиях в пляжный волейбол играют две команды, по два человека в каждой и без замен. Игра проходит на песчаной площадке (8 на 16 метров), разделенной сеткой (высота для мужчин – 2,43 м и для женщин - 2,24 м). Цель игры – добиться того чтобы мяч коснулся площадки на стороне соперника, и в свою очередь не допустить падения мяча на своей стороне. Мяч можно отбивать любой частью тела.

Мяч вводится в игру подающим игроком. Когда мяч оказывается на чьей-

либо стороне, то команда может ударить по мячу три раза, для того чтобы перекинуть его на половину противника. Причем игрок не имеет права ударить по мячу два раза подряд (кроме случаев блокировки или при первом касании).

Розыгрыш мяча продолжается до тех пор, пока мяч не коснется площадки, уйдет за пределы площадки или одна из команд не совершит ошибку. Выигравшая розыгрыш команда зарабатывает очко и право подавать мяч. Подающие игроки должны меняться при переходе подачи.

В пляжном волейболе матч играется из 2-х партий, а команда, которая выигрывает две партии, выигрывает матч. И если после первых двух партий счет 1:1, то играется решающая третья партия. Партия считается выигранной, если одна из команд набирает 21 очко при разнице в 2 очка. Но если счет в партии 20:20, то игра продолжается до тех пор, пока счет не достигнет разницы в два очка. Если же дело доходит до третьей партии, то победа присуждается команде, которая набрала 15 очков при разнице в 2 очка. При счете 14:14 игра продолжается до тех пор, пока счет не достигнет разницы в два очка.

Что касается игр любителей, то здесь правила могут быть какие угодно, главное – получить от игры заряд хорошего настроения!

Благодаря простоте правил, использованию несложного оборудования и инвентаря, наличие ровной поверхности с песком и пляжного костюма, пляжный волейбол становится частью образа жизни многих современных людей на всех континентах. Этот вид спорта у людей ассоциируется с пляжем, солнцем, современной музыкой и отличным настроением.

А главное отличие и преимущество пляжного волейбола от классического заключается в том, что во время игры игроки используют максимально основ-

ные природные факторы оздоровления – солнце, воздух и воду!

Использование природных факторов по максимуму в процессе тренировки и соревнований в пляжном волейболе или просто во время активного отдыха с друзьями, будет решающим в реализации принципа оздоровительной направленности занятий пляжным волейболом.

Во время игры в пляжный волейбол человек пребывает в постоянном взаимодействии с окружающей средой: влияет на неё и приспосабливается к ней. Постоянно изменяется солнечное излучение, температура воздуха и воды, осадки, движение и ионизация воздуха, атмосферное давление вызывают существенные биохимические изменения в организме, что приводит к активизации физиологических и психических реакций: к изменению состояния здоровья, работоспособности человека и эффективности выполняемых движений. Все это может отражаться на технике и тактике пляжного волейбола и может увеличить вероятность травматизма. Поэтому, необходимо учитывать и специально дозировать влияние окружающей среды на игроков в пляжный волейбол.

Использование природных факторов в процессе занятий пляжным волейболом осуществляется по двум направлениям:

1. Солнце, воздух и вода как сопутствующие факторы, которые создают при грамотном их расчете, благоприятные условия для занятий волейболом на пляже или площадке на открытом воздухе. Они дополняют и усиливают эффективность воздействия движений на организм занимающихся.

2. Природные факторы как относительно самостоятельные средства оздоровления и закаливания в виде солнечных, воздушных и водных ванн. При оптимальном воздействии эти процедуры, включенные в режим профессиональной и учебной деятельности, становятся предпочтительной формой актив-

ного отдыха и существенно усиливают и повышают эффект восстановления.

Также хотелось бы отметить и положительный эффект на тренировочный и соревновательный процесс в пляжном волейболе и эстетической составляющей этого вида спорта (вида двигательной активности). Люди смотрят на красивые и гармоничные формы тела игроков, на голубое небо, на близлежащий водоем и конечно, для пляжного волейбола характерно яркое солнце. Разрешается использование различных музыкальных композиций, что является дополнительным стимулятором к продуктивной двигательной активности.

Особо хочется отметить и положительную эмоциональную окраску пляжного волейбола. Выполняемые движения игроками на площадке позволяют творчески подойти к достижению цели игры. Так что за игру занимающиеся и зрители имеют возможность пережить целый «вихрь» эмоций – улыбки, смех, разочарование, момент обиды и восхищения, крик радости и победный клич. Пляжный волейбол дает максимальную возможность для общения.

Все вышеперечисленное, оказывает эффективное комплексное воздействие на занимающихся, а этим может похвастаться не каждый из многочисленных видов спорта известных человечеству!

Выводы. Пляжный волейбол вид спорта, один из наиболее популярных видов активного отдыха – признан людьми во всем мире. Этот вид физической активности подходит для любой компании не зависимо от уровня владения техникой игры в волейбол. Бегать и прыгать на песке, играя в пляжный волейбол, будет гораздо интереснее, чем лежать без дела под палящим солнцем. Плюсы налицо: ты в движении, поэтому загар ляжет ровнее, а твоя кожа будет иметь здоровый вид, у тебя отличное настроение. В запале игры ты даже не заметишь, как подтянешь голени, избавишься от

лишнего веса и приведешь мышцы всего тела в тонус. Кроме того, командная игра поможет вам лучше узнать друг друга (если компания новая) и наладить хорошие отношения. Несложны правила игры будут понятны и новичкам. Для людей более старшего возраста, пляжный волейбол хорош тем, что он позволяет получить максимально большое количество положительных эмоций от дозируемой двигательной активности и свести к минимуму травматизм. Комплексное воздействие двигательной активности и природных факторов во время занятий пляжным волейболом дает возможность человеку:

- гармонично чувствовать себя в окружающей среде;
- стимулировать его к повышению работоспособности и продлению активного долголетия;
- расширению диапазона культурных форм досуга и отвлечение от вредных привычек;
- увеличение удельного веса занятий физическими упражнениями и спортом в свободное время;
- формирование взглядов на активные занятия физическими упражнениями на открытом воздухе практически в любую погоду как на жизненно необходимую, выработка соответствующего жизненного стереотипа;
- вооружение знаниями по вопросам составления и дозирования индивидуальных физических нагрузок, а также проведение и учет самоконтроля физических нагрузок;
- пробуждение интереса к занятиям спортом и другим средствам укрепления здоровья.

Пляжный волейбол – главное лекарство от скуки для молодых. Ты всегда в кругу друзей и единомышленников.

Игра в мяч на песке содействует снятию психологического напряжения от стрессовых ситуаций современной цивилизации. Командный дух игры улучшит личностные качества. Систематичность занятий и интерес к игре содействуют повышению морфо-функциональных показателей, повышению уровня здоровья.

Литература:

1. Мурамов И. В. Оздоровительные возможности средств физической культуры и потребности общества /И.В. Мурамова//Теория и практика физической культуры.–1990. №6. С. 1-8.
2. Потемкин Н. С. Возможность увеличения продолжительности здоровой жизни /Н.С. Потемкин// физиология человека. – 1996.- Т.2. – №5. – С.120-128.
3. Селуянов В. Н. Технология оздоровительной физической культуры/Селуянов В.Н. – М.:ТВТ Дивизион, 2009. – С. 46-49.
4. Попов С. Н. Физическая реабилитация /С. Н. Попов – Ростовн/Д: Феникс, 2005. – С.1-89.
5. Рыжкин Е. Ю. Физическая рекреация в сфере досуга человека /Ю.К. Рыжкин// Теория и практика физической культуры. – 2002. - №5. – С. 17-19.
6. Уилмор Дж.Х., Костилл Д.Л. Физиология спорта и двигательной активности. - К.: Олимпийская литература, 1997. – С. 1-504.
7. Хемберг С.Пляжный волейбол. Руководство / С. Хемберг, А. Папагеоргиу. – Терра-Спорт, 2004. – С. 1-328.
8. Хемберг С. Некоторые советы по технике и тактике пляжного волейбола / С. Хемберг. – (<http://lib.sportedu.ru>).
9. Интернет ресурсы:
-http://hnb.com.ua/articles/s-otdyh-plyazhnyy_voleybol-1346
-<http://webdiana.ru/otdih/513-plyazhnye-razvlecheniya.html>

Информация об авторе:

Герасимова Инна Михайловна, руководитель физического воспитания
Днепродзержинский энергетический техникум

РЕКРЕАЦІЙНІ ПОСЛУГИ – ШЛЯХ ДО ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ ОРГАНІЗМУ СТУДЕНТІВ

Грохова Г.П.

Українська інженерно-педагогічна академія, м. Харків, Україна

Анотація: Одним із провідних напрямів розвитку особистості є збереження здоров'я, що визначає її ступінь життєдіяльності, життєздатності, життєтворчості, можливості реалізувати свої потенційні біологічні та соціальні функції студентів.

Ключові слова: здоров'язбереження, послуга, формування, ефективність, рекреаційна діяльність, здоровий спосіб життя, спортивно – оздоровчі технології, модель, рекреаційні послуги

Вступ

Проблема здоров'язбереження студентів у процесі навчання, які найбільший відсоток добового часу проводять у навчальному закладі, стає все більш актуальнішою. Це пояснюється рядом суперечностей і особливо: 1) між потребами суспільства у здорових громадянах і неухильним погіршенням стану їх здоров'я; 2) між потребами виробництва у здорових фахівцях, і відсутністю методик їх оздоровлення під час навчання; 3) між природним бажанням людини бути здоровою і її знаннями про здоров'я та вміння його зберігати і зміцнювати.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та визначити вплив певних рекреаційних послуг як здоров'язберігаючого фактору на організм студентів.

Завдання:

1. Проаналізувати дані літературних джерел за темою дослідження.
2. Виявити найбільш доступні та ефективні рекреаційні послуги, які матимуть практичне значення для здоров'язбереження студентів.

Результати дослідження та їх обговорення.

Рекреаційні послуги – «продукція» територіальних

рекреаційних систем, відносяться до сфери послуг і є важливою складовою здоров'язбереження. Соціальне значення сфери послуг визначається забезпеченням можливості раціонального використання вільного часу, є одним із головних показників якості життя та рівня людського розвитку.

Рекреаційна галузь охоплює господарську діяльність не тільки з організації туризму, а й відпочинок населення, курортного і профілактичного лікування, оздоровлення, екскурсійних і дозвіллевих послуг, але не визначена як цілісний напрям діяльності [1]. Розрізняють рекреаційні послуги за видами діяльності рекреантів і часовим обмеженням на їх здійснення, а саме:

1. Туристські – для організації туризму, тобто подорожування у будь-який спосіб не менше, ніж 24 години для зміцнення та збереження здоров'я.
2. Екскурсійні – тривають не більше доби, але без організації ночівлі.
3. Культурно-дозвіллеві – обмежені кількома годинним вільним часом добового циклу та 1 - 2 днями тижневого циклу і полягають у тому, щоб отримати духовно-інтелектуальне обслуговування відповідне до потреб особистості.
4. Послуги курортно-профілактичного лікування та оздоровлення – спря-

мовані на підтримання або покращення стану здоров'я та самопочуття, тобто відносяться до психофізичної рекреації та відповідають вільному часу добового, тижневого і річного циклів.

Види рекреаційних послуг за функціональним призначенням:

1. Курортно-лікувальні та профілактично-оздоровчі – лікувально-профілактичні процедури, які надає медичний персонал у санаторіях, будинках відпочинку, пансіонатах та ін.

2. Культурно-пізнавальні та культурно-розважальні – послуги екскурсводів, гідів-перекладачів при організації оглядових і тематичних екскурсій по визначних місцях, музеях, виставках, послуги артистів театрів, філармоній тощо.

3. Культурно-освітні та розвиваючі – послуги бібліотекарів, керівників клубів, гуртків, секцій у палацах і будинках культури та ін., викладачів додаткових навчально-освітніх курсів тощо.

4. Спортивно-оздоровчі – послуги провідників та інструкторів із пішохідного, водного, гірськолижного, велосипедного, кінного, спелеологічного та інших видів спортивного туризму, тренерів спортивних секцій, організаторів занять і змагань на стадіонах, іподромах, у басейнах та ін.

5. Організації професійно-ділової рекреації – послуги організаторів виставок, ярмарок, конференцій, екскурсводів на підприємства, виробництва тощо.

6. Організації сільського (зеленого) туризму – послуги, в основному, власників садиб у сільській місцевості, де можуть відпочивати рекреанти.

7. Розважальні – послуги диск-жокеїв, барменів, офіціантів, обслуговуючого персоналу атракціонів тощо [4].

Види рекреаційних послуг за фінансовими витратами:

1. Платні.

2. Безоплатні.

Класифікаційні ознаки рекреаційних послуг дозволяють побудувати рек-

реаційний продукт, який буде спрямований на здоров'язбереження.

Попит на рекреаційні послуги шляхом створення рекреаційного продукту, виходить із потреб людини. Потреби людини у відпочинку, оздоровленні чи лікуванні є первинними. А їхнє задоволення відбуватиметься насамперед і формується у зв'язку з погіршенням стану здоров'я або з метою профілактики захворювань, з необхідністю зняття фізичної та моральної втоми, нервових стресів, перевантаження розумової діяльності. Отже, попит рекреаційних послуг відображає певну потребу населення у відпочинку, оздоровленні, профілактико-лікувальних засобів для власного здоров'язбереження [2].

Рівень і обсяг пропозиції рекреаційного продукту залежить від можливостей використання природних рекреаційних ресурсів (природно-ресурсного потенціалу), місткості матеріально-технічної бази рекреації, лімітуючих та розвиваючих чинників рекреації, законодавчих обмежень.

Під час створення рекреаційного продукту потрібно приділити увагу особливостям попиту на рекреаційні послуги, що відповідають потребам конкретної особи. Тому, об'єднавши спортивно-оздоровчу, туристичну та екскурсійну рекреаційні послуги можливо створити рекреаційний продукт спрямований на здоров'язбереження певної людини.

Туристична діяльність базується на комплексі природних компонентів, елементів і явищ, які виступають як природні чинники рекреації. Виходячи зі специфіки туристичної діяльності і масштабів її організації, ці природні чинники розглядаються або як природні рекреаційні ресурси, або як рекреаційні ресурси [4].

Під природними оздоровчими ресурсами або факторами слід розуміти певні елементи навколишнього природного середовища, які за своїми природними властивостями здатні здійснювати

оздоровчий вплив на фізіологічний та психологічний стан організму людини, поновлюючи його життєві сили.

Основний кліматичний вплив на організм людини надають кліматоутворюючі фактори наступних груп:

1. Атмосферні (метеорологічні) фактори - фізичні властивості повітря (густина, температура, атмосферний тиск, вологість повітря, насиченість озоном), рух повітря, кількість і характер опадів, хмарність, туман..

2. Космічні (радіаційні) фактори - сонячне випромінювання (пряме, відбите, розсіяне), космічне випромінювання, сезонні і добові ритми сонячної активності.

3. Телуричні (земні) фактори - географічне розташування місцевості і її ландшафт (геологічний склад ґрунту, рельєф, рослинність та водойми).

Для оздоровлення організму людини може бути сприятлива пересічена місцевість, бо вона дає можливість тим, хто відпочиває під час прогулянок, на порівняно невеликій відстані отримувати навантаження, необхідні для тренування серцево-судинної, дихальної системи та опорно-рухового апарату. Це дуже важливо, оскільки в даний час гіподинамія стає одним з найголовніших пороків життя городян. Найбільш сприятливий крупнопалгорбний і грядовий рельєф на рівнинах, височинах або в передгір'ях.

Оздоровчий ефект на організм посилюється завдяки таласотерапії - купання у відкритих водоймищах з підвищеною мінералізацією води: морях; солоних озерах; природних мінеральних джерелах.

Найбільш оптимальними типами оздоровчо-рекреаційної діяльності є:

- для щоденного відпочинку - прогулянковий, аматорські заняття на відкритому повітрі, спортивні ігри та вправи, водні процедури, рухливі заняття на воді, рухливі ігри в приміщенні;

- для щотижневого відпочинку - рухливі заняття на воді, спортивний ту-

ризм, спортивні ігри, екскурсійний, риболовно-мисливський, аматорські заняття на відкритому повітрі;

- для відпускнуго часу - лікувально-оздоровчий, спортивний, риболовно-мисливський, екологічний, екскурсійний туризм.

Оздоровчо-рекреаційна послуга є важливою ланкою в профілактиці здорового способу життя та здоров'язбереженні організму людини, що включає застосування природних і преформованих фізичних чинників, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я, відновлення порушених функцій різних органів і систем організму, підвищення імунологічної резистентності. Вплив оздоровчих процедур поєднується з потужним впливом на організм людини усієї повноти природних умов. Сюди відносяться тривале перебування на повітрі, позитивний вплив ландшафту, ароматів оточуючих квіт-ників, ліси, активний руховий режим (чергування спокою і дозованого руху, прогулянки, екскурсії, походи) [4].

Обов'язковими елементами оздоровчої рекреації є: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, дозована ходьба, рухливі спортивні ігри, прогулянки. Можна досягти великого ефекту у здоров'язбереженні організму людини організовуючи активний вид відпочинку: великий теніс, підводне плавання, риболовля, полювання, рафтинг, походи в гори, джипінг, кінні прогулянки, спуск з гір на гірськокліматичних курортах, катання на сноубордах та ін.

Прогулянки - популярна форма оздоровлення, виробляє здатність долати великі відстані без стомлення. Прогулянки не вимагають особливої підготовки і використовуються в будь-яку пору року. Численними вченими встановлено, що відсутність необхідного мінімуму руху веде до розвитку ряду обмінних захворювань (ожиріння, подагра, жовчно та нирковокам'яна хвороба та ін.), розвиваються функціональні, а потім і органічні

порушення серцевої діяльності. Під впливом же фізичних вправ в організмі розгортаються психічні фізіологічні, біохімічні процеси, що позитивно впливають на функціональний стан основних систем і органів людини.

Комплекс процесів, що виникають у відповідь на фізичні навантаження, знаходиться в залежності від віку, статі, тренуваності, об'єму і інтенсивності фізичного навантаження. Пристосувальні зміни, при цьому, захоплюють весь організм, забезпечуючи більш узгоджене функціонування органів. У ході занять удосконалюються сила, рухливість і врівноваженість процесів збудження в центральній нервовій системі, знижується або знімається патогенне гальмування, формуються нові системи тимчасових зв'язків, що сприяють утворенню рухових навичок і реакцій з більш високим рівнем функціонування фізіологічних систем [2].

Найбільш значному впливу піддається серцево-судинна система. У серцевому м'язі зростає інтенсивність окислювальних процесів, збільшується використання джерел енергії, принесених кров'ю, підвищується еластичність судин, посилюються скорочення серцевого м'яза. Під впливом фізичних вправ поліпшується координація між вентиляцією легень і кровообігом, оптимальною стає частота дихання, організм краще забезпечується киснем.

Таким чином, активний руховий режим є важливим фактором нормалізації нераціонального способу життя, найважливіших фізіологічних процесів для оздоровлення організму. Саме завдяки оздоровчо-рекреаційній послугі при створенні туристичного продукту можливо досягти збереження здоров'я організму людини.

Висновки. Рекреація - одна з головних форм продуктивного використан-

ня вільного часу людини. Діяльність людини у вільний час, здійснювана з метою відновлення фізичних сил людини, характеризується різноманітністю поведінки людей і самоцінністю її процесу. Бурхливий розвиток рекреаційних послуг в останні роки відбиває об'єктивні тенденції соціального і фізичного розвитку у світі, в нашій країні і практично у всіх її регіонах.

Рівень і обсяг пропозиції рекреаційних послуг залежить від можливостей використання природних рекреаційних ресурсів, місткості матеріально-технічної бази рекреації, розвиваючих факторів рекреації для подолання шляхів здоров'язбереження.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку. Подальше вивчення потреб в рекреаційних послугах для здоров'язбереження, які мають бути складовою частиною зміцнення здоров'я і розвитку студентства під впливом різних факторів.

Література:

1. Бейдик О.О. Рекреаційно-туристські ресурси України: методологія та методика аналізу, термінологія, районування. /О.О. Бейдик – К.:ВПЦ «Київський університет», 2001. – 395 с.
2. Войтенко В. М. Здоровий спосіб життя і рухова активність підлітків / В. М. Войтенко // Гуманістично спрямований виховний процес і становлення особистості : зб. наук. праць. – К., 2001. – С. 64.
3. Грохова Г.П. Формування рекреативної культури майбутніх інженерів-педагогів у процесі професійної підготовки: Дис.... кандидата пед. наук: 13.00.04 / Грохова Г.П. – Х., 2010. – 158 с.
4. Руденко Р. С. Спортивний масаж : навч. посіб. / Р. С. Руденко. – 3-тє вид., допов. – Л. : МультиАрт, 2013. – 160 с.

Інформація про автора:

Грохова Ганна Павлівна, к.пед.н., доцент кафедри фізичного виховання
Українська інженерно-педагогічна академія

ТЕХНОЛОГІЇ ЗАХИСТУ ЛЮДИНИ ТА НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА У ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ ВСІХ РІВНІВ

Дармофал Е.А.,¹ Смирнова О. А.,² Байрамов Азад Агалар огли,³ Жадько І.О.²

¹ Харківська державна академія фізичної культури

² Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна
Україна

³ Військова Академія Збройних Сил Азербайджанської республіки
м. Баку, Азербайджан

Анотація: у статті висвітлюється питання щодо аспекту євроінтеграції України шляхом забезпечення освіти з питань безпеки життєдіяльності на всіх рівнях.

Ключові слова: безпека, освіта, захист, надзвичайна ситуація, законодавча база.

Вступ: Актуальність статті обумовлена тим, що в Україні протягом останніх років ведеться активна робота щодо євроінтеграції. Для забезпечення євроінтеграції необхідна адаптація галузей діяльності до європейських стандартів, зокрема освіти на всіх рівнях стосовно захисту людини та навколишнього середовища у повсякденній діяльності і у випадках виникнення надзвичайної ситуації.

Мета дослідження: Метою дослідження є мінімізація шкідливого впливу на людей та природне середовище.

Матеріалами дослідження є вивчення законодавчої та нормативної бази у частині стосовній, дослідження сучасного становища предмету, що розглядається у статті. **Методами дослідження** є методи системного, ієрархічного та критеріального аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

На даний час в Україні розроблено проект «Положення про функціональну підсистему навчання дітей дошкільного віку, учнів та студентів діям у надзвичайних ситуаціях (з питань безпеки життєдіяльності) єдиної державної системи цивільного захисту» [1], яке було створено на

підставі частини другої статті 9 Кодексу цивільного захисту України [2], Положення про єдину державну систему цивільного захисту, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 9 січня 2014 р. № 11 [3], і пункту 2 постанови Кабінету Міністрів України від 11 березня 2015 р. № 101 «Про затвердження типових положень про функціональну та територіальну підсистеми єдиної державної системи цивільного захисту» [4].

Даний документ визначає мету, завдання, організацію управління, склад сил і засобів, порядок їх взаємодії і діяльності функціональної підсистеми навчання дітей дошкільного віку, учнів та студентів діям у надзвичайних ситуаціях (з питань безпеки життєдіяльності) єдиної державної системи цивільного захисту у режимах повсякденного функціонування, підвищеної готовності та надзвичайної ситуації.

Взагалі макросистема підготовки кадрів має наступний вигляд (рис. 1)

Як видно зі схеми (рис. 1), найвищою ланкою оператора перетворення є вищий навчальний заклад. Наведемо приклад обов'язків вищого навчального закладу в особі профільної кафедри, яка здійснює підготовку фахівців.

Згідно абзаців 5 та 6 пункту 2 розділу 13.1 вищевказаного проекту Положення [4], відповідна кафедра вищого навчального закладу, що є профільною у галузі охорони праці та безпеки життєдіяльності, повинна забезпечити надання студентам знань щодо:

- особистої безпеки;

- індивідуального та колективного захисту населення від надзвичайних ситуацій;

- алгоритму власних дій людини у разі виникнення надзвичайної ситуації;

- забезпечити практичне закріплення наданих знань.

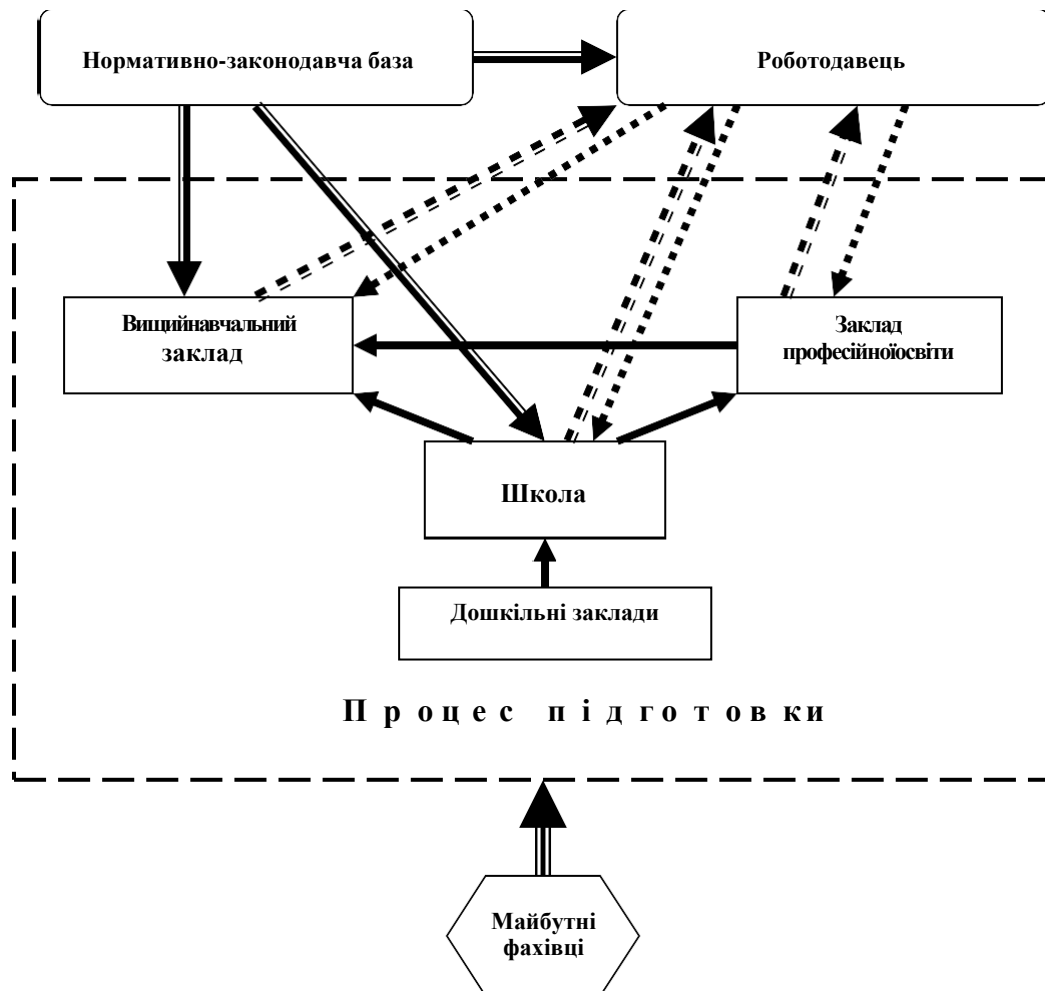


Рисунок 1. Загальна схема макросистеми підготовки кадрів

Однак слід зазначити, що після змін у законодавстві та після скасування наказу № 969/922/216 «Про організацію та вдосконалення навчання з питань охорони праці, безпеки життєдіяльності та цивільного захисту у вищих навчальних закладах України» [5] вищевказані заходи на даному етапі не мають законодав-

чої підтримки, не мають статусу обов'язкових та не підтримуються у науковому розвитку [6]. Багато у чому це обумовлено відсутністю зворотних зв'язків між роботодавцем та нормативно-законодавчою базою і між роботодавцем та оператором перетворювання з підсистемами «вищий навчальний заклад»,

«заклад професійної освіти» та «школа» (рис.1, зв'язки «роботодавець → вищий навчальний заклад», «роботодавець → заклад професійної освіти» та «роботодавець → школа»).

Висновки.

На даний час діяльність функціональної підсистеми навчання дітей дошкільного віку, учнів та студентів діям у надзвичайних ситуаціях (з питань безпеки життєдіяльності) єдиної державної системи цивільного захисту у режимах повсякденного функціонування, підвищеної готовності та надзвичайної ситуації не забезпечена у повному обсязі та не має законодавчої підтримки.

Для забезпечення захисту людей та навколишнього середовища від негативних факторів надзвичайної ситуації необхідний перегляд законодавчої та нормативної бази України з урахуванням європейських стандартів у галузі освіти та забезпеченні безпеки повсякденної життєдіяльності.

Необхідно відновити зв'язки роботодавців з системою підготовки кадрів та посилити можливості впливу роботодавців на формування нормативно-правової бази.

Перспективи подальшого дослідження можна окреслити як оптимізацію системи навчання дітей дошкільного віку, учнів та студентів діям щодо особистої безпеки, захисту людини та навколишнього середовища, алгоритму власних дій у надзвичайних ситуаціях та їх практичного закріплення.

Література:

1. Положення про функціональну підсистему навчання дітей дошкільного віку, учнів та студентів діям у надзвичайних ситуаціях (з питань безпеки життєдіяльності) єдиної державної системи цивільного захисту. Проект // Електрон-

ний ресурс. Режим доступу: <http://old.mon.gov.ua/files/normative/2016-01-26/4982/nmo-1421.pdf>

2. Кодекс цивільного захисту України // Електронний ресурс. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5403-17/print1443086433135872>

3. Постанова Кабінету Міністрів України від 9 січня 2014 р. № 11 «Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту» // Електронний ресурс. Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/11-2014-п>

4. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 березня 2015 р. № 101 «Про затвердження типових положень про функціональну та територіальну підсистеми єдиної державної системи цивільного захисту» // Електронний ресурс. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/101-2015-п>

5. Наказ № 969/922/216 «Про організацію та вдосконалення навчання з питань охорони праці, безпеки життєдіяльності та цивільного захисту у вищих навчальних закладах України» // Електронний ресурс. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1057-10/print1443086433135872>

6. Байрамов А.А. Прогнозирование и оценка обстановки для защиты территории при разрушении АЭС / Байрамов А.А., Мансиев Г.Г. Сучасні напрямки розвитку інформаційно-комунікаційних технологій та засобів управління. Матеріали п'ятої міжнародної науково-технічної конференції 23-24 квітня 2015 року, - Полтава, Баку, Кіровоград, Харків: ДП «ХНДІ ТМ», 2015. – с. 51.

Інформація про авторів:

Дармофал Елеонора Анатоліївна, начальник навчального відділу, ст. викладач кафедри Харківської державної академії фізичної культури.

Смирнова Олена Андріївна, працівник Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна.

Байрамов Азад Агалар огли, Військова Академія Збройних Сил Азербайджанської республіки
Жадько Ірина Олексіївна, студентка Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ НА ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ

Єфіменко Н.П., Єфіменко П.Б., Каніщева О.П., Левченко Я.С.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. У даній роботі визначено вплив дії фізичних факторів освітнього процесу на здоров'я студентів. За результатами досліджень запропоновано методiku з нормалізації функціонального стану студента та рекомендації з оптимізації освітнього процесу.

Ключові слова: фізичні фактори, параметри мікроклімату, функціональний стан.

Вступ та актуальність. Актуальними є дослідження впливу фізичних факторів навколишнього середовища на якість навчання та здоров'я студентів. Успішне проведення освітнього процесу потребує оптимальних або допустимих параметрів мікроклімату в аудиторії: температури, відносної вологості повітря, швидкості руху повітря й освітлення, яке відповідає характеру зорової роботи студентів. Зростає важливість проведення заходів спрямованих на підтримку відповідних рівнів шуму, вібрації, електромагнітних випромінювань [3]. Сьогодні особливої актуальності набуває формування у студентів майбутніх фахівців у галузі фізичної культури, спорту та реабілітації, не тільки розуміння ролі охорони праці та необхідності її забезпечення, але й важливості виховання та прищеплення їм певних стійких навичок безпечних прийомів праці.

Необхідність удосконалення методик навчання з працезахоронної підготовки майбутніх фахівців зумовлена тим, що протягом останніх років відбулося збільшення травмованості та смертельних випадків на уроках фізичного виховання та під час тренувального процесу [6]. Цю тенденцію необхідно розглядати як загальну переорієнтацію в цінностях і оцінках сучасного суспільства по відношенню до життя і здоров'я людини, тому

працезахоронні знання та уміння які поступово набирають вагу, формують у майбутніх фахівців, котрим властиве пильне відношення до людей, які працюють в навчальних закладах освіти та лікувальних закладах, дбайливе ставлення до свого здоров'я та здоров'я оточуючих.

Метою дослідження було дослідити та визначити вплив дії небезпечних фізичних факторів на рівень функціонального стану організму студентів та надати рекомендації з оптимізації освітнього процесу.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-методичну літератури з впливу дії фізичних факторів освітнього процесу на здоров'я студентів.

2. Дослідити та визначити вплив дії небезпечних фізичних факторів на рівень функціонального стану організму студентів та надати рекомендації з оптимізації освітнього процесу.

Методи дослідження: Антропометричні показники вимірювались за стандартними методиками [1]. Функціональні показники серцево-судинної та дихальної систем на навантаженні різної потужності визначились вимірюванням: частоти серцевих скорочень (ЧСС), артеріального тиску систолічного (АТс) та діастолічного (АТд). Ці показники використовувались при визначенні адаптаційного потенціалу - АД [2].

Опис процесу дослідження.

Стосовно студентського життя, то на період навчання у ВНЗ тут припадають суттєві зміни, які вимагають певних резервів психічного та фізичного здоров'я студентів динамічно пов'язаних зі змінами навколишнього середовища. Так, дослідження О. А. Томенко і С. А. Лазоренко показали, що показники фізичного здоров'я студентської молоді Сумщини не відповідають вимогам сьогодення, де низький та нижчий за середній рівні фізичного здоров'я мають загалом 95% юнаків і 99% дівчат і лише 5% студентів та 7% студенток мають середній рівень. Тому проблема збереження і зміцнення стану здоров'я студентів повинна бути однією з основних [5].

Праця студента, як учасника освітнього процесу, відноситься до розумової праці. Її характер та інтенсивність залежать від стану центральної нервової системи. При напруженій розумовій діяльності тонус судин мозку і серця відхиляється від норми. Але у випадках невідповідності фізичних факторів навколишнього середовища санітарно-гігієнічним нормам, основний негативний вплив знає серцево-судинна система [4].

Проведені дослідження з виявлення механізмів впливу на організм студента негативних фізичних факторів під час освітнього процесу, було встановлено, що на організм студентів діє їх певний комплекс. При цьому визначався ефект їх взаємодії, а саме це може викликати та підвищити частоту соматичних і інфекційних захворювань, тимчасове або стійке зниження працездатності, зниження адаптаційних можливостей організму студентів.

Для виявлення впливу фізичних факторів на організм студентів під час освітнього процесу було включено дослідження їх рівня у приміщеннях: температури, відносної вологості повітря та швидкості руху повітря аудиторій.

Було проведено кількісну і якісну оцінку впливу комплексу зазначених фі-

зичних факторів навчальних приміщень, згідно встановлених вимог, на функціональний стан студентів денної форми навчання на ефективність процесу навчання [3].

На першому етапі дослідження було проведено опитування серед студентів Харківської державної академії фізичної культури четвертого курсу денної форми навчання за спеціальністю: фізична культура і спорт та фізична реабілітація, щодо дії фізичних факторів, які негативно впливають на освітній процес.

На другому етапі досліджень студенти були поділені на наступні кваліфікаційні групи: 1- фахівці фізичної культури і спорту; 2- фахівці з реабілітації. За однаковою організацією умов і режимів трудової діяльності; за однаковим рівнем освіти і поточного навчального навантаження.

До поняття кваліфікації були внесені наступні ознаки: специфічні, професійні знання, які можна вимірити часом, витраченим на їх опанування; медична та біологічна спрямованість знань (спеціальність за якою навчається студент); престижність одержуваної спеціальності, що дає певний рівень мотивації для володіння відповідними знаннями.

У ході дослідження в кожній кваліфікаційній групі протягом одного етапу навчання (семестру) періодично було проведено: вимірювання температури, відносної вологості та швидкості руху повітря в навчальних аудиторіях. Крім цього проводились дослідження функціонального стану студентів в обох навчальних кваліфікаційних групах. Для цього здійснювалось вимірювання фізіологічного показника визначення адаптаційного потенціалу людини за методикою Р.М. Баєвського [2].

Сприятливий хід адаптаційного процесу приводить особистість і середовище в стан динамічної рівноваги, при якій студент може ефективно здійснювати навчальну діяльність. При цьому результатом оптимального ходу процесу

фізичної адаптації можна вважати досягнення студентом такого стану адаптованості, при якому стає можливим ефективно здійснення діяльності при сприятливому емоційному стані, і створюються умови для реалізації внутрішнього потенціалу особистості [2].

При проведенні дослідження за стандартною методикою нами було визначено адаптаційний потенціал студентів. У таблиці 1 наведено дані адаптаційного потенціалу студентів четвертого курсу Харківської державної академії фізичної культури двох факультетів.

Загальні дані адаптаційного потенціалу організму студентів четвертого курсу ХДАФК в обох групах

№ п/п	Адаптаційний потенціал	Кількість студентів ХДАФК (%) кваліфікаційна група 1	Кількість студентів ХДАФК (%) кваліфікаційна група 2
1.	Задовільний (2,1)	7,35	3,32
2.	Напружений (2,11-3,20)	72,65	80,68
3.	Незадовільний (3,21-4,30)	12,88	12,21
4.	Перенапруга та розлад адаптації (понад 4,30)	7,12	3,79

За даними таблиці у студентів кваліфікаційної групи 1 стан задовільної адаптації, має 7,35%, що свідчить про оптимальний функціональний стан їх організму. У той же час у студентів кваліфікаційної групи 2 він склав 3,32%, тобто на 4,03 % менше. У донозологічному стані, тобто з напруженою адаптацією, що є перехідним етапом між задовільним та незадовільним станом організму, студенти кваліфікаційної групи 1 виявили показник 72,65%, у кваліфікаційній групі 2 - 80,68%. Це свідчить, що студентів з напруженою адаптацією кваліфікаційної групи 2 виявилось на 8,03% більше ніж у кваліфікаційній групі 1. Незадовільну адаптацію у кваліфікаційній групі 1 мають 12,88% студентів. Майже стільки мають студенти кваліфікаційної групи 2 - 12,21%. У кваліфікаційній групі 2 пере-

напругу та розлад адаптації організму мають 3,79% студентів. Тоді як перенапругу та розлад адаптації у кваліфікаційній групі 1 мають 7,12% студентів. Тобто на 3,33% більше

Процес перебудови вищої спеціальної освіти передбачає активізацію і збільшення об'єму самостійної роботи студентів та всебічний розвиток креативності. Можна вважати, що це приведе до подальшої інтенсифікації навчальної роботи, що вимагає значної реорганізації умов навчальної роботи студентів та зміцнення їх здоров'я.

Оскільки у студентів спостерігалася зміна фізіологічних показників, необхідно передбачати заходи з нормалізації та регуляції функціонального стану. Серед цих засобів слід виділити: фізичне тренування та загартування, правильне

харчування, раціональний режим праці та відпочинку, саморегуляція (аутогенне тренування, самонавіювання, самома-саж). Щодо забезпечення психічного здоров'я слід використовувати такі принципи: креативності, принцип «внутрішнього спостерігання», зміцнення і розвиток позитивних установок. Коректувати динамку втомлюваності за рахунок зменшення навантажень, дотримання режиму навантажень і відпочинку, спеціальних відеозаписів, картин природи та співу птахів.

Висновок. Оцінка функціонального стану організму студентів з урахуванням впливу фізичних факторів, знання механізмів адаптації і регуляції психофізіологічного стану приведе до зміцнення здоров'я студентів та оптимізує освітній процес.

Література:

1. Апанасенко Г.Л. О возможности количественной оценки уровня здоровья человека / Г.Л. Апанасенко // Гигиена и санитария. - 1985.- № 6. - С. 55-58

2. Баевский Р.М. Донозологическая диагностика в практике массовых исследований населения / Р.М. Баевский, А.П. Берсенева, В.И. Казначеева. - Л.: Медицина, 1980. - 226 с.

3. ДСН 3.3.6.-042-99. Санітарні норми мікроклімату виробничих приміщень.

4. Смирнитська, М.Б. Охорона праці в галузі [Текст]: навч. посібник для студ. вищих навч. закладів / М.Б. Смирнитська, Р.М. Трищ., С.М. Артюх. - Харків: Світ Книг, 2014. - 388 с.

5. Томенко О.А. Рівень соматичного здоров'я і рухової активності студентів вищих навчальних закладів / О. А. Томенко, С. А. Лазоренко // Слобожанський науково-спортивний вісник : наук.-теорет. журн. - Харків : ХДАФК, 2010. - № 2. - С. 17-20.

6. Електронний ресурс:
<http://zakon.nau.ua/doc/?uid=10383450.0>

Інформація про авторів:

Єфіменко Нонна Петрівна, к.пед.н., доцент кафедри гігієни та фізіології людини

Єфіменко Павло Богуславович, к.пед.н., професор кафедри фізичної реабілітації і рекреації

Каніщева Оксана Павлівна, к.фіз.вих., доцент кафедри фізичної реабілітації і рекреації

Левченко Яніна Сергіївна, студентка магістратури МД-ЗС

Харківська державна академія фізичної культури

РАЦІОНАЛЬНЕ ПОЄДНАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ З ІНШИМИ ЗАСОБАМИ ЛІКУВАННЯ В МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Жерновенков А.О.,² Макєєва М.А.,¹ Горшенін В.О.,¹ Мороз А.В.¹

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти

² Дорожня клінічна лікарня станції Харків № 2 на залізничному транспорті

Анотація: вивчено варіанти поєднання методу лікувальної фізкультури з іншими методами альтернативної терапії. Раціональне спільне застосування лікувальної фізкультури з тепловими процедурами, масажем, рефлексотерапією та іншими методами – потенціє і пролонгує лікувальний ефект, дозволяє зменшити дозу медикаментозних препаратів, надає ефективну загальнозміцнюючу дію на весь організм.

Ключові слова: лікувальна фізкультура, фізіотерапія, теплові процедури, масаж, медикаментозна терапія.

Вступ.

Комплексне консервативне лікування включає в себе лікувальну фізкультуру, фізіотерапію, масаж, мануальну терапію, витяжіння (тракція) хребта, рефлексотерапію, медикаментозну терапію [1,8,10,12,14].

ЛФК – стандартний і один з ефективних засобів медичної реабілітації в кардіології, ревматології, неврології, травматології [5]. Є основним методом консервативного лікування захворювань опорно-рухового апарату, полягає в створенні дозованих навантажень, спрямованих на декомпресію нервових корінців, корекцію та зміцнення м'язового корсету, збільшення обсягу та вироблення певного стереотипу рухів і правильної постави, надання зв'язково-м'язовому апарату необхідної гнучкості, а також на профілактику ускладнень [3,4,13]. Це досягається регулярними заняттями на реабілітаційному обладнанні і суглобової гімнастикою. В результаті виконання вправ поліпшується кровообіг, нормалізується обмін речовин і живлення міжхребцевих дисків, збільшується межпозвоноковий простір, формується м'язовий корсет і зменшується навантаження на хребет [1,8,15].

Мета дослідження: розглянути варіанти сполучення методу лікувальної фізкультури з іншими засобами реабілітації в комплексній терапії хворих.

Фізіотерапія – метод лікування, в якому використовуються фізичні фактори: струми низької частоти, магнітні поля, ультразвук, лазер і ін. Застосовується для зняття больового синдрому, запальних процесів, реабілітації після травм і операцій. При використанні методів фізіотерапії скорочуються терміни лікування багатьох захворювань, підвищується ефективність застосування медикаментів і зниження їх дозування, відсутні побічні ефекти, властиві медикаментозному лікуванню.

Грамотне поєднання засобів фізіотерапії та ЛФК здатне істотно потенціювати досягнення необхідного ефекту. З останньої ЛФК поєднується органічно і може істотно підвищувати ефективність лікувального комплексу.

Варто так само відзначити, що ігнорування можливостей фізіотерапії може суттєво затягнути, а то й пошкодити позитивному результату захворювання або травми.

Так, застосування фізичних навантажень на запальному або дистрофічному ділянці м'язово-зв'язкового апарату без попереднього зняття спазму, поліпшення мікроциркуляції може сприяти мікротравматизації, дрібним крововиливів і ще більшого склерозування сполучної тканини. Актуально використання коштів не тільки клінічної, але й домашньої фізіотерапії при поверненні хворого в свою життєву середу.

Засоби фізіотерапевтичної реабілітації, що полегшують і прискорюють належні ефекти кінезотерапії та ЛФК, наступні:

Перед ЛФК призначаються теплові процедури (озокерит, парафін, солюкс, ел. грілка і пр.), розігрівальний масаж ураженої зони відповідної станом інтенсивності, масаж може поєднуватися з тепловим або вібраційним впливом.

Після ЛФК – використовуються розсмоктуючі процедури – тепло, а так само магніт, лазер, ультразвук. Електропроцедури з різною характеристикою імпульсу – міостимуляція, діадинамотерапія, ампліпульс штучно імітують потенціали нервово-м'язової передачі. Як струмопровідну основу можна використовувати препарати бішофіту з протизапальною і спазмолітичною ефектом.

Бішофіт має спазмолітичну, мікроциркуляторне, розсмоктуючу та протизапальну дію, тому універсально використовується з масажем перед ЛФК під озокерит, парафін, солюкс, а після ЛФК - для досягнення розсмоктуючої і регенераційного ефекту - з масажем, електротерапією, ультразвуком і магнітом.

Лікувальну гімнастику в один день можна застосовувати практично з усіма видами фізичної терапії – з гальванізація і лікарський електрофорез, електростимуляція, високочастотної та імпульсної терапією, теплолікування та бальнеотерапією. У лікувальній практиці найбільше часто в комплекс включають тріаду фізичних впливів: фізіотерапію, ЛФК та масаж. Найбільш раціональні у більшості

хворих два типи комбінування зазначених лікарських засобів: а) спочатку проводиться ЛФК, потім – масаж і через 30-90 хв. - фізіотерапевтична процедура, б) першої призначається фізіотерапевтична процедура, через 2-3 год. – ЛФК і потім – масаж. Скорочення зазначених тимчасових інтервалів може викликати перевантаження організму і несприятливі реакції, тому порушувати їх не слід.

Деякі по-іншому ці лікувальні фактори комбінують лише при деяких захворюваннях. При контрактурах м'язів лікувальна гімнастика проводиться після теплових процедур і масажу. Якщо виражений больовий синдром, з метою його зменшення масаж доцільно призначати після ЛФК. У хворих з серцево-судинними захворюваннями оптимальним варіантом вважається наступна послідовність призначення процедур: масаж, через 30-60 хв. – лікувальна гімнастика, через 60-90 хв. – бальнеофізіотерапевтична процедура (найчастіше лікувальні ванни).

При обмеженні рухливості в суглобах хороший лікувальний ефект дає поєднання теплових процедур (парафін, бруд) зі спеціальними фізичними вправами, особливо коли вони безпосередньо впливають за тепловими процедурами. Однак необхідно враховувати, що бруд і парафін роблять значний дію на серцево-судинну систему, тому навантаження при виконанні фізичних вправ повинна бути невеликою. Хороший ефект досягають і при заняттях лікувальною фізичною культурою після фізіотерапевтичних процедур, що зменшують біль.

При паралітичних захворюваннях у дітей і підлітків рекомендується використовувати ЛФК в комплексі з імпульсною терапією та теплолікування. ЛФК зазвичай проводять через 10-15 хв після лікування імпульсними струмами за методикою К.А. Семенової. При комбінуванні з теплолікування ЛФК проводять до і після грязелікування, а светолікування процедури.

дури призначають до і після лікувальної гімнастики.

Механотерапія підвищує ефективність занять лікувальною гімнастикою в тих випадках, коли необхідно отримати виражену місцеву дію, наприклад збільшити рухливість в суглобі або зміцнити якусь групу м'язів. Роботою на спеціальних апаратах досягається посилене місцеве вплив, а на заняттях лікувальною гімнастикою можна більше часу відводити для вирішення інших завдань. Механотерапія може проводитися у вигляді окремої процедури або включатися в лікувальну гімнастику (зазвичай в кінці основної частини заняття).

Масаж – це сукупність прийомів механічної дозованої дії у вигляді тертя, тиску, вібрації, проведених безпосередньо на поверхні тіла людини руками [2,9,17]. Ефективно знімає м'язову напругу, м'язові болі, покращує кровообіг, має загальнозміцнюючу дію [6,7,11].

Гімнастичні вправи часто комбінуються з масажем. При цьому гімнастичні вправи звичайно виконуються у формі активних рухів, тобто самим пацієнтом по команді масажиста. Активні рухи можна застосовувати до, в процесі і після масажу. Найчастіше вони виконуються в процесі масажу, а при малорухомості суглобів – після нього. Одночасне застосування масажу і активних рухів підвищує працездатність м'язової тканини, прискорює зрощення переломів і попереджає м'язові атрофії [12,16,18].

Мануальна терапія – індивідуально підібране мануальне вплив на кістково-м'язову систему для зняття гострих і хронічних болів в хребті і суглобах, а також збільшення обсягу рухів і корекції постави. Одним з напрямків мануальної терапії є Вісцеральні мануальна терапія, яка сприяє відновленню нормальної рухливості органів, покращує кровопостачання, лімфоциркуляцію, нормалізує обмін речовин, відновлює імунітет, запобігає загострення хронічних захворювань.

Витягування (тракція) хребта – ефективний метод лікування больових синдромів у хребті, і суглобах з використанням індивідуально підбраною навантаження з використанням спеціального обладнання. Процедура спрямована на збільшення міжхребцевого простору, зняття болю і відновлення анатомічно правильної форми хребта.

Рефлексотерапія – різні лікувальні прийоми і методи впливу на рефлексогенні зони тіла людини і акупунктурні точки. Застосування рефлексотерапії в поєднанні з іншими лікувальними методами, істотно збільшує їх ефективність. Найбільш часто рефлексотерапію застосовують при остеохондрозі, супроводжуваному больовим синдромом, захворюваннях нервової системи, порушеннях сну, психічної неврівноваженості, а також при надмірній вазі і табакокурінні. Впливаючи на певні точки можна наводити організм в гармонію і лікувати багато захворювань.

Медикаментозна терапія показана в період загострення захворювання, спрямована на купірування больового синдрому, зняття запального процесу і посилення обмінних процесів шляхом прийому або введення лікарських засобів за допомогою внутрішньом'язових або внутрішньовенних ін'єкцій.

Завдання реабілітації роблять також необхідним поєднання лікувальної фізкультури з психотерапією.

Хоча кожен з вище перерахованих методів є високоефективним, все-таки стійкий терапевтичний ефект можна отримати тільки при поєднанні їх із заняттями на реабілітаційному обладнанні, тобто при створенні повноцінного м'язового корсету.

Висновки.

Поєднання різних лікувальних засобів вимагає призначення раціональних часу їх проведення і послідовності. Ранкова гігієнічна гімнастика проводиться після сну. Час між сніданком і обідом найбільш сприятливо для занять лікува-

льною гімнастикою, а друга половина дня - для інших форм лікувальної фізичної культури (дозованої ходьби, спортивних вправ та ігор). Заняття лікувальною фізичною культурою не повинні проводитися відразу ж після прийому їжі і таких фізіотерапевтичних процедур, які викликають значні зрушення в організмі.

Треба особливо відзначити важливість послідовності застосування процедур: правильніше застосовувати, наприклад, спочатку грязьову аплікацію, потім, через деякий час – масаж і далі гімнастику (ЛФК). При лікуванні контрактур спочатку використовується теплова дія, потім масаж і далі гімнастика (ЛФК).

Дослідження раціонального сполучення ЛФК з іншими засобами немедикаментозної терапії у хворих з різноманітною патологією є **перспективною** подальшого пошуку в напрямку визначення адаптаційних механізмів організму.

Література:

1. Берсенев В.А. Позвоночник и боль. - 2010. - 544 с.
2. Бирюков А.А., Власова Н.А., Левашов П.Н. Лечебный массаж в сочетании с физическими средствами лечения // Лечебная физкультура и спортивная медицина. - 2013. - № 3. - С. 10 - 14.
3. Васильева А.И. Восстановление после инсульта. Программа помощи больным и их близким. - Москва: Вектор, 2009. - 128 с.
4. Власова И.А., Губин Г.И., Епифанов В.А. Показатели эффективности оздоровительных тренировок в пожилом возрасте // Лечебная физкультура и спортивная медицина. - 2012. - № 1. - С. 33 - 36.
5. Епифанов В.А. Лечебная физкультура при заболеваниях сердечно-сосудистой системы // Лечебная физкультура и спортивная медицина. - 2011. - № 1. - С. 53 - 61.
6. Ингерлейб М., Панаев М., Морозова Е. Полное руководство по общему, лечебному, точечному и косметическому массажу. - Москва: Омега-Л, 2013. - 448 с.
7. Кузнецов О.Ф. Сочетание контрастного и классического массажа // Лечебная физкультура и спортивная медицина. - 2012. - № 9. - С.11 - 14.
8. Курушина О.В., Барулин А.Е. Современные аспекты лечения болей в спине// Международный неврологический журнал. - 2012. - № 5 (51). - С. 209 - 214.
9. Левашов П.Н. Лечебный классический массаж при гипертонической болезни // Лечебная физкультура и спортивная медицина. - 2012. - № 7. - С. 59 - 63.
10. Малахов В.А. Мышечная спастичность при органических заболеваниях нервной системы и её коррекция // Международный неврологический журнал. - 2010. - № 5 (35). - С. 110 - 114.
11. Малышенко К. Лечебный массаж ног. - Москва: Феникс, 2013. - 176 с.
12. Полетаева В.С., Некоркина О.А., Башкина А.С. Лечебная физкультура при остеоартрозе коленных суставов с сопутствующей гипертонической болезнью // Лечебная физкультура и спортивная медицина. - 2011. - № 11. - С. 41 - 49.
13. Попов С.Н., Кутын И.В. Оздоровительная физкультура как средство и метод совершенствования произвольной регуляции деятельности у младших школьников // Лечебная физкультура и спортивная медицина. - 2012. - № 8. - С. 42 - 45.
14. Система оздоровительных физических тренировок в комплексной реабилитации неврологических больных /Ромашин О.В., Лядов К.В., Макарова М.Р., Шаповаленко Т.В. // Лечебная физкультура и спортивная медицина. - 2012. - № 1. - С. 37 - 43.
15. ТОВАЖНЯНСКАЯ Е.Л. Болевые синдромы в области спины: современные направления рациональной фармакотерапии // Международный медицинский журнал. - 2013. - № 2 (56).-С.149 - 154.
16. Хосе Мануэль Санс Менхигар. Массаж. - Белгород: Клуб семейного досуга, 2012. - 160 с.
17. Чжень Джаогуань. Лечебный восстановительный массаж дома. Санкт Петербург: Попурри, 2012. - 144 с.
18. Шишкин А.Б. Массаж за 20 мин. - Москва: Вектор, 2013. - 128 с.

Інформація про авторів:

Жерновенков Андрій Олексійович, лікар вищої категорії, завідувач ревматологічним відділенням.

Дорожня клінічна лікарня станції Харків № 2 на залізничному транспорті.

Макєєва Марина Анатоліївна, лікар-невролог вищої категорії, доцент кафедри медичної реабілітації, спортивної медицини та лікувальної фізкультури (ХМАПО).

Горшенін Володимир Олегович, лікар-інтерн (ХМАПО).

Мороз Анна Всеволодівна, лікар-інтерн (ХМАПО).

Кафедра отоларингології та дитячої отоларингології

Харківська медична академія післядипломної освіти

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Захарова О.М.

Запорізький національний технічний університет, Україна

Анотація. Розглянуто зміст поняття «здоров'язберігаюча компетенція». Наведено аналіз публікацій, в яких було висвітлено аспекти професійної освіти майбутніх учителів фізичної культури. Визначена необхідність формування здоров'язберігаючої компетенції з метою покращення професійної підготовки у вищому навчальному закладі.

Ключові слова: професійна підготовка, професійні компетенції, здоров'язберігаюча компетенція, здоров'я, майбутні учителі фізичної культури.

Введення. В умовах соціальної орієнтації суспільства на пріоритет загальнолюдських цінностей, забезпечення гармонійного розвитку особистості і формування її творчого потенціалу, особливої актуальності набуває завдання формування у майбутнього педагога відповідального ставлення до здоров'я, як власного, так і оточуючих. Воно виступає в контексті з вимогами Закону України «Про освіту» та перспективними напрямками Державної національної програми «Освіта. Україна XXI століття», «Освіта для всіх», в яких основний акцент робиться на формуванні зрілої, освіченої та здорової людини [1].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз сучасної наукової педагогічної літератури доводить, що виходячи з позиції компетентнісного підходу основним результатом освітньої діяльності стає формування ключових компетенцій. Саме компетентнісний підхід, на думку фахівців, дозволяє перейти у професійній освіті від її орієнтації на відтворення знань у випускників вищих навчальних закладів до використання й організації цих знань в їх майбутній професійній діяльності [2]. На це вказують Н.М. Бібік, Л.С. Ващенко, І.А. Зимня, О. І. Локшина, О.В. Овчарук, О.І. Пометун, А.В. Хуторський та ін..

Відповідно з державним освітнім стандартом одною з професійних компе-

тентностей фахівця з фізичної культури являється здоров'язберігаюча компетенція, тому головним завданням у його професійній діяльності повинно бути збереження і зміцнення здоров'я учасників освітнього процесу та формування у них позитивної мотивації на здоровий спосіб життя.

На наш погляд, значна кількість досліджень у цьому напрямку свідчить про підвищену увагу науковців щодо формування здоров'язберігаючої компетенції майбутніх учителів та занепокоєння рівнем їх професійної підготовки, яку вони набувають в процесі навчання у вищих навчальних закладах, що і визначило мету нашого дослідження.

Виклад основного матеріалу. Вирішення зазначеної проблеми, як наголошує Демінська Л.О., повинно здійснюватись в межах усіх предметних дисциплін, що викладаються за освітніми програмами [3]. Таким чином, процес професійно-педагогічної підготовки майбутніх учителів фізичної культури буде здійснюватись у взаємозв'язку теоретичного і практичного навчання, взаємодії навчально-пізнавальної, навчально-практичної діяльності студентів, де формується система загально-педагогічних знань, умінь і навичок, вдосконалюється структура, зміст, організація, методи і засоби їх навчання.

В той же час в процесі професій-

ної підготовки майбутніх учителів фізичної культури у вищих навчальних закладах приділяється недостатньо уваги щодо формування у них здоров'язберігаючої компетенції практично-діяльними засобами. Проте, здоров'язберігаюча діяльність майбутнього фахівця повинна бути спрямована на систематичне поповнення, осмислення та інтеграцію знань, рухових навиків і досвіду у галузі фізичної культури і оздоровчої фізичної культури зокрема. Вона потребує чіткої орієнтації не тільки на збереження, але й на формування свідомого та відповідального відношення до здоров'я і володіння необхідним рівнем практичної підготовки щодо оздоровчо-фізкультурної діяльності.

Однак, за даними спеціальної літератури можна констатувати, що на сьогоднішній день має місце слабка підготовленість молодих спеціалістів щодо використання засобів фізичної культури, в тому числі й сучасних засобів оздоровчої фізичної культури. Це знайшло відображення у наукових працях вітчизняних і закордонних науковців: М.Р. Батіщевої, Л.І. Іванової, М.Т. Данилка, А. Г. Бусигіна, В.С. Язловецького та інших.

В.В. Лобачев зауважує, що до здійснення здоров'язберігаючої діяльності в освітньому процесі необхідна спеціальна підготовка, яка потребує тривалого часу на основі міждисциплінарного підходу.

У джерелах спеціальної літератури констатується зростання соціальної потреби у висококваліфікованих спеціалістах означеної галузі, які б володіли достатнім об'ємом знань і практичного досвіду та активно застосовували б їх як при проведенні уроків фізичної культури з дітьми у загальноосвітніх закладах, так і при проведенні фізкультурно-оздоровчої та рекреаційної роботи з різними групами населення [4].

Різноманітні аспекти професійної освіти педагогів фізичної культури і спорту знайшли відображення в працях В.К.

Бальсевича, А.П. Коноха, С.Ф. Матвєєва, С.Д. Неверковича та ін. Зокрема, здоров'язберігаючій освіті були присвячені дослідження провідних вітчизняних та закордонних науковців: Д.Є. Вороніна, В.П. Горащука, О.Д. Дубогай, І.А. Зимньої, А.В. Хуторського, Лобачева В.В. та ін.

В ряді науково-педагогічних досліджень здоров'язберігаюча компетенція майбутнього вчителя фізичної культури розглядається з різних позицій. І.А. Зимня зауважує, що компетенція здоров'язбереження включає знання і дотримання норм здорового стилю життя, гігієнічну і фізичну культуру, свободу та відповідальність вибору стилю життя. Таким чином, компетенція здоров'язбереження, на її думку – це особистісна характеристика, яка виражається у здоров'язберігаючій поведінці [5].

На думку В.В. Лобачева здоров'язберігаюча компетенція – це сукупність фізкультурно-педагогічних знань, умінь, навиків і мотивів, які являються основою здоров'язберігаючої педагогічної діяльності і формування здорового стилю життя майбутнього вчителя фізичної культури [6].

Воронін Д.Є. розглядає поняття «здоров'язберігаюча компетентність» як інтегральну, динамічну рису особистості, що проявляється в здатності організувати й регулювати здоров'язберігаючу діяльність; адекватно оцінювати свою поведінку, а також вчинки й погляди навколишніх; зберігати та реалізовувати власні здоров'язберігаючі позиції в різних, зокрема, несприятливих умовах, виходячи з особисто усвідомлених та засвоєних моральних норм і принципів, а не за рахунок зовнішніх сил; протистояти тиску, протидіяти впливам, що суперечать внутрішнім установкам, поглядам і переконанням, активно їх перетворювати, самостійно приймати моральні рішення [7].

Процес формування здоров'язберігаючої компетенції пропонується дослідниками засновувати на принципах

пріоритету здоров'я суб'єктів освітнього процесу, соціальної обумовленості, системності та науковості, міжпредметності та урахуванні індивідуальних особливостей тих, хто займається [3, 5, 8]. Однак, на наш погляд, не достатньо враховується принцип практичної направленості та систематичного використання сучасних засобів здоров'язбереження.

Висновки. В результаті теоретичного аналізу проблеми можна стверджувати, що, формування здоров'язберігаючої компетенції майбутніх учителів фізичної культури, яка направлена на формування особистісно-ціннісних і діяльнісно-практичних орієнтирів збереження й укріплення здоров'я своїх майбутніх учнів в процесі отримання вищої професійної освіти набуває актуальності, тому що освітня система поки ще не забезпечує необхідний і достатній рівень її сформованості у випускників вишів. Отже, здоров'язберігаюча компетенція є однією з ґрунтовних в ряді професійних компетентностей майбутнього вчителя фізичної культури і це питання потребує наукової розробки.

Представлені результати теоретичного аналізу досліджуваної нами проблеми не вичерпують все розмаїття варіантів визначення поняття «здоров'язберігаюча компетенція», а лише підкреслюють необхідність подальшого вивчення та розробки питання теоретичних основ формування здоров'язберігаючої компетенції майбутніх учителів фізичної культури.

Література:

1. Національна доктрина розвитку освіти України у XXI столітті // Освіта.- 2002.- № 26.- С. 2 – 4.
2. Тимошенко О.В. Теоретико-методичні засади оптимізації професійної підготовки вчителів фізичної культури у вищих навчальних закладах: дис...доктора пед. наук : 13.00.04 / Тимошенко Олександр Валерійович. – К., 2009. - 587 с.
3. Демінська Л.О. Міжпредметні зв'язки у професійній підготовці вчителя фізичної культури: [метод. посіб.] / Л.О. Демінська – Херсон: Видавництво “Айлант”, 2003. – 142 с.
4. Орехов Е.Ф. Модернізація вищого професійного образования в отрасли «Физическая культура и спорт»: [монография] / Орехов Евгений Федорович.- СПб.: Нац. гос. ун-т физ. культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, 2011. - 246 с.
5. Зимняя И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата современного образования // Интернет-журнал «Эйдос». - 2006. - 5 мая. <http://www.eidos.ru/journal/2006/0505.htm>.
6. Лобачев В.В. Формирование здоровьесберегающей компетенции в профессиональной подготовке будущего педагога физической культуры: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01, 13.00.08 / Лобачев Владимир Васильевич. - Воронеж, 2006. - 207 с.
7. Воронін Д.Є. Формування здоров'язберігаючої компетентності студентів вищих навчальних закладів засобами фізичного виховання : дис...кандидата пед. наук: 13.00.07 / Дмитро Євгенович Воронін. – Херсон, 2006. – 222 с.
8. Глагошук О.Г. Педагогічні умови вдосконалення культури зміцнення здоров'я студентів в системі фізичного виховання у вищому навчальному закладі : автореф. дис. На здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.02 «» О.Г. Глагошук. -К., 2008. -20 с.

Інформація про автора:

Захарова Олена Миколаївна, старший викладач кафедри Управління фізичною культурою та спортом (УФКС), факультет Управління фізичною культурою та спортом (УФКС) Інститут Управління і Права (ІУП) Запорізький Національний Технічний Університет (ЗНТУ).
e-mail : anz-18@i.ua

ГОМЕОСИНИАТРИЯ И АКУПУНКТУРА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ СУСТАВОВ

Здыбский В.И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Аннотация: В статье рассматривается применение способов рефлексотерапии (акупунктуры и гомеосиниатрии) при остеоартрозе суставов. Приводится сравнительная эффективность акупунктуры и комбинированного воздействия акупунктуры и гомеосиниатрии при этой патологии. Показана более высокая эффективность комбинированного способа воздействия.

Ключевые слова: остеоартроз суставов, акупунктура, гомеосиниатрия.

Введение

Остеоартроз является одновременно результатом действия механического и биологического факторов, которые нарушают синхронность процессов биодegradации и образования клеток суставного хряща, матрикса и субхондральной кости. Заболевание, как правило, поражает все ткани синовиального сустава. Таким образом, остеоартроз проявляется морфологическими, биохимическими, молекулярными и биомеханическими изменениями в клетках и матриксе, которые приводят к размягчению, разволокнению, эрозированию и уменьшению толщины суставного хряща, а также склерозу субхондральной кости, формированию остеофитов и субхондральных кист (Creamer P., Hochberg M. C., 1997). Заболевание носит прогрессирующий характер. В процессе его лечения пациенту приходится регулярно принимать большое количество аллопатических препаратов, которые кроме целого ряда противопоказаний и аллергических реакций, дополнительно нарушают функции внутренних органов (желудок, печень, почки). Применение способов рефлексотерапии не имеет перечисленных недостатков и может быть эффективно использовано у пациентов с аллергическими реакциями и при синдромах отмены препаратов.

Под гомеосиниатрией мы понимаем введение комплексных антигомоток-

сических препаратов через точки акупунктуры. Термин состоит из гомео- от гомеопатии, син- от синологии (науке о Китае), и атрия- от греческого врач, лечение. Комплексное действие предусматривает комбинированное использование двух или более действующих факторов. Применяется в виде последовательного воздействия этих факторов для усиления, отдельно взятого способа.

Цель работы – сравнить эффективность акупунктуры и комбинированного воздействия акупунктуры и гомеосиниатрии при остеоартрозе суставов.

Гомеосиниатрия выбрана потому, что она имеет ряд преимуществ перед акупунктурой:

1. Наряду с механическим раздражением точки акупунктуры (ТА), затем включаются химические механизмы действия антигомотоксического препарата. Достигается пролонгированное раздражение ТА выбранным препаратом;

2. При выраженном болевом синдроме допускается введение «коктейля» из двух препаратов в точки акупунктуры.

3. Разделение одной дозы препарата на несколько ТА позволяет охватить сустав со всех сторон с первичным акцентом на триггерные точки.

4. Отсутствие побочных эффектов при длительном применении.

Материалы и методы

Обследованы две группы пациентов по 45 человек в каждой. Группы идентичны по полу и среднему возрасту больных. В первой группе для лечения использовалась только акупунктура, во второй группе – комбинированное воздействие акупунктуры и антигомотоксических препаратов (гомеосиниатрия): Traumeel-S, Zeel-T, Discus compositum.

При введении антигомотоксических препаратов в точки акупунктуры при всех видах артрозов и полиартрозов мы учитывали основные принципы использования точек общего, сегментарного действия, а также локальных и триггерных точек соответствующих пораженным суставам.

Акупунктура показана в начальной стадии серозного воспаления и в стадии разрешения. При сопутствующих травмах и их последствиях рекомендуются сочетанные методики. Воздействие проводилось с учетом стадии заболевания, локализации боли и клинических проявлений. Курс лечения состоял из 14-15 ежедневных сеансов. При необходимости проводилось поддерживающее лечение, включающее введение препаратов в точки акупунктуры (ТА) 2 раза в неделю.

Несмотря на то, что в настоящее время существует огромный арсенал различных лабораторных и инструментальных диагностических методов, основанных на современных технологиях, по-прежнему важным остается оценка врачом объективного статуса пациента. Недаром народная мудрость гласит, что перед любым современным аппаратом «надо снимать шляпу, а голову оставлять на плечах».

Результаты мы оценивали по шкале боли, объему активных и пассивных движений в суставах, наличии или отсутствии отеков.

Методика при заболеваниях суставов верхних конечностей

При заболеваниях плечевого сустава акупунктурное воздействие начинали с точек нижних конечностей: VB34, E36, 38, V57 по тонизирующей методике. Затем использовали сегментарные и местные точки с противоположной от боли стороны: GI4, 11, 15, 16, IG3, 7, 8, 10, TR3, 5, TR8, 14, 15, P2, VB21. Воздействовали также по тонизирующей методике. В точки акупунктуры на пораженной стороне вводили препараты: Zeel-T или Traumeel-S. Затем препараты вводились в болезненные при надавливании точки (триггерные пункты). Одна из «специфических» точек для плечевого сустава – GI15. В этой области болезненность часто обусловлена включением в патологический процесс сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча. Сухожилие проходит между большим и малым бугорками плечевой кости, в этом месте оно окружено синовиальным влагалищем, затем прободает суставную капсулу и прикрепляется к надсуставному бугорку лопатки. Через дельтовидную мышцу хорошо пальпируются бугорки плечевой кости. Между ними делался укол до дельтовидной мышцы и вводился препарат Zeel-T в объеме 0,2 – 0,3 ml. Использовались только инсулиновые шприцы (8 мм) зарубежного производителя. При отеке в области плечевого сустава воздействие начинали с акупунктуры (по тонизирующей методике) в дистальных точках верхней конечности: GI4, 5; TR6, 1; IG5, 1, а также нижней конечности: R5, 7; V60, 62. Затем через 10 мин. в местные точки вводили Traumeel-S.

При заболеваниях локтевого сустава использовали те же принципы воздействия. Наиболее часто для акупунктуры применяли точки: GI4, GI10, 11; IG3, 15; TR3, 4, 8. К дистальной поверхности внутреннего надмыщелка прикрепляются сухожилия мышц – круглого пронатора, длинной ладонной, локтевого сгибателя запястья, поверхностного сгибателя пальцев. К наружному надмыщелку при-

крепляется плечелучевая мышца. Триггерные точки часто локализуются в области вершины надмыщелка. Для местного введения препаратов чаще использовались ТА: IG8, TR10, C3. Эти же точки применялись при болях в области кубитального канала. Точки TR5 и TR8 также использовались для введения препаратов. На здоровой стороне преимущественно использовали акупунктуру, а на поражённой стороне Zeel-T или Traumeel-S.

В дистальном отделе предплечья локтевой нерв проходит через карпоульнарный канал. Дорзальной стенкой его служит ладонная связка запястья, вентральной – удерживатель сухожилий сгибателей, медиальной – гороховидная кость. Между указанными связками и гороховидной костью образуется узкая треугольная щель. Инъекция препаратов чаще проводилась между гороховидной костью и вершиной шиловидного отростка лучевой кости. Из акупунктурных точек использовались: C7 и IG5.

Болевые ощущения могут исходить из метакарпального канала. Его основанием являются кости и суставы запястья, покрытые связками. Кости запястья образуют углубления. Со стороны большого пальца оно ограничено лучевым возвышением; со стороны мизинца – локтевым возвышением запястья (гороховидной костью и крючком крючковидной кости). Сверху канал покрыт удерживателем сухожилий сгибателей. В канале ульнарно лежит синовиальное влагалище сухожилий поверхностного и глубокого сгибателей пальцев; радиально располагается синовиальное влагалище длинного сгибателя большого пальца, а между ними лежит срединный нерв. Длина канала 3-4 см.

При болях в лучезапястном суставе и пальцах кисти для акупунктуры на здоровой стороне применяли ТА: P10, 7; GI3, 4, 6; IG3, 5; MC7; TR3, 4, 5. На стороне поражения в точки вводились антигематоксические препараты.

Дополнительно на стороне поражения использовали аурикулярные точки: 13, 37, 51, 62-67 (вся область ладьевидной ямки на ушной раковине), 55, 96. Воздействовали акупунктурой. В остром периоде сеансы проводились ежедневно, а затем через день.

Методика при заболеваниях суставов нижних конечностей

Тазобедренный сустав относится к шаровидным суставам с широкой суставной сумкой, укрепленной многочисленными связками и мышцами. Мышцы плотно облегают тазобедренный сустав: сверху сзади – грушевидная и несколько ниже – внутренняя запирательная, снизу сзади – малая и средняя ягодичные мышцы, снизу – приводящие короткие мышцы бедра, спереди – большая поясничная мышца и прямая головка четырехглавой мышцы бедра. Между капсулой сустава и мышцами находится небольшое количество очень плотной упругой жировой клетчатки, где наиболее часто обнаруживаются триггерные пункты.

Акупунктура. При заболеваниях тазобедренного сустава наиболее часто использовались точки: E31, 36; V33, 40, 54; VB29-31, 34; F11; VG4, 12. При травмах тазобедренного сустава лечение начинали с акупунктуры по тонизирующей методике на отдаленные точки на стороне травмы (Г. Лувсан, 1990): R1, 7, F3, 1, 8; VC2, 3. Затем через 10 минут после введения игл применяли препараты: Traumeel-S, Zeel-T или Discus compositum в точки пояснично-крестцовой области. При длительном ограничении движений дополнительно применяли введение препаратов в местные точки. Чтобы ввести препарат в местные ТА больному придавали положение, лёжа на здоровом боку. Например, одна из триггерных зон определялась следующим образом: левой рукой пальпировался большой вертел бедра. Отступив на 0,5-1 см. вверх пальпировалась болевая точка. Затем под углом 30° в сагиттальной плоскости производился укол с целью попадания в жировую

клетчатку. При выявлении триггерных зон другой локализации в них также вводилось антигомотоксические препараты.

При поражении коленного сустава начинали с акупунктурного воздействия на здоровой стороне в точках: E35-38, RP9-10; E44, V39, V40, 60; R9-10; VB31-34, 38; F7-9; VG3. Затем через 10-15 мин. вводили препараты в местные и сегментарные ТА на стороне поражения.

Триггерные точки чаще определялись в зоне трёхглавой мышцы голени, которая состоит из икроножной (имеющей медиальную и латеральную головки) и камбаловидной мышц. Своими начальными отделами головки икроножной мышцы ограничивают снизу подколенную ямку. Камбаловидная мышца покрыта икроножной и, прикрепляясь к малоберцовой и большеберцовой костям, образует своими сухожилиями арку. В этом месте в мышечно-сухожильном канале возможна компрессия большеберцового нерва при напряжении мышц голени. Расслабление этих мышц обеспечивает уменьшение раздражения нерва. Инъекции препаратов Traumeel-S и Discus compositum производили, например, в наиболее возвышенную часть брюшка напряжённой икроножной мышцы. При выявлении участков миодистрофии инъекции производились и в эти участки. Из акупунктурных точек в этой зоне использовали V56, 57, 58.

При заболеваниях голеностопного сустава и суставов пальцев стопы точки выбора служат: E41, 36, R3, V60, 62, 65, VB41 и другие болезненные точки. Например, большеберцовый нерв проходит между внутренней лодыжкой и пяточной костью. Впереди лежит сухожилие сгибателя пальцев, изнутри – сухожилие длинного сгибателя большого пальца, снаружи нерв и сухожилия обхватываются связкой – удерживателем сухожилий сгибателей. Этой связкой замыкается тарзальный канал. В этой зоне проецируется своеобразная петля из точек акупунктуры канала почки. Мы ис-

пользовали введение препаратов в точки: R6 и R3, а также в другие триггерные точки этого канала.

При отеке голеностопного сустава вводили Traumeel-S в следующие местные ТА: V60, 62, E41, VB41, R2, 5, 7. Акупунктурное воздействие применялось в пояснично-крестцовой области. При ограничении движений в суставе дополнительно воздействовали в точки: V58, VB34, 37; E34, 40; V63 препаратом Traumeel-S. При длительных болевых синдромах после травмы начинали с седативного воздействия иглами в точках: F2, 3; VB34, 38, 39; E36, 41 на здоровой стороне, а через 15-20 мин. вводили препараты в симметричные точки на больной стороне. «Специфичная» точка для голеностопного сустава VB41.

При лечении полиартрозов наряду с местными и специфическими точками воздействовали на точки: V23, 62; IG3 для стимуляции функции коркового вещества надпочечников.

Результаты лечения

В первой группе пациентов эффективность лечения (после одного курса) составила 65%. Во второй группе (при комбинированном воздействии), эффективность составила 85%. В обеих группах отмечено уменьшение боли (во второй группе в среднем на два дня раньше), уменьшение отечности (во второй группе с 3-4 сеанса, а в первой с 5-6 сеанса), увеличение объема активных и пассивных движений в суставе. Отмечена более длительная ремиссия (3 – 6 месяцев) у пациентов второй группы. Лучшие результаты получены в начальных стадиях заболевания у пациентов без выраженных деструктивных изменений в суставах. Следует отметить, что ни у кого из обследованных нами пациентов не было отмечено побочных и аллергических реакций при применении антигомотоксических препаратов в сочетании с акупунктурой.

Выводы

1. Приведённые методики являются врачебными процедурами и могут

применяться врачами, прошедшими специальную подготовку по рефлексотерапии. Подбор ТА и антигомотоксических препаратов должен обосновываться с учётом индивидуализированной диагностики заболевания, ведущих патогенетических механизмов, клинических проявлений и давности процесса.

2. Лучшие результаты получены при применении комбинированной методики в ранние сроки заболевания, в молодом и среднем возрасте, когда возможна лучшая регенерация и препараты могут предотвратить переход обратимых изменений в тканях в необратимые (по таблице фаз гомотоксикозов).

3. Установление приоритетных точек акупунктуры для введения антигомотоксических препаратов зависит не только от соответствия препарата по терапевтическому и фармакологическому индексу имеющемуся заболеванию, но и от выявления участков болезненности, дистонических или дистрофических изменений в тканях. Одновременно воздействовали на 8-10 ТА выбранным препаратом и на 5-6 дистальных точек иглоукалыванием. При обнаружении в процессе лечения новых триггерных зон, они также включались в рецептуру.

4. Необходимо информировать пациента о том, что один краткосрочный курс лечения (14-15 сеансов) по данной методике не решит всех его проблем, связанных с заболеванием. При отсутствии эффекта после 10-ти сеансов необходимо проанализировать возможные причины неэффективности воздействия. Это может быть связано с неправильным подбором ТА, неадекватно выбранным антигомотоксическим препаратом, неправильными субъективными суждениями больного о динамике своего состояния.

5. При выраженном болевом синдроме возможно введение двух разных препаратов с интервалом в 3-4 часа или «коктейля» из двух препаратов.

Литература:

1. Антигомотоксическая терапия заболеваний нервной системы. Метод.реком. – К. – 2005. – 62 с.
2. Гавура В.В., Гарус А.А. Применение антигомотоксических препаратов Traumeel-S и Zeel-T в комплексном лечении больных пояснично - крестцовым радикулитом в условиях врачебно-физкультурного диспансера //Биологическая терапия. – №3. – 2000. – С. 16-19.
3. Думин П.В., Фурман Н.В., Семенов А.И. Использование антигомотоксических препаратов Traumeel-S, Zeel-T, Discus compositum в комплексном лечении больных грыжами межпозвонковых дисков //Биологическая терапия – №1. – 2000.
4. Енно Фрейс, Лео Латаш. Ревматоидный артрит с точки зрения обезболивающей терапии (альтернативная терапия – комбинированная алопатическая и гомеопатическая терапия) //BiomedicalTherapy.– №4. – 1999. – Р. 184-185.
5. Заславский Е.С. Болевые мышечные синдромы в области плечевого пояса, руки и грудной клетки: Метод.реком. для врачей-курсантов.– Новокузнецк. – 1982. – 70 с.
6. Здыбский В.И. Немедикаментозные способы воздействия при лечении острой и хронической боли в суставах. /Актуальные вопросы ревматологии. Сб. статей. – Харьков. – 1997. – С. 45-49.
7. Здыбский В.И., Являнский Ю.В. Акупунктура, фармакопунктура и гомеосиниатрия для рефлексотерапевтов. – Х. – 2012. - 151с.
8. Калмикова Ю. С. Методи дослідження у фізичній реабілітації: дослідження фізичного розвитку: [навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичної культури і спорту напряму підготовки «Здоров'я людини»] / Ю.С. Калмикова. – Харків, 2014. - 104 с.
9. Лобенко О. О., Корж М. О., Дедух Н. В. и др. Остеоартроз, консервативна терапія. – Харків: Прапор, 1999. – 335с.
10. Мачерет Е. Л., Самосюк И. З., Лысенюк В. И. Рефлексотерапия в комплексном лечении заболеваний нервной системы. – К.: Здоровья, 1989. – 229 с.
11. Мачерет Е.Л., Чуприна Г.М., Морозова О.Г. и др. Патогенез, методидослідження та лікування больових синдромів. – Х.: ВПЦ Контраст, 2006. – 168 с.
12. Морозова О.Г., Здыбский В.И., Бутенко О.И. и др. Избранные клинические лекции по рефлексотерапии. - Харьков. - 2007. - 304с.
13. Моцарь С.И., Игнатъев Е.О. Опыт применения антигомотоксических препаратов Traumeel-S, Zeel-T, Discus compositum в терапии деформирующих артрозов, спондилоартрозов и остеохондроза позвоночника // Биологическая терапия. – №2. – 2000. – С. 34-42.

14. Общая терапия 2006-2007 (под редакц. Рабиновича С.А.). Каталог препаратов фирмы «БиологишеХайльмиттельХеель». – М. – 2006. – 352 с.

15. Пишель Я.В., Шапиро М.И., Шапиро И.И. Анатомо- клинический атлас рефлексотерапии (изд. 3-е, перер. и допол.). – Харьков: Око, 1995. – 168с.

16. Твардовская С.П., Секер Т.М. Лечение некоторых дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата препаратами Zeel-T и Traumeel-S. //Биологическая терапия. – №1. – 2000.– С. 32-34.

17. Фразе В. Терапевтические возможности гомеосиниатрического применения препарата Zeel-T. //Биологическая терапия. – №3.–1999.– С.39-41.

18. Хайне Х. Запуск иммунологических вспомогательных реакций, при проведении анти-

гомтоксической терапии воспалений суставов. //Биологическая терапия. – №4.– 1998. – С. 12-14.

19. Черных В.Ф., Здыбский В.И., Климович Л.В. Акупунктура и гомеосиниатрия в клинической практике. - Харьков: Золотые страницы, 2002. - 102с.

20. Ordinatioantihomotoxicaetmateriamedica (издание на русском языке), под редакц. научного отдела фирмы Хеель. – М.: 1998. – 451 с.

Информация об авторе:

Здыбский Владимир Иванович, к.мед.н., Ph.D., доцент кафедры рефлексотерапии, Харьковской медицинской академии последипломного образования

ПРИРОДНАЯ СРЕДА КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕКРЕАЦИИ СТУДЕНОВ

Иванов В.И.,¹ Пашенко Н.А.²

¹ «ВДНЗУ» Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

² Харьковская государственная академия физической культуры
Украина

Аннотация. В статье приводятся данные позволяющие рассматривать природную среду в качестве фактора физической рекреации студентов в учебной деятельности.

Ключевые слова: информационные и эмоциональные перегрузки, психические состояния, физическая и психическая активность.

Введение. На сегодняшний день уровень здоровья студенческой молодежи Украины вызывает тревогу. Количество студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья и физического развития, ежегодно увеличивается. Рост заболеваемости студентов связан не только с информационными и эмоциональными перегрузками, которым они подвергаются в процессе учебы, но и социально-экономическими, экологическими проблемами, дефицитом двигательной активности и отсутствием навыков здорового образа жизни [1].

Высшие учебные заведения Украины призваны готовить здоровых, работоспособных специалистов, которые способны решать вопросы производства. В соответствии с Основными законодательствами об образовании все органы управления и звенья этой системы призваны обеспечивать всестороннее развитие и укрепление здоровья учащейся молодежи [9].

Актуальность. Развитие высшей школы в современных условиях сопровождается социально-экономическим прессингом на все стороны студенческой жизни и труда. Рабочая нагрузка интенсивно работающего студента в течении

учебной недели достигает 12 часов в сутки, а в период экзаменационной сессии - 15-16 часов. Труд студента по тяжести относят к первой категории (легкий), а по напряженности к четвертой (очень напряженный труд) и требует значительного напряжения духовных и физических сил. В связи с этим, возрастает роль физической рекреации, как одного из звена сектора для укрепления и сохранения здоровья, увеличения длительности жизненной и творческой активности и повышения умственной работоспособности [3].

Физическое воспитание является сложным педагогическим, многофункциональным психофизиологическим процессом, особенно в современных условиях, когда учащаяся молодежь уделяет недостаточное внимание физической культуре, когда в учебных заведениях отмечается сокращение материально-технической базы и выделение средств на приобретение спортивного инвентаря, оборудования, уменьшение объема учебных часов в высших учебных заведениях [8].

Необходимо обратить внимание еще на один аспект, многие ныне созданные высшие заведения и особенно

филиалы некоторых вузов не имеют спортивных сооружений, оборудования, инвентаря для проведения учебных занятий и организации спортивно-массовых мероприятий.

Нам представляется целесообразным остановиться на направлении, получившем за последние годы признание и поддержку - использование природной среды как незаменимое условие и материальной базы рекреационного природопользования. Безусловно, все это можно использовать в процессе рекреации не только при различных заболеваниях, травмах, но и для физической рекреации студентов в учебной деятельности [2,7].

Как отмечают авторы [2,5,7], физическая рекреация направлена на удовлетворение биологических потребностей, двигательной активности и эмоциональных действий в развлечении, получении удовольствия, наслаждения через движения, переключения с одного вида деятельности на другой, активизацию деятельности организма с помощью двигательной активности и профилактику неблагоприятных воздействий на организм студентов.

Анализ средств и методов активного воздействия на организм человека позволяет рассматривать внешнюю среду (как источник всех психических явлений) и ее модели в качестве одного из основных средств активного формирования психических и физических качеств человека [4,6].

Цель наших исследований заключалась в том, чтобы изучить предлагаемую нами природную среду в качестве фактора физической рекреации направленной на удовлетворение физической и психической активности занимающихся.

Организация исследования. Нами использовалась природная сфера, под которой мы обозначаем совокупность качественных и количественных особенностей визуальных композиций мест занятий. При проведении занятий в природ-

ной сфере выбирали маршруты с учетом эстетической обстановки местности.

Исследование охватило в общей сложности 128 студентов разных высших учебных заведений. Результаты объема двигательной активности в условиях экспериментальной среды сопоставлялись с результатами, полученными вне её.

На занятиях у студентов формировали умение оценивать и управлять своим психическим состоянием, умение поддерживать необходимый оптимум психических состояний в условиях сложной учебной деятельности, состояние окружающей среды (цвет, запах, движение ветра и т.д.) использовали для конструирования состояния бодрости либо раскрепощенности. Связь «внешняя среда - психическое состояние» устанавливали на основании совместного обсуждения представлений, связанных с конкретным восприятием или ощущением. Уровень эмоционального возбуждения и его динамика регистрировались прибором «Биометр» нашей конструкции.

Отличительной чертой организации занятия был увеличенный объем развития выносливости (аэробный вариант). Причем нагрузка дозировалась в зависимости от состояния испытуемых. С этой целью введен обязательный

10-12 минутный бег, а также большой объем упражнений на гибкость и координацию движений, выполняемых на месте, в ходьбе, в беге в различном темпе. Развитию силовой выносливости рук, мышц шеи, спины служили упражнения с партнером, выполняемые в динамическом и статическом режимах. Вместе с тем предоставляли возможность студентам возможно больше заниматься (выполнять) упражнения самостоятельно, широко использовали спортивные игры.

Результаты обсуждения. Такая организация является функционально оправданной, она обуславливает разнообразие впечатлений при переходе из зоны в зону, способствует упорядочению учебных занятий и влияет на психиче-

ские состояния. Временные психические состояния вызывают положительное отношение обучаемых к занятиям, формируют эмоциональные реакции (желание, стремление) заниматься физическими упражнениями, что естественно выразится в развитии способности к самоконтролю и саморегуляции.

Примененная методика позволила увеличить годовой объем беговых упражнений на 85-118% и выполнялась большинством студентов без затруднений. При этом моторная плотность занятий увеличилась до 89,3%. Важно отметить, что за период внедрения в практику разработанной методики сократилось количество пропущенных по болезни занятий на 65-70%, а посещаемость повысилась до 94,6-100%. Общая успеваемость повысилась в среднем на 0,34 балла.

Такое построение учебных занятий оказало положительное влияние и на функциональную готовность организма студентов к выполнению тестовых испытаний по физвоспитанию.

Педагогические наблюдения, объективные показатели и субъективные высказывания свидетельствуют о том, что проведение занятий в условиях природной сферы способствует получению удовольствия и наслаждения, способствует формированию физической и психической бодрости, навыков управления психическим состоянием и, в конечном счете, укреплению здоровья и улучшению физической подготовленности занимающихся.

В этом отношении наши данные созвучны точке зрения авторов [2,5,7] о сущности физической рекреации.

Вывод. Данные исследования свидетельствуют о целесообразности рекреационного природопользования для формирования физической и психической активности студентов на учебных занятиях.

Полученные нами результаты обнадёживают в отношении результативно-

сти рекреационного природопользования и позволяет продолжить исследования в этом направлении.

Литература:

1. Дуб И.М. Физическое состояние учащейся молодежи Украины как показатель нации / И.М. Дуб // Междунар. научн. конгресс. Физическая культура, спорт, туризм в новых условиях развития стран СНГ - М.: Изд-во фонда им.М.Ю.Лермонтова, 1999. - С. 179-184.

2. Зайцев В.П. Физическая рекреация в воспитании активной личности студентов (аналитический разбор) / В.П. Зайцев, Манучарян, С.И.Крамской // Физическое воспитание студентов - 2010. №5. - С.23-26.

3. Кремень В.Г. Освіта і наука України: шляхи модернізації (Факти, роздуми, перспективи), / В.Г.Кремень - К: Грамота. - 2003. - 216 с.

4. Леонтьев А.Н. Философия психологии: Из научного наследия. - М.: Изд-во МГУ, 1994. -228 с.

5. Лотоненко А.В. Молодежь и физическая культура: монография / А.В. Лотоненко, Г.Р. Гостев, С.Р. Гостева, О.А. Григорьев. - М.: Еврощкола. 2008. -450 с.

6. Сенсорна організація движений / [Под ред. В.П. Зинченко и А.П. Усовой]. - М., 1963. - 268 с.

7. Смородинов А.С. Физическая рекреация как средство сохранения и укрепления здоровья студентов / А.С. Смородинов, В.И.Смородинова // Культура физическая и здоровье. - 2004. №1. - С.30-32.

8. Соколовский В.С. Место физического воспитания студентов высших медицинских учебных заведений в учебном процессе в контексте общеевропейской интеграции высшего образования / В.С. Соколовский // Сучасні досягнення спортивної фізкультури та валеології. XI Міжнародна науково-практична конференція. Одеса, 2005. - С. 192-201.

9. Фізичне виховання. Навчальна програма для вищих навчальних закладів України III – IV рівнів акредитації. - Київ, - 2003. - 44 с.

Информация об авторах:

Иванов Валентин Иванович, к. психол. н. преподаватель кафедры физического воспитания, Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава

Пашенко Наталья Александровна, старший преподаватель кафедры спортивных и подвижных игр, Харьковская государственная академия физической культуры.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ БИОМЕХАНИКИ В МОНИТОРИНГЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНОЙ СВЯЗКИ

Истомин А.Г.,¹ Ткаченко А.В.,¹ Истомин Д.А.,¹ Журавлев В.Б.,¹ Манучарян С.В.²

¹ Харьковский национальный медицинский университет

² Харьковская государственная академия физической культуры
Украина

Аннотация. В статье приведен обзор некоторых аппаратно-программных комплексов, которые используют методы биомеханики для мониторинга физической реабилитации пациентов с нарушениями функций опорно-двигательной системы и перспективность их применения у пациентов с синдромом подвздошно-поясничной связки.

Ключевые слова: физическая реабилитация, биомеханические методы, электротензодинамометрия, синдром подвздошно-поясничной связки.

Введение. Мониторинг эффективности физической реабилитации (ФР) до настоящего времени остаётся одной из актуальных проблем восстановительной медицины, как в нашей стране, так и за рубежом. Многообразие используемых подходов и количество предлагаемых способов оценки только подчёркивает недостаточную надёжность предлагаемых критериев объективизации результатов лечения.

Перспективным направлением повышения информативности обследования пациентов с заболеваниями опорно-двигательной системы ряд специалистов считает использование современных методов биомеханики [2, 9]. Эти методы позволяют объективизировать характер и степени статико-динамических нарушений со стороны опорно-двигательной системы путем количественной сравнительной оценки основных биомеханических показателей.

Достаточно широко используются с этой целью компьютерная антропометрия, оптоэлектронная циклография, динамометрия, акселерометрия, гониометрия, электромиография, подография, их-

нография, гониометрия, стабилография и т.д. [1, 3]. Вместе с тем, недостаточно изучена информативность этих методов для мониторинга эффективности физической реабилитации пациентов с болями в нижней части спины, связанными с занятиями определенными видами спорта или балетом.

Пояснично-тазовые лигаментопатии, наряду с миофасциальными синдромами, изменениями тел позвонков, межпозвонковых дисков, дуго-отростчатых и крестцово-подвздошных суставов являются распространенной причиной пояснично-тазовой боли у борцов, гимнастов, хоккеистов, гандболистов, а также артистов цирка и танцоров. Нередко первопричиной формирования порочного круга патологических изменений со стороны пояса нижних конечностей служит длительная микротравматизация пояснично-подвздошной связки (ППС).

Главная функция ППС состоит в стабилизации пояснично-крестцового отдела при нутации в крестцово-подвздошных суставах. При занятиях хореографией, а также некоторыми видами спорта, при которых требуется выполне-

ние форсированных, превышающих обычную амплитуду движений в поясничном отделе позвоночника, в связках возникают микронадрывы, микрокровоизлияния. Микронадрывы замещаются рубцовой тканью, в месте кровоизлияний откладываются соли кальция, развивается фиброз и т.д. Со временем эти изменения накапливаются, и эластичность ППС уменьшается [6, 8].

Вследствие нарушения ее биомеханической функции - стабилизации пояснично – крестцового отдела позвоночника и заднего отдела таза, возникают изменения в межпозвонковых дисках и ушковидных поверхностях крестцово-подвздошных суставов.

Для дифференциальной диагностики патологии ППС и других позвоночно-тазовых лигаментопатий наряду с рутинным ортопедическим обследованием, сонографией и томографией применяют провокационный тест – приведение согнутого под прямым углом бедра, которое натягивает ППС. Давление по оси бедра в случае повреждения связки вызывает резкое усиление боли.

Высокую эффективность при лечении синдрома подвздошно-поясничной связки продемонстрировало сочетание экстракорпоральной ударно-волновой терапии и физическая реабилитация с целью устранения дисбаланса мышечных групп в области нижней части спины и пояса нижних конечностей. Объективизировать эффективность проводимого лечения позволяют современные биомеханические методы, предназначенные для количественной оценки основных показателей функции ППС.

Цель и задачи исследования. Цель исследования – обзор научно-обоснованных рекомендаций по применению методов биомеханики в мониторинге ФР пациентов синдромом подвздошно-поясничной связки.

Задача исследования – подобрать наиболее подходящую методику для мониторинга мышечного дисбаланса при

ФР пациентов с синдромом подвздошно-поясничной связки.

Материалы и методы исследования. Метод анализа доступной медицинской литературы; общепринятые научные методы анализа и синтеза. Было проанализировано более 20 источников литературы (методические рекомендации, статьи).

Результаты исследований и их обсуждение.

В современных аппаратно-программных комплексах (АПК), используемых в реабилитации часто используются несколько методов, часто методика дополняется использованием биологической обратной связи (БОС). К таким АПК относятся:

DAVID back concept — уникальный комплекс реабилитационных тренажеров, оснащенных измерительными системами и программным обеспечением. Он предназначен для раннего выявления проблем позвоночника, профилактики и восстановительного лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата [8]. Перед началом занятий на тренажерах DAVID проводится тестирование, при котором определяется максимальная сила мышц и подвижность всех отделов позвоночника. Полученные данные автоматически сравниваются с нормальными значениями с учетом возраста, пола, веса и роста. Таким образом, выявляются отклонения в мышечной силе и амплитуде движений, мышечные асимметрии и дисбалансы.

АПК «ДиаСлед», который представляет собой компьютерную систему точной экспресс диагностики состояния опорно-двигательной системы в статике и динамике. Параметры ходьбы, а именно параметры взаимодействия стоп с опорой, которые позволяет анализировать АПК, являются информативными для определения биомеханических нарушений [5, 7].

Высокоинформативным методом оценки силовых характеристик разных

мышечных групп является электротензодинамометрия, позволяющая зарегистрировать усилия, развиваемые пациентом при выполнении различных физических упражнений. В основе работы тензодатчиков лежит эффект изменения сопротивления проводника при его удлинении.

В Институте травматологии и ортопедии НАМН Украины создан аппаратный комплекс и методология обследования, позволяющая объективно оценить исходное состояние мышц, динамику изменений их силовых характеристик в процессе лечения, прогнозировать скорость восстановительных процессов и сроки реабилитации на разных ее этапах [4].

Трудности измерения функциональных силовых возможностей состоят в том, что в ряде случаев больные стремятся выполнить двигательную задачу путем напряжения мышц, которые не имеют отношения к исследуемому суставу [5, 6]. В таких случаях необходимо фиксировать проксимально расположенный сегмент. При обследовании ослабленных групп мышц, как правило, нет необходимости в иммобилизации проксимальных сегментов с помощью дополнительных фиксаторов. В таких случаях достаточно надежная фиксация достигается при удержании рукой.

При проведении динамометрических исследований необходимо придерживаться следующих общих положений:

- обследуемый находится в фиксированной позе, влияние проксимально расположенных сегментов тела исключено;

- приложение усилий осуществляется из нейтрального положения сегмента, при котором он является продолжением проксимально расположенного участка тела или находится под прямым углом к ней;

- движение сегмента – минимальное, для устранения ошибок вследствие действия сил инерции;

- движение действия измеряемой силы – постоянное и направленное перпендикулярно к динамометру;

- не допускаются ошибочные показатели за счет массы измерительных приборов и приспособлений (крючки, цепи и т.п.);

- не допускаются ошибочные показатели за счет веса сегментов тела (использование нейтрализующей манжеты);

- время проведения периодических обследований и температурные условия не должны иметь сильных различий.

Данные, полученные при обследовании группы пациентов и здоровых людей, обобщаются в вариационные ряды с определением – силы мышц и момента силы. Обработываются статистически с помощью методов математической статистики с использованием компьютерных программ Microsoft Excel Statistics.

Интерпретация показателей электродинамических исследований наиболее информативна в виде сравнительного анализа данных относительно исходных для каждого конкретного случая.

Выводы. Таким образом, электротензодинамометрия является высокоинформативным биомеханическим методом мониторинга мышечного дисбаланса, представляющего собой важную составляющую нарушения статико-динамической функции пояснично-крестцового отдела позвоночника и пояса нижних конечностей. Это обуславливает перспективность применения этого метода для объективизации эффективности физической реабилитации пациентов с синдромом подвздошно-поясничной связи.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении. Современные технологии позволяют выводить результаты тестирования на экран и задавать параметры нагрузки при выполнении упражнений в зависимости от индивидуальных особенностей пациента (БОС). Такие возможности уже реализованы в комплексе реабилитационных

тренажерів DAVID back concept. Однак в цьому комплексі немає окремих модулів для визначення функціонального стану м'язів нижніх кінцівок, що може бути реалізовано українськими ученими.

Література:

1. Безгодков Ю.А. Використання біомеханічних методів в системі комплексної оцінки стану пацієнтів після ендоскопічного лікування тазобедрених суглобів / Ю.А. Безгодков, Т.Н. Воронцова, К. Ауди // Учені записки СПбГМУ ім. акад. І.П. Павлова. – 2011. – Т. VIII. – №3. – С. 5–14.
2. Біомеханічні дослідження в діагностиці, лікуванні та реабілітації хворих з патологією нижніх кінцівок, тазового пояса та хребта: результати та перспективи / М.Б. Негреева, В.А. Шендеров, І.Е. Комогорцев, А.В. Горбунов // Бюлетень ВСНЦ СО РАМН. – 2006. – № 4 (50). – С. 201–206.
3. Калмикова Ю. С. Методи дослідження у фізичній реабілітації: дослідження фізичного розвитку: [навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичної культури і спорту напряму підготовки «Здоров'я людини»] / Ю.С. Калмикова. – Харків, 2014. – 104 с.
4. Лазарев І.А. Біомеханічний метод електротензодинамометрії в об'єктивній оцінці стану силових характеристик різних груп м'язів / І.А. Лазарев, Л.А. Драч, С.В. Ярыгин: Методическі рекомендації ДУ «Інститута травматології та ортопедії АМН України». – Київ, 2008. – 34 с.
5. Нефедова Н.В. Діагностика та корекція біомеханічних порушень опорно-двигального апарату методом біологічної зворотної зв'язі в фізичній реабілітації та спорті / Н.В. Нефедова Ю.І. Тимофеева // Учені записки університету Лесгафта. – 2015. – №2 (120). – С. 99–108.
6. Міронов С.П. Комплексна діагностика міофасціального пояснично-крестового болювого синдрому у спортсменів та артистів балета / С.П. Міронов, Г.М. Бурмакова,

А.І. Крупаткін // Вестник травматології та ортопедії імені Н.Н. Приорова. – 2012. – № 2. – С. 19–26

7. Скворцов Д.В. Біомеханічні методи реабілітації патології походки та балансу тіла / Д.В. Скворцов : автореф. дис. на соискание ученої ступені д.мед.н. : 14.00.51 – «восстановительная медицина, лікувальна фізкультура та спортивна медицина, курортологія та фізіотерапія». Москва: ГОУВПО «Російський державний медичний університет», 2008. – 41 с.

8. Winter D.A. Biomechanics and motor control of human movement. – John Wiley & Sons. Inc. – N.Y., Chichester, Toronto, Singapore, — 1990. – 542 p.

9. https://www.youtube.com/channel/UCq9U1e3m5x_XOMFPJuM6KMA

Інформація про авторів:

Істомин Андрей Георгиевич, д.мед.н., професор, Лауреат Державної премії України, завідувач кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини з курсом фізичського виховання та здоров'я, ХНМУ

Ткаченко Анна Васильевна, к.б.н., ст. преподаватель кафедри фізичної реабілітації та спортивної медицини з курсом фізичського виховання та здоров'я, ХНМУ

Істомин Дмитрий Андреевич, асистент кафедри травматології та ортопедії ХНМУ

Журавлев Валентин Борисович, лікар навчально-наукового медичного комплексу «Університетська клініка» ХНМУ

Харківський національний медичний університет

Манучарян Светлана Валентиновна, старший преподаватель кафедри фізичної реабілітації та рекреації ХГАФК

Харківська державна академія фізичської культури

НЕТРАДИЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ

Казанцева А.В.

Харьковская государственная академия физической культуры, Украина

Аннотация. В статье рассмотрены организационно-методические аспекты использования элементов инновационных здоровьесберегающих технологий на уроках физкультуры в младших классах школы.

Ключевые слова: учащиеся, физическое развитие, двигательная деятельность, здоровьесберегающие технологии, нестандартное оборудование, тренажеры.

Введение. На современном этапе развития нашего общества процесс обучения предъявляет высокие требования к состоянию здоровья, физическому развитию и физической подготовленности ребенка. Между тем, в течение не одного десятилетия специалистами отмечается несоответствие показателей физического и психического здоровья детей тому уровню умственных и эмоциональных нагрузок и темпу учебного процесса, которые получают современные школьники. Статистические исследования показывают, что за период обучения количество детей с нарушениями здоровья возрастает в среднем в 4 раза. Находясь в школе, дети меньше двигаются, больше сидят, испытывая значительные статические напряжения. Гиподинамия приводит к ухудшению функционирования организма, снижению его резистентности и устойчивости к влиянию негативных факторов внешней среды, что естественным образом находит свое отражение в общей картине детской заболеваемости. Проведенное исследование распространенности конкретных заболеваний среди учащихся начальной школы подтвердило данные других ученых и показало, что первые места занимают заболевания респираторной системы и органов зрения, на следующей позиции – нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА), завершают общую картину заболевания

сердечно-сосудистой системы и внутренних органов. При этом явно прослеживалась тенденция к росту числа заболеваний и снижению количества детей с I группой здоровья от года к году [4,5].

В связи с существующими реалиями в последние 10-15 лет на постсоветском пространстве все чаще поднимается вопрос о значимости здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе, в физическом воспитании в частности. Направленность физического воспитания на оздоровление требует усовершенствования содержательного наполнения уроков физкультуры в сторону объединения двигательной деятельности детей с различными оздоровительными мероприятиями [1, 3].

В Украине инновационная система оздоровления детей разного возраста средствами современных традиционных и нетрадиционных технологий в единстве с физическими упражнениями на занятиях физкультурой и создание на них здоровьесберегающей среды стали объектом изучения и практического применения в ходе исследовательско-экспериментальной работы доктора педагогических наук, профессора Н.Ф. Денисенко и кандидата педагогических наук, доцента Е.П.Аксеновой (г.Запорожье) [1].

Доктор педагогических наук, профессор А.П. Матвеев (г. Москва), анализируя инновационные преобразования

учебного процесса в России, в частности внедрение здоровьесберегающих технологий, отмечает как завоевывающий признание (несмотря на наличие определенных проблем и противоречий) т.н. «врачебно-профилактический подход», который предполагает включение в структуру учебного процесса различных врачебных практик, направленных на поддержание текущего функционального состояния организма школьников в условиях интенсивной и объемной учебной нагрузки. В системе физкультурно-оздоровительной работы как вариант это могут быть уроки корригирующей и лечебной физкультуры, организация активного отдыха и т.д. [8].

Одним из основных элементов здоровьесберегающих технологий является использование нестандартного оборудования на занятиях и уроках физкультуры. Опыт подобной работы с детьми раскрывается в публикациях М. Руновой[9], В. Ермоловой [2], Н. Лысенко, В. Безгиной[7], Н. Михайлова [9]. Однако таких разработок пока еще относительно немного, принимая во внимание растущую потребность в них, нет четкой системы и технологии их применения, поэтому проблема организационно-методического и технического обеспечения процесса физического воспитания школьников с разным уровнем здоровья с помощью нестандартных методов и элементов здоровьесберегающих технологий является актуальной и требует дальнейшего изучения.

Цель работы: на основе имеющихся данных по заболеваемости учащихся начальной школы определить особенности организации физического воспитания школьников с использованием нетрадиционных средств и методов оздоровления.

Задачи исследования:

1. Выявить общие тенденции в направлении модернизации системы физического воспитания в школе.

2. Изучить опыт применения нетрадиционных средств и методов оздоровления на занятиях по физической культуре.

3. Рассмотреть совокупность инновационных средств и методических условий, позволяющих усилить оздоровительное влияние уроков физкультуры на физическое и психологическое состояние учащихся.

Материал и методы: теоретический анализ и обобщение данных специальной и научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение. Неоспоримые факты свидетельствуют, что с каждым годом увеличивается количество школьников с ослабленным здоровьем. Дети с более тяжелыми диагнозами определяются в специальную группу для занятий физической культурой, но подавляющее большинство учащихся данной категории составляют подготовительную группу, и чаще всего, как показывает практика, занимаются совместно с основной на уроках физкультуры, предусмотренных школьным расписанием. Это создает определенные трудности для учителя, в т.ч. в плане организации занятий с максимальной пользой для всех учащихся.

В зависимости от видов нарушений здоровья, наиболее характерных для школьников (заболевания дыхательной системы, органов зрения, ОДА), выделены соответствующие группы специальных упражнений, имеющих коррекционную, общеоздоровительную и профилактическую направленность, которым, однако, в традиционной системе школьной физкультурно-оздоровительной работы уделяется незаслуженно мало внимания, хотя они являются составными элементами здоровьесберегающих технологий и их выполнение принесет несомненную пользу всем без исключения занимающимся [4,5].

Для предупреждения респираторных заболеваний и укрепления дыхательной мускулатуры на уроках физкультуры

необходимо выполнение дыхательной гимнастики и обучение детей правильно-му носовому дыханию. Сочетание дыхательных упражнений и упражнений с предметами и мини-тренажерами (гимнастическими мячами, палками, обручем, резиновыми кольцами, детскими гантелями, эспандерами) способствует повышению эмоциональной насыщенности занятий. В структуре урока дыхательная гимнастика выполняется в начале и в середине выполнения комплекса общеразвивающих упражнений, после бега и интенсивной ходьбы, а также в заключительной части занятия [1, 6].

Включение в содержание уроков элементов гимнастики для глаз позволяет снижать негативное влияние переутомления органов зрения в результате статических нагрузок. Разработаны комплексы универсальных упражнений для офтальмотренажа, практикуется точечный массаж и т.д. В результате такой работы укрепляются глазные мышцы, улучшается кровоснабжения органов зрения [1, 6, 11].

Достаточно высокая распространенность деформаций скелета у младших школьников обуславливает необходимость проведения на уроках физкультуры серьезной коррекционно-профилактической работы, направленной на укрепление мышц стопы, спины, брюшного пресса. Принятие правильного положения тела у стены и требование сохранять его при выполнении общеразвивающих упражнений (в т.ч. танцевального характера) позволяет закреплять навык правильной осанки. С этой же целью используется визуальный самоконтроль (перед зеркалом), взаимоконтроль детей друг за другом [1].

Особо отметим опыт использования нестандартного оборудования для повышения заинтересованности учащихся занятиями физкультурой, более качественного овладения физическими упражнениями, укрепления организма и коррекции имеющихся у школьников недостатков

физического развития и нарушений здоровья. В качестве примеров приводятся упражнения с фитболами (укрепление мышц спины, брюшного пресса, формирование навыка правильной осанки), разноцветными лентами (общеразвивающие упражнения), мягкие игрушки (общеразвивающие упражнения, подготовка к броскам и передаче мяча) и др. [6]. Педагогами-практиками разработаны и успешно используются на физкультурных занятиях приспособления для профилактики и исправления плоскостопия – тренажеры «пружинка», «доска с резиновой тесьмой», «дорожки здоровья» [7]. Для детей с недостаточным физическим развитием с целью более быстрого обучения подтягиваниям, укрепления мышц брюшного пресса, коррекции дефектов осанки используются самостоятельно изготовленные гимнастические доски, которые можно закреплять под разным углом на гимнастической стенке, смещать ручки соответственно росту ребенка [2].

В работе со старшими дошкольниками и младшими школьниками все шире внедряется использование детских тренажеров заводского производства как простейшего типа (детские эспандеры, гантели, диск «Здоровье», массажные коврики и др.), так и сложного устройства («велотренажер», «бегущая дорожка», «брусья опорные», «тяга верхняя», «тяга нижняя» и др.) для коррекции нарушений ОДА, развития физических качеств, совершенствования умений и навыков, повышения двигательной активности [10].

К числу нестандартных методов физкультурно-оздоровительной работы с детьми можно отнести занятия с волновыми биомеханическими тренажерами М.Ф. Агашина. Опыт применения тренажеров в физическом воспитании старших дошкольников и младших школьников (г. Москва) показал их эффективность в таких направлениях как профилактика гиподинамии, коррекция нарушений осанки, нормализация деятельности сердечно-сосудистой системы, обмена веществ,

ускорение восстановления после болезней и травм. Установлено, что регулярное выполнение упражнений с тренажером Агашина позволяет активизировать и сохранять оптимальный двигательный режим детей, а также снизить уровень их заболеваемости. Воздействие природных факторов позволяет значительно усилить оздоровительный эффект выполнения физических упражнений и применения традиционных и нетрадиционных методик в отношении всех без исключения занимающихся [9].

На основании проведенного исследования можно сделать следующие **выводы**:

1. В настоящее время одним из ведущих направлений инновационных преобразований в системе физического воспитания школьников является внедрение комплексных здоровьесберегающих технологий в практику физкультурно-оздоровительной работы через интеграцию двигательной деятельности детей на уроках физкультуры с разными видами и методами оздоровления.

2. Организация физического воспитания в начальной школе строится с учетом знания конкретных проблем со здоровьем учащихся и должна включать оздоровительные мероприятия, направленные на устранение или минимализацию этих проблем.

3. Из-за высокой распространенности среди младших школьников респираторных заболеваний, нарушений опорно-двигательного аппарата и органов зрения на уроках физкультуры целесообразно шире использовать такие элементы здоровьесберегающих технологий, как дыхательная и офтальмологическая гимнастика, специальные упражнения для профилактики и коррекции деформаций скелета, в т.ч. с применением тренажеров и другого нестандартного физкультурно-оздоровительного оборудования.

Перспективы дальнейших исследований. Дальнейшие исследования планируется проводить в направлении изу-

чения эффективности применения инновационных тренажеров для коррекции недостатков физического развития школьников.

Литература:

1. Денисенко Н.Ф. Через рух – до здоров'я дітей / Н.Ф. Денисенко, О.П. Аксьонова. – Запоріжжя: Диво, 2006. – 122 с.

2. Єрмолова В.М. Досвід роботи з використанням нестандартного обладнання на уроках фізичної культури / В.М. Єрмолова // Фізичне виховання в школі. – 2008. – № 1 (51). – С. 31-33.

3. Кадилова Р.О. Здоров'єсберегаючі технології та фізичні засоби реабілітації / Р.О. Кадилова, Р.Р. Рахімова // Проблеми розвитку фізичної культури та спорту в новому тисячолітті: [мат-ли 2-ої міжнарод. науч.-практич. конференції, Екатеринбург, 7 марта 2013 г.]. – ФГАОУВПО «РГППУ». – С. 258-260.

4. Казанцева А.В. Аналіз захворюваності учасників початкової школи в зв'язі з організацією фізичного виховання дітей з ослабленим здоров'ям / А.В. Казанцева // Слобожанський науково-спортивний вісник: [наук.-теор. журнал]. – Харків: ХДАФК. – 2015. – № 6 (50). – С. 74-80.

5. Калмиков С. А., Калмикова Ю. С. Особливості методики лікувальної фізичної культури при ексудативних інфекційних плевритах на стаціонарному етапі реабілітації // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2008. – № 4. – С. 144-148.

6. Королевська Т.Ю. Здоров'язберігальні технології в практиці початкового навчання / Т.Ю. Королевська // Фізичне виховання в школах України. – 2010. – № 5 (17). – С. 41-48.

7. Лисенко Н. Нестандартне обладнання на заняттях з лікувальної фізкультури / Н. Лисенко, В. Безгіна // Дошкільне виховання. – 2005. – № 6 (67). – С. 24-25.

8. Матвеев А.П. К формированию теории оздоровления подрастающего поколения средствами физической культуры / А.П. Матвеев / Міжнародні читання пам'яті професора Богдана Шияна: [Зб. наук.праць]. – Дрогобич: «Трек-ЛТД», 2014. – С. 20-26.

9. Михайлов Н. Новое в физическом воспитании детей начальной школы / Н. Михайлов. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа на сайте: http://spo.1september.ru/view_article.php?ID=200802011.

10. Рунова М. Мой друг – тренажер! / М. Рунова // Дошкольное воспитание. – 2005. – № 6. – С. 54-60.

11. Скорина О.В. Нетрадиційні методики оздоровлення учнів / О.В. Скорина // Фізичне виховання в школах України. – 2010. – № 4 (16). – С. 19-24.

Информация об авторе:

Казанцева Анна Владимировна, соискатель, кафедра водных видов спорта.

Харьковская государственная академия физической культуры.

E-mail: triathlon.ua@gmail.com

КИНЕЗИОТЕЙПИНГ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В СПОРТИВНОЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

Королик С.В.

Харьковское отделение медицинского центра доктора Бубновского С.М., Украина

Аннотация. В статье рассмотрен метод специальных клейких гипоаллергенных лент из хлопка, которые активизируются при помощи тепла тела, накладываются в виде аппликаций по линиям мускулатуры для фиксации пораженных суставов, мышц, сухожилий, уменьшения боли и воспалений, для расслабления уставших мышц.

Ключевые слова: "кинезио"– движение, "тейп"– лента, физическая реабилитация, спортивная медицина.

Методу физической реабилитации кинезиотейпингу уже более 30 лет, однако, только в последние годы на него обратили пристальное внимание травматологи реабилитологи и физиотерапевты всего мира.

Разработан метод в Японии, название состоит из двух составляющих – "кинезио"- движение, "тейп"- лента. В настоящее время кинезиотейпинг широко используется в физической реабилитации и спортивной медицине всего мира.

Суть метода – специальные клейкие гипоаллергенные ленты из хлопка, которые активизируются при помощи тепла тела, накладываются в виде аппликаций по линиям мускулатуры для фиксации пораженных суставов, мышц, сухожилий, уменьшения боли и воспалений, для расслабления уставших мышц. В отличие от плотной фиксации посредством гипса, кинезиотейпинг лечит такие травмы посредством движений. Метод не препятствует движению и позволяет продолжать ежедневные занятия в обычном режиме. Можно принимать душ, ходить в бассейн, а люди, имеющие нарушения двигательных функций могут сами себя обслуживать в быту. Основа тейпов не препятствует дыханию кожи и испарению пота с ее поверхности. Данные свойства позволяют использовать тейпы при принятии ванн и других различных вод-

ных процедур. В зависимости от материала тейпов (х/б или синтетика) они могут апплицироваться на срок от нескольких дней до недели и более, без проблем выдерживая ритм жизни пациента, высокий темп тренировок и/или соревнований в любых внешних условиях, не теряя своих свойств и обеспечивая терапевтический эффект 24 часа в сутки. Цель терапии - не стеснять движения, а наоборот обеспечить физиологическое движение суставов и мышц, активируя процессы восстановления и контроля над движением.

Первоначально этот метод использовался для реабилитации профессиональных спортсменов, однако затем метод нашел применение не только в сфере спорта и на данный момент используется для терапии широкого спектра – от головной боли до посттравматической реабилитации.

Существует два предполагаемых эффекта использования кинезиотейпа, которые дают медицинский результат. Первый эффект - это то, что тейп механически снимает давление с кожи и подлежащих тканей на участке, где он был наклеен.

В ходе ультразвукового исследования мышц бедра (после применения кинезиотейпа) большого количества пациентов заметно значительное увеличе-

ние межфасциального пространства. Декомпрессия оказывает два основных воздействия на тело. Первый эффект в том, что уменьшается давление на свободные нервные окончания в тканях, которые отвечают за ноцицепцию (боль), что позволяет немедленно снять болевые ощущения. Во-вторых, декомпрессия приводит к улучшению циркуляции на участке применения. Это уменьшает отек в месте травмы и способствует эффективному восстановлению спортсменов, которые используют во время тренировок или соревнований.

Второй основной эффект кинезиотейпа - это стимуляция чувствительных нервов кожи и подлежащих тканей. Кожа и подлежащие ткани содержат чувствительные рецепторы, которые отвечают за восприятия легких и сильных прикосновений, боли, температуры и давления. Кроме того, некоторые из этих рецепторов имеют дополнительную роль: они отвечают за передачу информации в головной мозг о том, где находятся наши части тела в пространстве при движении.

Так как кинезиотейп приподнимает и смещает структуры кожи и подлежащих тканей, это приводит к изменениям афферентного (центростремительного) сигнала, который поступает от тейпированной зоны в мозг. Благодаря чему мозг получает входящую информацию и отправляет эфферентные сигналы назад в тейпированную зону. Это свойство тейпа обеспечивает многие положительные эффекты при его использовании. Исследования с помощью МРТ показали, что при нанесении тейпа на область коленного сустава во время движения происходит стимуляция большего количества зон сенсорной коры головного мозга, чем без использования тейпа.

Ноцицепция, которая воспринимается как боль на сознательном уровне головного мозга, использует те же пути нервной системы, что и проприоцепция. Болевой сигнал передается в мозг по относительно медленным нервным путям.

При одновременной стимуляции болевых, проприоцептивных и других чувствительных рецепторов на коже (сигналы которых быстрее доходят до мозга, чем болевые) получается эффект «болевого клапана». На простом языке: чем больше будет поступать сигналов из болевых рецепторов в головной мозг, тем больше будет субъективное ощущение боли. Согласно теории «болевого клапана», сигналы, передаваемые по более быстрым нервным волокнам, «забивают» сигнал, идущий по медленным нервным волокнам (болевого сигнал), тем самым как бы закрывая «болевого клапан», что позволяет нам регулировать восприятие боли.

По тому же принципу люди испокон веков справляются с болью в быту. Например, если вы ударились обо что-то твердое, вам хочется потереть больное место, и вам становится легче. Или если вы случайно порезались на кухне во время резки овощей, вы опускаете руку в холодную воду, и боль уменьшается. Доминирующий сигнал подавляет менее значимый в данный момент для организма. Это можно отнести к эффекту «болевого клапана».

Исследования, которые будут продолжаться и в дальнейшем, показали, что кинезиотейп изменяет проприорецепцию, время и силу сокращения мышц, а также объем движения. Все эти эффекты происходят благодаря афферентной реакции на стимуляцию тейпом.

Области применения:

- Спортивная медицина (травмы различного генеза, нарушения работы опорно-двигательной системы, наработка «рабочего» паттерна движения у спортсмена и т. д.).

- Медицинская реабилитация (реабилитационные мероприятия связанные с восстановлением органа, системы или в целом опорно-двигательного аппарата, остеохондрозы, искривления позвоночника, стимуляция проприоцептивного ап-

парата во время и после сеансов лечебной физкультуры и т. д.).

- Неврология (ОНМК, нарушение чувствительности или полная утрата ее, парезы и пlegии различного генеза и т. д.).

- Травматология и ортопедия (профилактика и лечение деформаций и нарушений функций костно-мышечной системы, последствий травм или заболеваний и т. д.).

- Акушерство и гинекология (устранение симптомов альгоминореи)

- Педиатрия (профилактика и лечение опорно-двигательной и костно-мышечных систем, ДЦП и т. д.).

- Эстетическая медицина (устранение келоидных рубцов, последствий оперативного вмешательства, устранение отеков сосудистого генеза и лимфостаза).

Как и любой другой терапевтический метод, кинезиотейпирование имеет показания и противопоказания к применению. Кинезиотейпирование целесообразно применять как самостоятельный метод, так и в сочетании с медикаментозным лечением, физиотерапией, мануальной терапией, иглорефлексотерапией, лечебной физкультурой. Применение кинезиотейпирования должно выполняться подготовленным медицинским персоналом, чтобы гарантировать оптимальные терапевтические или профилактические результаты.

Показаниями к кинезиотейпированию являются:

- Травмы и заболевания опорно-двигательного аппарата (МФБС, нарушения осанки, начальные формы сколиоза, детская кривошея, периартриты, эпикондилиты, артрозы, остеохондроз позвоночника).

- Гематомы и отеки различного происхождения.

- Рубцовые изменения кожи.

- Менструальные боли.

- Головная боль напряжения и т.д.

Противопоказаниями к кинезиотейпированию являются:

- Аллергическая реакция на акрил, индивидуальная непереносимость.

- Заболевания кожи, в том числе онкологические.

- Ксеродерма (пергаментная кожа).

- Открытые раны и трофические язвы в месте аппликации.

- Первый триместр беременности.

- Пожилой возраст с чувствительной, слабой кожей.

- Пациенты с системными заболеваниями кожи и ее травмами.

- Склонность к образованию волдырей, микротравм, синяков или кровоподтеков.

- Тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

У пожилых людей с чувствительной, слабой кожей - тяга в одном направлении может вызвать на коже образование пузырей, микротравм, синяков или кровоподтеков. Кроме того, в некоторых случаях стимуляция болевых рецепторов кожи может привести к увеличению боли или зуду.

Обладая рядом неоспоримых преимуществ, таких как широкий спектр показаний, благоприятные и быстрые результаты, простота и экономичность применения, кинезиотейпирование заслуживает особого внимания со стороны специалистов, стремящихся применять эффективные современные методики в своей практике.

Неоспоримыми преимуществами кинезиотейпирования являются:

- получение благоприятных результатов в относительно короткий промежуток времени;

- простота и экономичность применения;

- возможность непрерывного лечебно-корректирующего воздействия 24 часа

в сутки, в течение 3-5 суток;

- отсутствие в составе кинезиотейпов, и в клеевой основе фармакологически

активных веществ;

- отсутствие ограничений в процессе жизнедеятельности и занятий спортом.

Необходимо помнить, что кинезиотейпирование эффективно только при правильном наклеивании! В противном случае эластичный тейп ничем (кроме цены) не будет отличаться от обыкновенного пластыря.

Количество сеансов кинезиотейпирования определяется конкретной проблемой и оценкой динамики восстановительного процесса. В качестве курсового лечения тейпирование должно применяться не менее 3-х раз. Однократное применение тейпа возможно при острой травме и отсутствии гематом и разрывов мышечных и сухожильных волокон. В этом случае за 3-5 дней правильно применённого однократного тейпирования возможно быстрое восстановление пораженных тканей за счет создания щадящих условий в зоне повреждения. Курс кинезиотейпирования мо-

жет быть окончен при отсутствии жалоб пациента, стабильном состоянии тканей при их обследовании и полном восстановлении функций.

Поэтому для того, чтобы правильно применить кинезиотейпирование, необходимы знания анатомии, неврологии, ортопедии, спортивной медицины.

Литература:

1. Субботин Ф.А. «Профилактика функционального терапевтического кинезиотейпирования»
2. Киселев Д.А. «Кинезиотейпинг в лечебной практике неврологии и ортопедии»
3. Сальников Е.В. «Влияние кинезиотейпирования на функциональное состояние микроциркуляции у человека»
4. Загородный, Г.М. «Особенности кинезиотейпирования в спортивной практике»
5. Субботин Ф.А. "Консервативное лечение миофасциального болевого синдрома".

Информация об авторе:

Королик Сергей Валериевич, заведующий Харьковским отделением медицинского центра доктора Бубновского С.М., врач лечебной физкультуры и спортивной медицины, врач кинезиотерапевт, специалист по кинезиотейпированию.

ЭТНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛА В КОНТЕКСТЕ ПРОБЛЕМЫ ИННОВАЦИЙ В РЕКРЕАЦИИ

Костикова О.В.,¹ Корсун С.Н.,² Шапошникова И.И.,² Суворова Я.В.²

¹ Харьковський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди

² Харьковская государственная академия физической культуры
Украина

Аннотация. В статье рассмотрены этнические особенности профессиональной ответственности личности, специфика атрибутивного процесса, нравственные механизмы представителей поликультурного социума в контексте значимости этнопсихологических фактов в инновационной рекреационной деятельности.

Ключевые слова: личность, рекреация, инновации, этническая ответственность, атрибуция, нравственные нормы, профессионализм.

Введение. Современное активное создание и стабильная имплементация прогрессивных инновационных технологий в рекреации требует повышения психологической и валеологической компетентности специалиста, ответственного за эффективность рекреационного процесса. Проинформированность в области этнопсихологических знаний, культурологическая грамотность – становятся значимыми составляющими в профессиональной деятельности специалиста в сфере рекреации полиэтничного общества. Социальный запрос современности в креативном конструировании и продуктивной реализации рекреационных программ в конкретном этносе диктует необходимость проявления этнической ответственности в профессиональном функционировании специалиста XXI века. Основываясь на социально-психологическом классическом определении «ответственности» [1], считаем возможным трактовать «этническую ответственность личности» как особое социальное и морально-правовое отношение человека к обществу при исполне-

нии личностного нравственного и профессионального долга в контексте правовых норм, в соответствии со спецификой национально-психологических особенностей индивида в социокультурной динамике определённого этноса.

Актуальность проблемы изучения и формирования этнической ответственности у специалиста в сфере рекреации на современном этапе обусловлена широким спектром задач в организации и осуществлении результативного рекреационного процесса в поликультурном социуме. Профессионалу необходимо учитывать как этнические особенности украинской ментальности участников рекреационных мероприятий, актуализацию национального колорита, так и толерантно вносить гибкие коррективы в организационную палитру рекреации и полноценного функционирования вероятного многонационального состава рекреационных групп. В данном контексте особую актуальность приобретает профессиональная компетентность в области знаний специфики атрибутивного процесса у предста-

вителей различных этносов. Проявляя ответственность в диапазоне следования социальным нормам, выполняя ролевые обязанности, специалист по рекреации реализовывает профессиональные функции в интерперсональных контактах при непосредственном межличностном взаимовосприятии. В указанных условиях важно понимание существенных этнических акцентов атрибуции для продуктивности рекреационного процесса. По социально-психологической терминологии, понятие «атрибуция» [1] – рассматривается как гипотетическая интерпретация человеком возможных причин и мотивов поведения, личностных качеств и характеристик других людей на основе собственного субъективного (условно «корректного») анализа их поступков и действий.

Информация об этнических особенностях атрибуции может быть востребована в работе с полиэтнической рекреационной группой в Украине, а также использована специалистом по рекреации в профессиональной деятельности за рубежом в ракурсе современных тенденций международной социальной и профессиональной мобильности. Значимым информационно-ориентационным компонентом в структуре профессиональной компетентности специалиста по рекреации является знание преобладающих этнических мотивационных доминант, особенностей системы нравственных норм, характерных для участников рекреационной группы. Данная компетентность важна как в отечественном профессиональном рекреационном пространстве, так и в ситуациях международного сотрудничества.

Анализ публикаций современных психологов показывает определённое внимание авторов к вопросу нравственных механизмов личности [10], проблеме ответственного поведения молодёжи [9] в контексте этнического самосознания нового поколения. В спектре фактов этнопсихологии представлена проблема по-

вышения жизнеспособности личности, восстановления психического здоровья человека в кросс-культурном арт-терапевтическом взаимодействии [2; 3]. Ряд исследований направлен на изучение потенциала сферы искусства в плане перспективных инновационных тенденций в рекреации [4; 7]. На наш взгляд, недостаточно рассмотрены этнические профессиональные аспекты ответственности, атрибуции, поликультурные нравственные доминанты личности в ракурсе продуктивной рекреации полиэтнического социума, что явилось предметом наших научных интересов.

Цель исследования – актуализация этнопсихологической информации с перспективой имплементации в данной компетентности в профессиональном продуктивном рекреационном процессе.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть этнические особенности атрибутивного процесса личности в индивидуалистических и коллективистических культурах.
2. Обозначить личностные нравственные доминанты индивидуальной ментальности в поликультурной системе «восток - запад».
3. Сформулировать выводы и перспективы дальнейших этнопсихологических исследований в контексте инноваций в процессе результативной рекреации.

Материал и методы исследования – наблюдение в сфере высшего образования Украины, теоретический анализ психолого-педагогической отечественной и зарубежной литературы по проблеме исследования.

Результаты исследования в спектре теоретического анализа этнопсихологических разработок [6], на основе ранжирования личностных предпочтений в системе «индивидуализм»-«коллективизм» (Дж. Брунер, Г. Хофстеде), свидетельствуют, что: индивидуалистическая культура (концепция автономности индивида) – характерна для «со-

временных» государств (Австралия, Великобритания, США и др.); коллективистическая культура (концепция единства человека и группы) – в большей степени выражена в странах «традиционных» культур (Венесуэла, Китай, Колумбия, Пакистан, Россия, Япония и др.). В мировом поликультурном социуме, в настоящее время, отмечены отличия в атрибутивном процессе у представителей различных этнических сообществ. Представители индивидуалистической культуры склонны интерпретировать поведение человека с акцентом на свойства личности, нивелируя влияние социальной ситуации на реализацию активности индивида. Данная атрибуция отражает переоценку важности личностных качеств в выборе человеком модели поведения и, соответственно, детерминирует преувеличение степени личной ответственности субъекта за его действия. Для народов коллективистических культур актуальны групповые нормы, которые значительно влияют на социально-перцептивные установки представителей «востока». Типичным «восточным» объяснением предполагаемых причин личностного поведения является указание на социальные факторы, прежде всего, – долг перед обществом, и вторично отмечаются комментарии относительно индивидуальных особенностей субъекта, конкретных обстоятельств, значимых для человека.

Вероятно, первопричину приведенных феноменов атрибуции составляет специфика характерного этнического стиля жизнедеятельности, установленного и пропагандируемого в рассмотренных сообществах. Приоритеты индивидуалистической культуры: центрация на индивиде, свобода в поступках и самодостаточность личности, сосредоточенность на собственных интересах и самостоятельность суждений, эмоциональная независимость человека от этических установок и условностей группы. Коллективистическим культурам свойственно: центрация на социальной ситуации, на личностной

взаимозависимости – традиции и чувство долга способствуют сохранению единства группы и гармоничным межличностным отношениям в микро- и макро-социуме. На современном этапе этнопсихологических исследований учёные не высказывают однозначного мнения в решении проблемы: к какому виду культур – индивидуалистической или коллективистической, следует относить наше государство. Хотя данный вопрос является предметом научных дискуссий, как и особенности атрибутивного процесса украинцев, на наш взгляд, в обсуждаемом контексте заслуживает внимания точка зрения О.Р. Митровой, что «современное социокультурное состояние украинского общества детерминирует идентичность, которая содержит элементы традиционной советской культурной матрицы, элементы западных культурных форм и, исключительно, национальные компоненты» [8]. Мы солидарны с мнением автора, что в украинском государстве, на фоне демократической тенденции в процессе урегулирования общественных отношений, необходимо учитывать как позитивные, так и негативные аспекты подобной социокультурной динамики в переходе к новой социально-политической системе, оптимизации отношений личности и общества. Для понимания существующих мировых культурно-атрибутивных различий, в целом, этнопсихологи рекомендуют [6] анализировать ценностные нравственные ориентации, доминирующие в обществе и учитывать особенности систем воспитания в изучаемых культурах.

Социотипическое поведение личности во многом предопределяет культура, принятая в конкретном обществе [5]. Индивид воспроизводит поведенческие алгоритмы, запрограммированные ментальностью, «историческим сценарием» определённой культуры, актуализирует модели социальной активности в стандартных для этнического сообщества ситуациях. Основу регуляции социотипического поведения человека составляют си-

стемы нравственных норм: принципиальные общечеловеческие и специфические социокультурные приоритеты в ракурсе индивидуального сознания. Социокультурные понятия и представления адекватности или некорректности поведения субъекта часто становятся индикатором в принятии персональных решений и осуществления жизнедеятельности личности. Мотивационными доминантами, в соблюдении личностью социальных, нравственных норм, традиционно являются: ответственность (чувство долга), честь, совесть, чувство собственного достоинства человека и т. п. В качестве координаторов личностного соответствия нравственным нормам в спектре социальной адекватности, выделяют [6] такие персонально-оценочные критерии субъектов, как «вина» и «стыд». Сформированные культурой психологические моральные категории регламентируют поведение человека и ориентируют: «вина» - на внутренние стимулы, самооценку личности (апелляция к совести), «стыд» - на внешние, социальные оценки нравственности (общественное мнение). Зарубежные учёные (Р. Бенедикт и др.), обозначают: «западные культуры, как культуры - вины», а «восточные, как культуры - стыда» [6], обосновывая данное резюме определённой аргументацией.

В западной культуре в качестве регулятора личностного поведения доминирует чувство вины: человек самостоятельно оценивает, одобряет или порицает собственные действия в диапазоне интериоризированных нравственных норм, даже в случае если его ошибочные поступки окружающим неизвестны. В западных – индивидуалистических культурах, человек при несоблюдении норм, прежде всего, чувствует ответственность не перед группой, а перед собой (собственной совестью) или Богом, и позже предполагает, что осуждение его поступка социумом может спровоцировать дискредитацию его социального статуса, от-

рицательно повлиять на персональные интересы («Признанная вина на половину искуплена», «Чистая совесть спит и в грозу» - английские пословицы; «Совесть – без зубов, а загрызёт» - украинская поговорка). В восточной культуре, определяющим вектором стратегии поведения личности, взаимовосприятия и взаимооценки в социуме является – стыд («Кто чувствует стыд, тот чувствует и долг» - японское высказывание; «В ком есть Бог, в том есть и стыд» - украинская пословица). Нормами общества декларируются: положительная репутация, тождественность направленности личности, действий субъекта системе социального одобрения. Представители восточных – коллективистических культур, не соответствуя общепринятой норме скорее испытывают чувство стыда перед микросоциумом («своими»), а уже в дальнейшем могут почувствовать «комплекс вины», по мнению ряда этнопсихологов [6]. При подобной дифференциации, исследователи склонны предполагать, что в основе и «вины», и «стыда», находится – «страх». Страх присутствует в психологическом профиле представителей каждой культуры как беспокойство индивида о возможных негативных последствиях в случае нарушенных им правил («Где страх, там и стыд» – армянская поговорка; «Репутация – это всё» – американское высказывание; «У кого есть страх, у того есть Бог» – украинская пословица; «Стыд это страх перед людьми, а совесть – страх перед Богом» – английская пословица).

Большинство учёных [6] утверждает, что социальный контроль, представленный психологическими механизмами в сфере моральных чувств: страха, стыда, вины, долга, совести, фактически актуальны для всех культур, при существовании специфических различий в приоритетах и «пропорциях» значимости отмеченных категорий у определённого народа и конкретного человека («В ком стыд, в том и совесть» - русская пословица; «У кого нет стыда, у того нет и сове-

сти», «Лучше хорошая совесть без мудрости, чем мудрость без хорошей совести» - английские пословицы). Совесть, как индивидуальный моральный выбор личности, внутренняя нравственная инстанция – является универсальным феноменом в предъявлении самокритичного вердикта, характеризую человека и определяя: нравственность поведения, имидж представителя каждой культуры, этнического сообщества во всех профессиональных сферах.

Выводы. В области рекреации, при профессиональной самореализации специалиста, безусловно, необходимы: компетентность, проинформированность в контексте этнопсихологии, креативность в применении инновационных технологий и положительная репутация, имидж ответственного и гуманного человека. В национальном ракурсе и межкультурном аспекте профессиональной деятельности специалиста по рекреации принципиальное значение имеет – этническая ответственность профессионала, знание специфики атрибуции и доминирующих нравственных механизмов у участников рекреационного процесса, особенно если группы составляют представители различных культур. Знание уникальности моральных доминант и своеобразия вероятной интерпретации личностных качеств, мотивов поведения, действий и поступков индивидов в рекреационном сотрудничестве, при корректной атрибуции закономерно положительно повлияет на коммуникативную гармонию, взаимопонимание, продуктивное взаимодействие в рекреационном процессе.

Перспективы дальнейших исследований. Мы планируем проведение психодиагностического исследования со студентами – будущими специалистами в сфере рекреации в направлении изучения «личностного симптомокомплекса ответственности» по методике «ОДЛСО» (И. А. Кочарян), с последующей реализацией психотренинговой программы с це-

лью формирования этнической креативной ответственности у студентов. Предполагаем осуществить разработку психолого-валеологической программы инновационных стратегий в рекреации с культурологическими и этническими акцентами, привлекая к научному творчеству студентов ВУЗов Украины.

Литература:

1. Коллектив. Личность. Общение : Словарь социально-психологических понятий / Под ред. Е. С. Кузьмина и В. Е. Семёнова. – П. : Лениздат, 1987. – 144 с. – С. 10 – 11, С. 64 – 65.
2. Кости́кова О. В. До питання ефективності крос-культурної арт-терапії як психологічного супроводу особистості у поліетнічному суспільстві / О. В. Кости́кова // Актуальні питання сучасної психології : збірник наукових праць / [за ред. : Кузікової С. Б., Щербакової І. М.]. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2015. – Т. 2. – 344 с. – С. 252 – 258.
3. Кости́кова О. В. Информативность влияния достижений этнопсихологии на адекватность кросс-культурной арт-терапии : доминанты и ориентиры / О. В. Кости́кова // Пріоритети розвитку педагогічних та психологічних наук у ХХІ столітті : Збірник наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції : (20 – 21 березня 2015 р., м. Одеса). – Одеса : ГО «Південна фундація педагогіки», 2015. – 116 с. – С. 47 – 50.
4. Кости́кова О. В. Некоторые ресурсы арт-терапии в контексте проблемы рекреации личности / О. В. Кости́кова // «Інноваційні напрями рекреації, фізичної реабілітації та оздоровчих технологій» // Збірник статей VII міжнародної науково-практичної конференції, 14 листопада 2014 року. – Харків : ХДАФК, 2014. – 204. – С. 68 – 73.
5. Коул М. Культурно-историческая психология : наука будущего. – / Майкл Коул // М. : «Когито-Центр», Издательство «Институт психологии РАН», 1997. – 432 с., илл., табл.
6. Кукушин В. С., Столяренко Л. Д. Этнопедагогика и этнопсихология. - / В. С. Кукушин, Л. Д. Столяренко // - Ростов-на-Дону : Феникс, 2000. – 448.
7. Кулка И. Психология искусства / Иржи Кулка // Пер. с чешск. – Х. : Изд-во Гуманитарный центр / Олива И. В., 2014. – 560 с.
8. Мітрова О. Р. Цінності індивідуалізму як фактор розвитку демократичного суспільства / О. Р. Мітрова // Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Студентська молодь в умовах глобалізації» (М. Дніпропетровськ, 24 квітня 2015 р.) / відп. За випуск, професор В. В.

Кривошеїн. – Д. : ЛПРА, 2015. – 164 с. – С. 104 – 106.

9. Науменко Ю. Р. Мотивація відповідальної поведінки української молоді / Ю. Р. Науменко // Етнічна самосвідомість та крос-культурна взаємодія : матеріали VI міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених (Суми, 26 березня 2015 р.) / [за ред. : Кузікової С. Б., Щербакової І. М., Пасько К. М., та ін]. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2015. – 244 с. – С. 132 – 133.

10. Чиженко Б. Совесть в современном обществе как психолого-педагогическая проблема / Б. Чиженко // Соціально-психологічні засади розвитку особистості в освітньому процесі : матеріали доп. вуз. наук.-теорет. конф., 23 – 24 квітня 2015 р., Харків / Харк. нац. пед. ун-т; за заг. ред. І. Дорожко. – Х. : ХНПУ, 2015. – 114 с. – С. 104.

Информация об авторах:

Костикова Ольга Владимировна, старший преподаватель, кафедра философско-психологической антропологии
Харьковский национальный педагогический университет имени Г.С.Сковороды.

e-mail - olgavlkostikova@rambler.ru.

Корсун Светлана Николаевна, к.б.н., профессор
Шапошникова Ирина Ивановна, к.пед.н., доцент, **e-mail** - irina_shap@rambler.ru

Суворова Яна Викторовна, старший преподаватель

Кафедра спортивной медицины, биохимии и анатомии

Харьковская государственная академия физической культуры

ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ У ХВОРИХ НЕВРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Макєєва М.А.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Анотація: розглянуто застосування методу лікувальної фізкультури при деяких захворюваннях нервової системи – остеохондрозі хребту, гострому порушенні мозкового кровообігу, травмах і захворюваннях спинного мозку. Систематичне і регулярне застосування фізичних вправ сприяє функціонально-динамічній перебудови нервової системи з поліпшенням її діяльності. За допомогою лікувальних вправ можна впливати на регулювання процесів збудження і гальмування в корі головного мозку, вирівнювання вегетативних розладів і надавати позитивний вплив на емоційну сферу хворого.

Ключові слова: лікувальна фізкультура, остеохондроз, інсульт, травми і захворювання спинного мозку.

Вступ.

Широкі показання до застосування лікувальної фізкультури при захворюваннях нервової системи визначаються механізмом дії фізичних вправ, процес вправи залучає до реактивній відповідь всі ланки нервової системи від кори головного мозку до периферичних рецепторів [1,2,4,5,6].

Систематичне і регулярне застосування фізичних вправ сприяє функціонально-динамічній перебудови нервової системи з поліпшенням її діяльності [1,3,7].

Так, регулярне застосування лікувальної фізкультури показано при різних захворюваннях, що супроводжуються розладом мозкового кровообігу – дифузному атеросклерозі, при наслідках крововиливу або тромбозу мозкових артерій, церебральної формі гіпертонічної хвороби [9,12].

Лікувальна фізкультура при захворюваннях нервової системи є також найважливішим елементом комплексної терапії хворих з інфекційним і токсичним ураженням нервової системи не в гострій стадії (енцефаліти, хорея, поліомієліт, сухотка спинного мозку, мієліти та ін) різного і походження.

Лікувальна фізкультура з метою розвитку функції руху і пристосування хворого до різних видів фізичних навантажень з успіхом застосовується при захворюваннях периферичних нервів – невритих і невралгіях не в гострій стадії, при попереково-крижових радикулітах, поліневритих і полирадикулоневритих та ін. [1,2,5,6].

Лікувальна фізкультура як метод відновної терапії широко показана при травматичних ураженнях головного та спинного мозку і травмах периферичних нервів [3,7,10,11,12].

Лікувальна фізкультура має широке застосування, при так званих функціональних розладах нервової системи (неврозах), як психогенно обумовлених, так і при різних невротичних станах, що розвилися в зв'язку з іншими соматичними захворюваннями.

За допомогою фізичних вправ можна також впливати на регулювання процесів збудження і гальмування в корі головного мозку, вирівнювання вегетативних розладів і надавати позитивний вплив на емоційну сферу хворого [3,11].

Мета дослідження: висвітлити можливості призначення лікувальної фіз-

культури хворим з остеохондрозом, в гострому і віддаленому періодах інсульту, при травмах і захворюваннях спинного мозку.

Остеохондроз хребта

Для лікування остеохондрозу застосовують найрізноманітніші способи і засоби, включаючи хірургічне втручання. Але у всіх випадках обов'язково призначається лікувальна гімнастика.

Хворим остеохондроз під час ремісії рекомендують періодично лікуватися на бальнеологічних і грязьових курортах (Саки, Євпаторія, Хмельник, Бердянськ, Одеса та ін.) з використанням кліматотерапевтичних процедур і морських купань.

Ефективність фізичної реабілітації при остеохондрозі визначають, окрім загально клінічних показників, за показниками збільшення амплітуди рухів і відновленням функції хребта, сили і витривалості м'язів [8].

Лікувальну фізичну культуру призначають у період загострення остеохондрозу і під час підгострого його перебігу.

Відповідно до цих особливостей захворювання ЛФК застосовують у два періоди.

Завдання ЛФК у I період: I період ЛФК провидять у фазі гострого перебігу захворювання. В цей час на перший план виступає біль і пов'язане з ним безперестанне рефлекторно-захисне напруження м'язів спини. Тому завдання ЛФК такі: розвантаження ураженої ділянки хребта і збільшення відстані між окремими хребцями, розслаблення м'язів спини та шиї; зменшення тиску на корінці спинномозкових нервів і зменшення болю; покращання крово- та лімфообігу в уражених сегментах, попередження спайкових процесів; підняття загального тону су організму.

Використовують лікувальну і ранкову гігієнічну гімнастику, самостійні заняття 5-6 разів на день, гідрокінезитерапію.

Лікувальна гімнастика проводиться в положенні лежачи і сидячи та скла-

дається з загальнорозвиваючих, дихальних спеціальних вправ. Вправи проводяться у повільному темпі і обмежуються амплітудою, що не викликає появи болю. Найкраще фізичні вправи робити в теплій воді, що сприяє усуненню спазму і розслабленню м'язів, ліквідації рефлекторних контрактур, зменшенню болю і збільшенню рухливості. Протягом дня рекомендують пасивні зміни зігнутого і розігнутого положення, можна робити манжетні витягання малим вантажем. Поступово біль зменшується і збільшується амплітуда рухів в хребті, хворому призначають напівпостільний режим і переходять до застосування ЛФК за II періодом.

У II період завдання ЛФК доповнюють. Вони націлені на зменшення атрофії м'язів, зміцнення м'язово-зв'язкового апарату спини, нормалізації його функції або формування постійних компенсацій; усунення дефектів постави і загальне зміцнення організму.

В заняттях лікувальною гімнастикою при локалізації остеохондрозу у шийному відділі хребта необхідно дотримуватися таких методичних принципів:

1) при патологічній рухливості хребцевих сегментів заняття слід проводити у фіксуєчому шийний відділ ватно-марлевого комірі типу Шанца;

2) активні рухи у шийному відділі хребта в гострий і підгострий періоди протипоказані, оскільки вони можуть призвести до звуження міжхребцевих отворів і компресії нервових та судинних утворень; їх вводять у заключний період і виконують у повільному темпі, без посилювання та напруження;

3) усі вправи слід чергувати з вправами на розслаблення;

4) з перших процедур вводять вправи для зміцнення м'язів шиї у вигляді 5-7-секундного опору згинанню голови, повороту, утримання її в положенні лежачи на спині, животі, боці;

5) для подолання наслідків протибольової анталгічної пози і больовою

синдрому, що зменшували екскурсію грудної клітки, слід включати дихальні вправи;

б) не допускати підсилення больових відчуттів під час виконання фізичних вправ.

Комплекси лікувальної гімнастики складають з вправ для дрібних і середніх м'язових груп, на розслаблення м'язів плечового пояса і верхніх кінцівок, махових рухів руками. Вправи виконують у положенні лежачи й сидячи. Як затихає больовий синдром вводять вправи на зміцнення м'язів плечового пояса і верхніх кінцівок, які чергують з дихальними і вправами на розслаблення. Використовують вправи на координацію, рівновагу.

Гімнастика в басейні

При виконанні вправ у воді на організм людини впливають температурні, механічні та хімічні фактори. Тепла вода надає болезаспокійливу дію, полегшує виконання вправ.

Гімнастика проводиться з лікувальною або профілактичною метою. Якщо вправи у воді виконуються у поєднанні з витяжкою, то температура води - 35-37° С. При виконанні вправ у басейні температура води зазвичай 27,5-32° С.

Широко використовуються вправи у воді при остеохондрозі хребта, артриті, радикулітах та ін. Однак у гострій стадії травми або захворювання гімнастичні вправи у воді протипоказані.

Навантаження повинні бути оптимальними у зв'язку з віком, статтю і фізичною підготовленістю. Не можна включати в перші заняття складні вправи з високою інтенсивністю, великий повторюваністю і амплітудою руху в суглобах.

Інсульт.

Протипоказаннями для активізації хворих є ознаки набряку мозку, пригнічення свідомості; темп розширення інтенсивності занять може бути обмежений у хворих з серцево-легеневими проблемами (недостатністю) і миготливою аритмією.

У реабілітації хворих, що перенесли інсульт, виділяють 3 етапи: ранній (3 місяці), пізній (до 1 року) і етап компенсації залишкових порушень рухової функції. Лікувальна фізкультура при інсультах спрямована на зниження патологічного тону, зменшення ступеня парезу (збільшення м'язової сили), усунення синкинезий, відтворення і формування найважливіших рухових навичок. Лікувальну гімнастику і масаж призначають при стабілізації стану хворого (відсутність наростання симптоматики порушення серцевої діяльності та дихання). Лікування положенням починають з першого дня хвороби, пасивно повертаючи хворого через кожні 1,5-2 год вдень і 2,5-3 год вночі зі здорового боку на спину і на уражену сторону. При постановки пацієнта в горизонтальну позицію (лежачи) слід стежити, щоб кисть ураженої руки завжди була в середнефізіологічному фазі, і при цьому нога ні в що не впиралася. Верхню кінцівку відводять на 90°, розгинають у всіх суглобах і ротирують кнаружи. При збільшенні тону м'язів кистьових згиначів на кисть з розігнутими і розведеними пальцями потрібно накласти лонгет. Вплив тиском поверхні кисті і підошви призводить до підвищення тону м'язів і формуванню порочних установок. Допускається трохи підняте положення хворого (не більше 30°) узголів'я (при легкому та середньої тяжкості ішемічному інсульті) на 15-30 хв 3 рази в день вже в 1-у добу захворювання.

Необхідно намагатися до максимально ранньої активізації хворого - переведенню його в сидяче положення. Хворий може бути засаджені на ліжку зі спущеними ногами на 3-5-й день від початку лікування. Переклад в положення сидячи проводиться пасивно, хворому забезпечується достатня опора. Тривалість знаходження в сидячому положенні - від 15 хв. до 30-60 хв. і більше при хорошій переносимості. Питання про період розширення рухового режиму при

геморагічному інсульті вирішується індивідуально.

Рухова реабілітація при інсультах включає ряд послідовних етапів. Перевага віддається вправам функціонального характеру.

Відновлення деяких компонентів рухового акту - прийоми активного розслаблення м'язів, навчання дозованим і диференційованим напруженням м'язових груп, диференціювання амплітуди рухів, навчання мінімального і ізольованому м'язовому напруженню, тренування та оволодіння оптимальною швидкістю рухів, збільшення мускулатурної сили.

Підвищення пропріоцепції - подолання дозованого опору здійснюваного руху, використання рефлекторних механізмів руху (рефлекторні вправи).

Відновлення простих співдружних рухів - тренування різних варіантів міжсуставного взаємодії з візуальним і кінематическим контролюванням.

Відродження рухових навичок - відновлення окремих ланок рухового акту (навику), навчання переходам (зв'язках) від одного рухового елемента до іншого, відродження рухового акту цілком, автоматизація відновленого рухового акту.

Відновлення порушених рухових функцій при центральних парезах відбувається в певній послідовності: спочатку відновлюються рефлекторні рухи і м'язовий тонус, а потім з'являються співдружні і довільні рухи, які відновлюються від проксимальних відділів до дистальним (від центру до периферії); відновлення рухової функції згиначів випереджає відновлення рухів в розгиначах; руху руки з'являються пізніше, ніж ноги, особливо повільно відновлюються спеціалізовані рухи кисті (тонка моторика). У процесі занять ЛГ з хворим поетапно відпрацьовують навички рухової активності в положенні лежачи (підйом голови, тазу і корпусу, рухи в кінцівках, повороти) і самостійний перехід в положення сидячи. При дотриманні статично-

го і динамічного балансу (рівноваги) сидячи, пацієнт навчається переходу в позицію стоячи (в середньому на 7-му добу при неускладненому ішемічному інсульті). Навчання самостійної ходьбі вимагає від хворого здатності самостійно вставати і сідати, підтримувати позу стоячи, переносити вагу тіла і правильно ставити опорну ногу. Навчання починають з ходьби з підтримкою, однак тривале використання допоміжних засобів при ходьбі гальмує захисні реакції і розвиває у хворого страх перед падінням. Тренування ходьби включає відпрацювання напрямку руху (вперед, назад, в сторони і т. д.), довжину кроку, ритм і швидкість ходьби, а також ходьбу по сходах. Активні та пасивні рухи не повинні викликати підвищення м'язового тонуусу і больових відчуттів.

Заняття ЛГ з хворими інсультом проводять індивідуально в зв'язку зі значною варіабельністю рухових і сенсорних порушень. Тривалість процедури ЛГ - 20-25 хв при постільному режимі і 30-40 хв - при вільному. В комплекс ЛФК при інсультах необхідно включати крім спеціальних вправ дихальну гімнастику (статичну і динамічну), загальнозміцнюючі вправи, вправи з предметами, заняття на тренажерах, малорухомі і рухливі ігри. Як правило, проводять додаткове малогрупових або групове заняття тривалістю 15-20 хв.

Досягнуті функціональні можливості повинні бути застосовані в діях по самообслуговуванню. Тренуються маніпуляції з побутовими предметами, одягом, навички прийому їжі, особистої гігієни, ведення домашнього господарства, поведінки в місті. Для розвитку навичок повсякденної активності повинні також проводитися окремі додаткові тренування з Ерготерапевт тривалістю 30-40 хв.

Вибір вправ і планування індивідуальних комплексів залежать від тяжкості і ступеня порушень рухів, наявності супутніх симптомів (спастика, син-

кінезиї, афазія) та захворювань, поведінки хворого, його загального розвитку і переносимості фізичних навантажень.

Травми і захворювання спинного мозку.

Головна задача ЛФК при ураженнях спинного мозку полягає в нормалізації рухової активності пацієнта або виробленні пристосувальних можливостей. У комплекс лікувальних заходів включають вправи, що стимулюють довільні рухи, вправи, спрямовані на зміцнення м'язового корсету, ослаблення підвищеного тону м'язів, навчання навичкам самостійного пересування і самообслуговування. При травмах і захворюваннях спинного мозку характер рухових порушень залежить від локалізації ураження.

Спастичні парези і паралічі супроводжуються підвищеним м'язовим тонусом і гиперрефлексией. Для м'яких парезів і паралічів характерні гіпотонія і атрофія м'язів, гіпо-або арефлексія. У зв'язку з цим при різних формах порушення рухів комплекси фізичних вправ істотно розрізняються. Основне завдання ЛГ при м'яких паралічах - зміцнення м'язів, а при спастичних - відпрацювання навичок керування ними.

Заняття ЛФК починають з 2-3-го дня через надходження в стаціонар, до цього проводять тільки лікування положенням. Стартове положення пацієнта - лежачи на спині. ЛГ проводять 2-3 рази на день від 6-8 хв до 15-20 хв. Форми і засоби ЛФК підбираються з урахуванням рухових режимів і в залежності від завдань лікування, використовуються як зміцнюючі, так і спеціальні методики ЛГ.

Вироблення довільних рухів у сегментах, збільшення сили м'язів - активні рухи для уражених кінцівок з полегшенням (на підвісах, в горизонтальній площині, у воді, після опору антагоністів), вправи з подоланням опору, ізометричні вправи з малою експозицією, рефлекторні вправи з використанням

природних синкінезій, спеціальні методики ЛГ (метод проприоцептивного полегшення, метод нейромоторного перенавчання та ін.).

Висновки.

1. Хворим на остеохондроз хребту обов'язково призначається лікувальна гімнастика. Лікувальну фізичну культуру призначають у період загострення остеохондрозу і під час підгострого його перебігу. Відповідно до цих особливостей захворювання ЛФК застосовують у два періоди.

2. При інсультах необхідно намагатися до максимально ранньої активізації хворого. Протипоказаннями для активізації хворих є ознаки набряку мозку, пригнічення свідомості; темп розширення інтенсивності занять може бути обмежений у хворих з серцево-легеневими проблемами (недостатністю) і миготливою аритмією.

3. При ураженнях спинного мозку головна мета ЛФК - нормалізація рухової активності пацієнта або виробленні пристосувальних можливостей.

Таким чином, застосування лікувальної фізкультури в комплексній терапії хворих з центральної та периферичної патологією нервової системи **в перспективі** дозволяє прискорити процес реабілітації, підвищити ефективність лікування і якість життя даного контингенту осіб.

Література:

1. Белова А.Н., Прокопенко С.В. Нейро-реабілітація. - 3-е изд., переработанное и дополненное.- Москва: Антидор, 2010. - 1288 с.
2. Бирюков А.А., Власова Н.А., Левашов П.Н. Лечебный массаж в сочетании с физическими средствами лечения // Лечебная физкультура и спортивная медицина. - 2013. - № 3. - С. 10 - 14.
3. Булюбаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. - Самара, 2011. - 254 с.
4. Гринберг Д. и др. Клиническая неврология (пер. с англ). - Москва: МЕДпресс-информ, 2004. - 520 с.
5. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. - СПб: Питер, 2004. - 304 с.

6. Епифанов В.А. Медицинская реабилитация: руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 328 с.

7. Завгородняя А.Н. Обзор методов двигательной реабилитации больных, перенесших позвоночно-спинномозговую травму // газета "Новости медицины и фармации", Неврология (316). - 2010.

8. Калмикова Ю. С. Методи дослідження у фізичній реабілітації: дослідження фізичного розвитку: [навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичної культури і спорту напряму підготовки «Здоров'я людини»] / Ю.С. Калмикова. – Харків, 2014. - 104 с.

9. Котова О.В. Инсульт. Причины, лечение, профилактика. -Москва: Феникс, 2011.-128 с.

10. Миронов Е.М. Реабилитация больных с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2012. - № 2. - С.6-9.

11. Психологическая реабилитация пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой /

Морозов И.Н., Булюбаш И.Д., Донченко Е.В., Приходько М.С. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2010. - № 3. - С.44-47.

12. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С. Реабилитация больных с постинсультными спастическими парезами // Русский медицинский журнал. - 2012. - № 31. - С. 1533-1535.

Інформація про автора:

Макєєва Марина Анатоліївна, лікар-невролог вищої категорії, доцент кафедри медичної реабілітації, спортивної медицини та лікувальної фізкультури (ХМАПО).

Харківська медична академія післядипломної освіти

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ АПТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ

Малахов В.О.,¹ Макєєва М.А.,¹ Кошелєва Г.М.,¹ Федоренко Н.О.,¹
Жерновенков А.О.,² Расторгуєв О.Л.¹

¹ Харківська медична академія післядипломної освіти

² Дорожня клінічна лікарня станції Харків № 2 на залізничному транспорті
Україна

Анотація: питання комплексного лікування та профілактики захворювань, є одним з актуальних у сучасній медицині. В останні роки у вітчизняній і закордонній літературі все частіше стали з'являтися роботи, присвячені лікуванню захворювань продуктами бджолярства. Надана характеристика продуктів бджолярства, описано методи їх застосування з профілактичною та лікувальною метою

Ключові слова: мед, віск, перга, бджолина отрута, пилок.

Вступ.

Мед, віск, квітковий пилок, перга, маточне молочко, прополіс і бджолину отруту - це продукти, які природою призначені для збереження і продовження життя бджіл, а також з успіхом можуть бути використані і людиною [1, 3, 6, 7].

Багато поживні і активні речовини рослин добре поєднуються з біологічно активними речовинами, які виробляє організмом бджоли. Вони входять до складу бджолиних продуктів і надають при їх вживанні специфічне і неспецифічне вплив на організм людини.

Інтерес до продуктів бджільництва зростає лавиноподібно, тому що їх лікувальний, профілактичний і зміцнює дію явно перевершує багато синтетичних препарати. Однак повністю заперечувати останні теж не можна: їх застосування в певних випадках необхідно.

Мета дослідження: розглянути основні продукти бджолярства, які можна використовувати, як альтернативні методи не медикаментозної реабілітації в лікуванні і профілактиці.

Мед є дуже цінним харчовим продуктом [2, 4]. У зв'язку з присутністю

ефірних масел і смолистих речовин мед надає на організм легке збудливу дію, особливо на кровоносну і нервову системи. Тому мед виключно корисний для людей, фізично і розумово стомлених і ослаблених, а також видужуючих після важких виснажливих хвороб. Як джерело вуглеводів мед стоїть на одному з перших місць серед продуктів харчування.

Прийом меду всередину - класичний метод введення будь-яких ліків в організм. Мед приймають як в чистому вигляді, так і у вигляді розчинів, мікстур, таблеток. Для досягнення антибактеріального та протизапального ефекту мед слід приймати невеликими порціями (по чайній ложці), затримуючи його в роті як можна довше. Доза більше 200 г недоцільна, а при тривалому вживанні навіть шкідлива. При дозуванні меду потрібно великої точності, як при дозуванні інших ліків, але якщо не визначити кількість меду можна не добитися бажаного лікувального результату. З меду можна приготувати **лікарські напої**. Їх перевага в тому, що вони роблять безпосередній стимулюючий вплив, не викликаючи потім стомлення, токсич-

них або інших негативних реакцій. За складом і впливу медові медичні напої можна розділити на збуджуючі, зміцнюючі, що викликають апетит, заспокійливі і відхаркувальні.

Місцеве застосування меду широко поширене при захворюваннях шкіри. У деяких випадках уражену ділянку шкіри змазують натуральним медом. Крім того, застосовуються компреси і місцеві ванни 20-40%-ного розчину меду або мазі.

При *медовому масажі* значно поліпшується кровообіг у глибоких шарах шкіри і підлеглих м'язах, що сприяє поліпшенню живлення внутрішніх органів і тканин. Мед, віддаючи біологічно активні речовини, адсорбує токсини і сприяє швидкому виведенню їх з організму, такий масаж проводиться для збільшення лімфовідтоку і чищення шкіри. Після його проведення підшкірні ущільнення розгладжуються, шкіра стає шовковистою і пружною. Курс медового масажу розрахований на 15 сеансів, що проводяться через день. Дуже важливо, щоб масаж проводився не щодня, а саме через день. Протипоказання до медового масажу: алергія на мед і гемофілія.

При вивченні ролі меду в профілактиці серцево-судинних захворювань зазначено, що він поліпшує реологічні властивості крові (зменшує в'язкість), стабілізує показники ліпідного обміну та артеріальний тиск. Мед сприяє діє на серцевий м'яз, тому що містить багато легкозасвоюваної глюкози. Мед сприяє розширенню судин, що живлять серце, і покращує коронарний кровообіг.

Мед як заспокійливий і легкий снотворний засіб застосовується в народній медицині здавна. Лікарі рекомендують мед при підвищеній нервовій збудливості як заспокійливий і снодійний засіб. Стакан води, в якому розчинена одна чайна ложечка меду, випитий нервовим хворим на ніч, нерідко забезпечує йому спокійний сон.

Пилок являє собою найтонший порошок, забарвлений в різні кольори в залежності від виду рослин. За зовнішнім виглядом квітковий пилок являє собою сипку зернисту масу. Консистенція гранули м'яка, легко розминається пальцями. Колір жовтий, оранжевий, пісочний, зелений, фіолетовий з відтінками, що залежить від рослини, з якого зібрана пилок. Запах специфічний медово-квітковий. Смак пряний солодкуватий, може бути кислуватим або злегка гіркуватим. У хімічному складі пилку значна кількість фенольних сполук - флавоноїдів і фенокислотами. Це - речовини, що володіють широким спектром дії на організм: капилляроукрепляючим, протизапальною, радіозахисним, протівоокислювальним, жовчогінну, сечогінну, протипухлинною та ін.

Багато видів квіткового пилку багаті тритерпенових кислотами, що пояснює протизапальну, ранозагоювальну, кардіотонічну, протисклеротичну дію пилку ряду медоносних рослин.

У пилку містяться речовини, які надають біотичний ефект, що затримують ріст і розвитку ряду мікроорганізмів кишківника і надають регулюючий вплив на функцію кислот.

Прийом пилку протягом декількох днів підвищує апетит, сприятливо впливає на загальний обмін речовин, у тому числі і на діяльність шлунка. Вона безвідмовно діє при схудненні, замінюючи всі зміцнюючі засоби. Пилок, і, перш за все пилок гречки, містить рутин і тому благотворно позначається на мозковому кровообігу, зміцнюючи судинну систему. Вона регулює функції кишечника, підвищує вміст гемоглобіну, робить сильний зміцнюючу дію і є заспокійливим засобом. Суміш квіткового пилку і меду робить і неспецифічне, але широке позитивний вплив на організм, діючи як біостимулятор. Її застосування сприяє збільшення в крові кількості гемоглобіну та еритроцитів, знижує ШОЕ і кількість лейкоцитів.

Лікувальна доза квіткового пилку для дорослої людини - 32 г на добу, а підтримуюча - 20 г натщесерце або незадовго до їжі. Пилок можна запивати водою, змішаною з медом.

Перга - це законсервована медоферментним складом пилок, складена і утрамбована бджолами в стільники, що пройшла молочнокисле бродіння, в процесі якого пилкові зерна перетворюються в пергу. Складається з пилку квітучих рослин, зібраної бджолами, залитої медом. Пилок, складена в осередки стільників під впливом біохімічних змін стає стерильною. Перга може збережуватися без змін тривалий час в сухому і прохолодному місці до 17 років. У ній містяться всі мікроелементи.

Пергу використовують для лікування колітів, хронічних гепатитів. Перга рекомендується при атеросклерозі для пониження плазматичного холестерину. Перга лікує нервову систему, анемію, діабет, застосовується для попередження ендемічного зобу. Рекомендується при ішемічній хворобі серця, скорочує частоту нападів стенокардії та зменшує нахил до утворення тромбів. Перга нейтралізує нітрати, що надходять в організм. Приймають 2-3 р. на добу по 10-15 гр. в день за 30 хв до їди протягом 1-1,5 місяців. Посилена доза - 40 г на день. При необхідності курс лікування повторюють через 2 тижні.

Перга підвищує імунологічні властивості людини, покращує адаптаційні здатності організму, зменшує стомлюваність, відіграє важливу роль в дієтичному харчуванні.

Маточне молочко - секрет, що виділяється слинними залозами медоносних молодих бджіл. Вони годують їм тих личинок, з яких розвиваються бджолині матки, а також самих маток в період кладки яєць (секрет аллотрофічних залоз). Свіже маточне молочко має вигляд густої жовтувато-білої маси схожої на густу сметану, воно має специфічний запах і гострий кислуватий смак.

Рекомендовані дози маткового молочка: дітям у віці від 1 року до 10 років - 10-50 мг, дорослим - 50-300 мг на день в 1-2 прийоми Курс лікування - 10-30 днів. Після місячної перерви курс лікування можна повторити.

Прополіс (бджолиний клей, уза, смолка) - природна сукупність біологічно активних сполук рослинного і тваринного походження. Прополіс являє собою клейку речовину з приємним запахом, темно-коричневого кольору, гірке на смак, збиране бджолами з багатьох рослин (нирок верби, берези, сосни, тополі та ін.).

Прополіс має знеболювальну, антимікробну і антибиотическую дію, антигрипозний, протівірусний ефекти, руйнує токсини, бере участь в обмінних, ферментативних процесах.

Медицина використовує наступні біологічні та фармакологічні дії прополісу: бактерицидну, бактеріостатичну, місцевоанестезуючу, протівотоксическую, антивірусне, фунгіцидну, антифлогістическую, фунгістатичну, дерматопластическую. Прополіс застосовується насамперед у хірургії, в дерматології, оториноларингології, педіатрії та стоматології.

Лікарські форми прополісу:

а) розчини, що містять прополіс (екстракти): це, головним чином, водні та спиртові розчини різної концентрації;

б) мазі з прополісом, в яких в якості мажевої основи використовується білий або жовтий вазелін, ланолін, тваринний жир, рослинні олії (соняшникова, оливкова) і т.п.;

в) пасти з прополісом, приготовані шляхом розтирання прополісу з вазеліном або іншим не дратівливим маслом;

г) емульсії з прополісу, приготовані шляхом осадження розчиненого у винному спирті прополісу з водою або молоком;

д) пластири з прополісу, для лікування шкірних захворювань;

е) інгаляційна форма введення прополісу;

ж) біологічні пов'язки;
з) жувальні гумки, льодяники, використовувані, головним чином стоматології.

Віск використовували як засіб для лікування виразок, фурункулів, опіків, ран; жування воску рекомендували при ангінах, гайморитах. В даний час віск застосовують для інгаляцій, в стоматології, аплікація при облітеруючому ендартеріїті, жування стільників з медом при пародонтиті, вживання всередину при спастичних колітах.

Бджолина отрута – дія на організм людини складна [3, 5, 6]. Воно залежить від дози отрути, від місця укусу та від особливостей організму, зокрема від його індивідуальної чутливості. При нормальній середньої чутливості людини одиничні ужалення викликають лише місцеву шкірну запальну реакцію. Однак чутливість людини до бджолої отрути вкрай мінлива. Тому перед початком лікування бджолиними укусами необхідно у кожного хворого перевірити, яка чутливість її організму до бджолої отрути. Бджолина отрута має місцеву і загальну дію як лікувальний засіб. Місце вжалення червоніє, набрякає, з'являється біль різкого, пекучого характеру, підвищується температура (на 2-6 °). Загальна дія в малих і середніх дозах бджолої отрути проявляється благотворно, тобто отрута бджоли в таких дозах володіє лікувальними властивостями, у великих - отруйними.

На відміну від інших лікарських засобів бджолина отрута швидко діє на організм і має величезну різницю між лікувальною, що отрує і смертельною дозами: отруйна доза в десятки, а смертельна - в сотні разів більше лікувальної. Отруєння людини бджолою отрутою настає рідко. Смертельна доза бджолої отрути - близько 500 разових жалень. Смерть настає від паралічу дихального центру. Бджолина отрута розширює артерії і капіляри, збільшує приплив крові до хворого органу і зменшує біль.

Лікарі-клініцисти відзначають також, що бджолина отрута благотворно діє на кровотворну систему: підвищується кількість гемоглобіну, збільшується як місцевий, так і загальний лейкоцитоз. РОЕ знижується, зменшується в'язкість і згортання крові. Бджолина отрута стимулює дію на серцевий м'яз, знижує підвищений кров'яний тиск, впливає на обмін речовин, зокрема зменшується кількість холестерину крові, що грає певну роль в походженні атеросклерозу. Бджолина отрута робить благотворний вплив на загальний стан хворого: підвищується загальний тонус і працездатність, поліпшуються сон і апетит.

Бджолина отрута методом бджоложоління або іншими способами (втирання емульсій, мазей з бджолою отрути, підшкірних уколів, ампульованих водних і масляних препаратів бджолою отрути, електрофорезу та ін) в основному застосовують при наступних захворюваннях: ревматичних поліартритах, ревматичних захворюваннях м'язів, ревмокардит; неспецифічних інфекційних поліартритах; деформуючий спондилоартроз; захворюваннях периферичної нервової системи (попереково-крижовий радикуліт, запалення сідничного нерва, а також стегового, лицевого та інших нервів, міжреберні невралгії, поліневрити та ін.); трофічних виразках і мляво гранулюючих ранах; судинних хірургічних захворюваннях (тромбофлебіти без гнійного процесу, ендартеріоз, атеросклеротичне ураження судин кінцівок); запальних інфільтратах (без нагноєння); бронхіальній астмі; мігрені; гіпертонічній хворобі I і II стадії; іритах і іридоциклітах; захворюваннях щитовидної залози (тиреотоксікозах) I і II стадії; симптомокомплексі Меньєра та ін.

Протипоказання до застосування бджолої отрути:

1. Ідіосинкразія (несприйнятливості) до бджолої отрути;
2. Туберкульоз;

3. Хвороби підшлункової залози в стадії загострення;

4. Захворювання нирок, особливо пов'язаних з гематурією;

5. Захворювання кори надниркових залоз і, зокрема, Аддісонової хвороби;

6. Сепсис і острогноїні захворювання;

7. Декомпенсація серцево-судинної системи;

8. Органічні захворювання центральної нервової системи;

9. Загальне виснаження організму;

10. Хвороби крові та кровотворної системи з схильністю до кровотеч.

Деякі автори зовсім правильно застерігають вагітних жінок від застосування бджолоїної отрути.

Висновки:

1. Апітерапія – це мето лікування, заснований на застосуванні цілющих продуктів для оздоровлення організму людини, які виробляються бджолами: меду, перги, прополісу, маточного молочка.

2. Використання природних генетичних програм, закладених в цих продуктах, дозволяє ефективно відновлювати не тільки окремі органи, а й цілі системи організму.

3. Завдяки широкому спектру біологічних і фармакологічних властивостей, апітерапія знаходить широке застосування в медицині.

4. При призначенні в комплексному лікуванні хворих продуктів бджоларства, необхідно враховувати можливі протипоказання та ідіосинкразію (неприйнятливність) до бджолоїної отрути.

5. Апітерапія є перспективним і оптимальним методом, який дозволяє значно покращити якість життя хворих осіб та визначити **перспективу** подальшої не тільки лікувальної, але і профілактичної тактики.

Література:

1. Зайцева Е.В. Апітерапія. Домашній справочник. - Ростов: Фенікс, 2006. - 256 с.

2. Калмиков С. А. Фітотерапія. навчальний посібник //Харків: ХДАФК. – 2008.

3. Омаров Ш.М. Апітерапія: продукти пчеловодства в мире медицини. - Ростов: Фенікс, 2009. - 351 с.

4. Омаров Ш., Магомедова З., Омарова З. Апітерапія в медицине. - Ростов: Palmarium, 2012. - 420 с.

5. Сіяков А.Ф. Большой медовый лечебник. Мёд вместо лекарств. - Москва: Эксмо, 2009. - 640 с.

6. Хисматуллина Н.З. Практическая апітерапія. - Пермь: ЭксЛибрум, 2009. - 336 с.

7. Юраш Н.И. Лечение продуктами пчеловодства. - Ростов: Фенікс, 2012. - 182 с.

Інформація про авторів:

Малахов Володимир Олександрович, д.мед.н, професор, зав.кафедри (ХМАПО)

Максєва Марина Анатоліївна, лікар-невролог вищої категорії, доцент кафедри (ХМАПО)

Кошелєва Ганна Миколаївна, лікар-невролог, доцент кафедри (ХМАПО)

Федоренко Наталія Олексіївна, лікар лікувальної фізкультури та спортивної медицини, доцент кафедри (ХМАПО)

Расторгуєв Олександр Леонтійович, лікар ортопед-травматолог, старший лаборант (ХМАПО)

Кафедра медичної реабілітації, спортивної медицини та лікувальної фізкультури

Харківська медична академія післядипломної освіти

Жерновенков Андрій Олексійович, лікар вищої категорії, завідувач ревматологічним відділенням.

Дорожня клінічна лікарня станції Харків № 2 на залізничному транспорті

КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Манучарян С.В.,¹ Станкевич Блажей,² Цеслицька Мирослава,² Шевченко Н.И.³

¹ Харьковская государственная академия физической культуры, Украина

² Университет Казимира Великого, г. Быдгощ, Польша

³ Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной
медицинской помощи имени профессора А.И. Мещанинова, Украина

Аннотация. В статье приведен обзор программы физической реабилитации больных после операции по поводу флегмоны дна полости рта в условиях стационара.

Ключевые слова: физическая реабилитация, медикаментозное лечение, диетотерапия, лечебная физическая культура, лечебный массаж, физиотерапия, флегмона дна полости рта.

Введение. Флегмона дна полости рта представляет собой гнойное заболевание, когда в разных сочетаниях поражаются подъязычные, поднижнечелюстные области и подбородочный треугольник. Флегмоны наблюдаются сравнительно часто – 20-30% больных, поступающих в стационары клиник хирургической стоматологии. Это заболевание поражает людей в наиболее активном возрасте, что затем приводит к их нетрудоспособности, так у 52,2% поступивших в стационар наблюдаются острые воспалительные заболевания, возникающие, как правило, при обострении хронических заболеваний полости рта (переодонтит, гингивит, нагноившаяся радикулярная киста, слюнокаменная болезнь и др.). Рост заболеваемости обычно связан с недостаточным вниманием пациентов к своему организму, их чрезмерной занятостью и непониманием проблем, которые могут впоследствии возникнуть.

Опасность флегмоны состоит в том, что она имеет особенность быстро

распространения по клетчаточным пространствам, вдоль сосудов шеи, глотки, средостения, пищевода, сопровождающееся резким нарушением микроциркуляции, биохимических и нейротрофических процессов, способствующих образованию токсических веществ, из-за чего организм не успевает создать ограничительный барьер. В самом очаге процесс начинается с серозного воспаления, которое в зависимости от микрофлоры приобретает гнойную, гнилостную и некротическую форму. При бурном развитии возникает быстро увеличивающийся инфильтрат, резко поднимается температура тела до 39-40°C, сильная пульсирующая боль, нарастает затруднение дыхания, речи, приема пищи, что приводит к расстройству сердечной деятельности и сознания, а в дальнейшем к тяжелым осложнениям (медиастинит, абсцесс, менингит, тромбофлебит вен лица и др.) Поэтому очень важным является своевременная госпитализация и хирургическое вмешательство для данного контин-

гента больных.

При лечении больных с флегмонами дна полости рта ряд медики считают, что необходимо придерживаться старого требования «Ubi pus, ibi evacua», т.е. где гной, там необходима эвакуация. Однако, избавляя больных от страдания, операции в полости рта у многих больных приводят к выраженным формам послеоперационных расстройств. Поэтому вопросы профилактики послеоперационных осложнений, возможно более полного функционального восстановления деятельности полости рта – глотания, жевания, речи, возвращения больным трудоспособности являются на сегодняшний день актуальными.

В связи с вышеизложенным возникает необходимость разработки программы реабилитации оперированных больных сразу после операций на стационарном этапе. После операций полости рта необходима длительная поэтапная реабилитация, включающая в себя медикаментозное лечение, лечебную физическую культуру, лечебный массаж, физиотерапию, диетотерапию. В проблеме восстановительного лечения больных после операций полости рта являются два аспекта: первый заключается в предупреждении послеоперационных расстройств, наиболее полном восстановлении функциональной деятельности полости рта, нейрогуморальной регуляции и иммунологических процессов; второй – в быстрейшем восстановлении трудоспособности после операции и профилактики поздних послеоперационных осложнений.

Физические средства реабилитации в челюстно-лицевой хирургии рассматриваются как патогенетические, направленные на профилактику и быстрейшую ликвидацию возникших осложнений, и восстановление трудоспособности больного. Воздействуя благоприятно на жизненно важные системы организма, улучшая функциональное состояние оперированного участка и усиливая реген-

еративные процессы. Они в комплексе с другими методами лечения в значительной мере определяют успехи реабилитации.

После экстренных операций области дна полости рта все средства физической реабилитации назначаются в стационаре по трем периодам: раннему, среднему и позднему послеоперационному.

В раннем послеоперационном периоде методика лечебной гимнастики составляется с учетом особенностей оперативного вмешательства, течения послеоперационного периода, состояния больного до операции и после нее, возраста, занятий физическими упражнениями в предоперационном периоде.

Задачи лечебной физической культуры в раннем послеоперационном периоде: выведение больного из операционного состояния (улучшение его морально-психологического состояния); содействие быстрейшему выведению наркотических веществ; профилактика возможных осложнений (послеоперационная пневмония, медиастинит, тромбоз и тромбофлебит лицевых вен); восстановление нормальной функции жевания, глотания, речи; рассасывание послеоперационного инфильтрата; улучшение общего и местного крово- и лимфообращения; восстановление нарушенного механизма дыхания; предупредить осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта; нормализовать деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем, системы выделения и обмена веществ; подготовить больного к следующему периоду.

Строго постельный режим раннего послеоперационного периода. В день операции, сразу же после пробуждения больного от наркоза в послеоперационной палате, обычно через 2-3 часа после операции, рекомендуется применять дыхательные упражнения статического характера с акцентом на грудное дыхание. Направленное на скорейшее выведение наркотических веществ из организма че-

рез легкие, что, в свою очередь, уменьшает или устраняет тошноту, которая нередко беспокоит больных в первые 24-48 ч после операции.

Помимо этого дыхательные упражнения активизируют вентиляционную функцию легких и способствуют лучшему отхождению мокроты. Занятия проводятся в исходном положении лежа на спине с приподнятым изголовьем кровати примерно на 45°; упражнения желательно выполнять через каждый час, повторяя каждое по 4-5 раз с паузами для отдыха. Чтобы не вызывать резких болей в прооперированной ране, дыхание не должно быть глубоким.

С целью предупреждения развития тромбозов в периферических сосудах и активизации периферического кровообращения особое внимание должно уделяться сочетанию дыхательных упражнений с упражнениями для дистальных отделов верхних и нижних конечностей. Ритмичные движения в голеностопных и локтевых суставах и мелких конечностей выполняются на медленном выдохе (стараясь не открывать широко рот, чтобы не вызвать кровотечение). Время занятия 5-7 минут количество занятий в день 3-4 раза.

Со 2-3-го дня после операции больным назначается палатный двигательный режим. Предлагается включать в комплекс лечебной гимнастики, кроме дыхательных упражнений общетонизирующие и специальные (мимические) упражнения, выполняемые в исходном положении лежа на спине, для того чтобы расслабить мышцы лица, не вызывая их перенапряжения. Больной может выполнять только те мимические упражнения, которые не вызывают кровотечения в прооперированной ране – это различные упражнения для щек, для верхней части лица: глаза, лоб, брови; исключаются упражнения для языка; активные движения нижней челюстью. В комплекс обязательно необходимо включать упражнения для мышц шеи – повороты головы

вправо-влево, а также упражнения для пояса верхних и нижних конечностей. Чем раньше начинается активизация больного, тем быстрее наступает его выздоровление. Пациентам с этой патологией разрешается вставать с постели через 3-4 часа после операции, т.е. они сразу автоматически могут находиться на палатном двигательном режиме

К 3-4 дню прекращается экссудация, рана покрывается сочными мелкими грануляциями, что является основанием к наложению вторичного шва – это происходит на 4-5 сутки. В эти дни все также больной продолжает выполнять те же упражнения только в исходном положении сидя перед зеркалом чтобы контролировать правильность выполнения упражнений, не вызывая перекоса, асимметричности работы мышц лица.

Средний период послеоперационного лечения характеризуется тем, что к 5-6 дню при нормальном течении заболевания обычно клиническая картина стабилизируется. Больные осваиваются со своим положением, становятся более активные. На 6-7 сутки им снимаются лицевые наружные швы.

Задачи среднего периода: улучшение функции общего и местного кровообращения; способствовать скорейшему рассасыванию послеоперационного инфильтрата; восстановить полноценную функцию дыхания; нормализовать функцию глотания, жевания и речи; нормализовать деятельность сердечно-сосудистой системы; предупредить осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта; оказать психо-эмоциональное воздействие.

На этом этапе больным разрешается более активно использовать упражнения для мышц лица. добавляя упражнения для языка, находящегося в полости рта, а также активные движения нижней челюстью. Добавляется количество повторений с 4-5 раз до 8-12 и, следовательно, увеличивается длительность занятия – до 10-12 минут. Количество за-

нятий в день остається неизменним 3-4 разів в день.

На 8-10 днів знімаються інтрадермальні (внутренні) шви, більні переходять на пізній післяопераційний період.

Задачі пізнього післяопераційного періоду: формування еластичності післяопераційних рубців, не сп'янутих з підлежачими тканинами; розтягування післяопераційного рубця; попередження спаєчного процесу; відновлення функції жевання, глотання, дихання і мови; налаштувати роботу дихальної і кардіореспіраторної системи; боротьба з застоїними явищами; психоемоційне вплив; остаточне відновлення втрачених функцій.

На цьому етапі використовуються всі можливі мимічні вправи, вправи для язика як в порожнині рота, так і поза неї. Кількість повторень виконуваних вправ – по 15-20 раз кожне, темп середній, з використанням дихальних вправ. Довжина заняття збільшується до 25-30 хвилин. Кількість занять в день приблизно 4-5 разів. Не можна протягом всього заняття допускати переутомлення і перенапруження мимічних, жувальних м'язів, щоб не викликати їх спазмування.

Заняття проводяться тільки індивідуальним методом, сидячи перед дзеркалом. На протязі всього післяопераційного періоду і після виписки хворим необхідно продовжувати тренувати постраждалі ділянки обличчя і прооперовану зону.

Хворі, після операції по відкриттю флегмони порожнини рота, звичайно сидять в напівзгорбленій напруженій позі, у них часто набрякають задній край, м'язи шиї і грудної клітки. В зв'язі з цим, виникла необхідність в призначенні процедури лікувального масажу, який після відкриття флегмон застосовують після того, як видаляються

дренажі, припиняється екссудація рани, утворюється грануляція і більному накладаються вторинні шви. Масаж, на відміну від ЛФК, не потребує напруження більного і є найекономічнішою формою підвищення загального тону організму. При даній хворобі масаж цілеспрямовано призначають на середньому післяопераційному періоді перебігу хвороби.

Задачі масажу: підвищення загального тону організму; відновлення функціональних порушень серцево-судинної і дихальної системи; зменшення більових відчуттів на післяопераційній ділянці; стимуляція регенеративних процесів; усунення залишкових явищ застою, виведення мокрот; попередження післяопераційних ускладнень (пневмонії, тромбозів, емболії, і т.д.).

Фізіотерапія є одним з провідних ланок в відновленні прооперованих більних під'язичної флегмою. Фізичні методи покращують кровопостачання, надають протипаличне і розсмоцтєє вплив. Знімають більовий синдром, деякі мають бактерицидний вплив, підвищують імунітет, а також стимулюють регенеративні процеси, покращують обмін речовин і трофіку тканин.

Після проведення хірургічного втручання, видалення гнійної екссудату або підлежачих видаленню некротизованих м'яких і кісткових тканин завдання фізіотерапії заключається в впливі на раневу інфекцію, запальний інфільтрат, більовий симптом і стимуляції репаративної регенерації тканин.

Високоєфективною мірою є ультразвукова низькочастотна обробка рани через шар рідини. Її склад може бути різним. Цим методом досягається часткове або повне придушення розвитку мікрофлори, дезодорація рани, відторгнення некротиче-

ских тканей, усиление фагоцитоза, глубокое проникновение лекарственного препарата в очаг воспаления и окружающие ткани, уменьшение болевых ощущений и стимуляции местного кровообращения. Со вторых суток назначают УВЧ-, СВЧ-терапию, УФ-облучение.

Питание – одна из важнейших функций живого организма – имеет большое значение для больного человека. Рациональное питание больного является одним из важнейших условий правильного и эффективного ухода за ним и при некоторых заболеваниях имеет не только гигиеническое, но и прямое лечебное значение. Каждому больному независимо от его заболевания и общего состояния назначают определенную диету. Под диетой понимают определенный режима питания больного, предусматривающий качественный состав пищи, общее ее количество и количество ее составных частей, время, а также частоту приема пищи в течение суток.

Диетотерапия помогает восстановить нарушения в обмене веществ, воздействовать на воспалительный процесс. Цель назначения диеты: значительное (механическое, химическое и термическое) щажение ротовой полости после проведенной операции, уменьшение воспаления, улучшение заживления ран. Характеризуется диета незначительным снижением энергоценности за счет углеводов при нормальном содержании белков и жиров; резким ограничением продуктов и блюд возбуждающих секрецию желудка и слизистую полости рта. Пищу готовят на воде или на пару, протирают, дают в полужидком или пюреобразном виде. Количество соли ограничивают. Исключают очень холодные и горячие блюда. Режим питания – 6 раз в день. На ночь принимают молоко.

Выводы.

Для профилактики и ускорения ликвидации возникших осложнений и

восстановление трудоспособности больного необходимо использовать физические средства реабилитации, включающие лечебную физическую культуру, лечебный массаж, физиотерапию, диетотерапию и др. Воздействуя благоприятно на жизненно важные системы организма, улучшая функциональное состояние полости рта, дыхательной, пищеварительной системы, усиливая процессы регенерации, физические средства реабилитации в комплексе другими методами лечения в значительной мере определяют успехи реабилитации. Способствуют повышению общего жизненного тонуса и сопротивляемости организма, укрепляют функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, улучшают кровообращение в прооперированной зоне, предотвращают послеоперационные осложнения.

Литература:

1. Бирюков А.А. Лечебный массаж: [учебник для вузов] / А.А. Бирюков. – М.: Академия, 2004. – 368 с.
2. Большая медицинская энциклопедия. – М.: Изд-во Эксо, 2005. – 864 с.
3. Вайнер Э.Н. Лечебная физическая культура: [учебник] / Э.Н. Вайнер. – М.: Флинта: Наука, 2009. – 424 с.
4. Васичкин В.И. Большой справочник по массажу / В.И. Васичкин. – СПб.: Невская книга, М.: Изд-во Эксмо, 2004. – 535 с.
5. Восстановительная медицина: [учебник] / под ред. В.А. Епифанова. – М.: ГОЭТАР-мед, 2013. – 304 с.
6. Евдокимов А.И., Васильев Г.А. Хирургическая стоматология. М.: Медицина, 1964, 482с.
7. Ефіменко П.Б. Техніка та методика масажу: [навчальний посібник] / П.Б. Ефіменко. – Харків: «ОВС», 2001. – 144 с.
8. Ефіменко П.Б. Техника та методика класичного масажу: [навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту] / П.Б. Ефіменко. – Х.: ХНАДУ, 2013. – 296 с.
9. Заусаев В.И., Наумов П.В., Новоселов Р.Д. Хирургическая стоматология.-М.: Медицина, 1981. – 395 с.
10. Клячкин Л.М. Физиотерапия: [учебник] / Л.М. Клячкин, М. Н. Виноградова. – М.: Медицина, 2005. – 240 с.

11. Медицинская реабилитация (руководство) / под ред. акад. РАМН, проф. В.М. Боголюбова.-Москва-Пермь: ИПК «Звезда», 2007.

12. Милюкова И.В., Евдокимова Т.А. Полная энциклопедия лечебной гимнастики. - СПб.: Сова, М.:ЭКСМО, 2003. – 509 с.

13. Самусев Р.П. Атлас анатомии человека: [учеб. пособие для студентов сред. мед. учеб. заведений] / Р.П. Самусев, В.Я. Липченко. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ООО «Издательство Оникс»: ООО «Издательство «Мир и Образование», 2007. – 544с.:ил.

Информация об авторах:

Манучарян Светлана Валентиновна, старший преподаватель кафедры физической реабилитации и рекреации ХГАФК

Харьковская государственная академия физической культуры

Станкевич Блажей, д-р наук, Ph.D.

Цеслицка Мирослава, д. мед. н., Ph.D.

Университет Казимира Великого, г. Быдгощ, Польша

Шевченко Наталья Игоревна, инструктор лечебной физической культуры высшей категории
Отделение физиотерапии

Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи имени профессора Мещанинова

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ КОМУНАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ «ХАРКІВСЬКИЙ САНАТОРНИЙ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНИЙ КОМПЛЕКС № 13» ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

Михайленко Г.В., Петренко О.В.

Комунальний заклад «Харківський санаторний НВК №13» Харківської обласної ради України

Анотація. В статті висвітлено специфіку діяльності санаторного навчально-виховного комплексу для дітей, які є хворими на сколіоз.

Ключові слова: сколіоз, розпорядок дня, оздоровчий режим.

Специфіка діяльності санаторного навчально-виховного комплексу для дітей, які є хворими на сколіоз, полягає в поєднанні трьох складових: навчальної, виховної та лікувально-реабілітаційної і зумовлена, по-перше, проведенням необхідної лікувально-профілактичної допомоги і відновленням здоров'я хронічно хворих дітей, по-друге, - наданням їм середньої освіти в обсязі державних стандартів, по-третє - сприянням їхній соціалізації, отриманням позитивного соціального досвіду, самовизначення.

Організація навчального процесу спрямована на максимальне розвантаження хребта, що передбачає додержання кожним вихованцем особистого ортопедичного режиму, і є цілодобовим. За призначенням лікаря розвантаження хребта здійснюється за допомогою носіння функціонального коригувального корсету (корсета Шено) або напівжорсткого корсету.

Важливу роль відіграють оздоровчий режим та розпорядок дня.

При складанні розкладу уроків враховується та суворо дотримується рангова шкала важкості навчальних предметів.

Особливістю розкладу навчальних занять є включення уроків лікувальної

фізкультури. Лікувальні процедури (масаж, фізіотерапія тощо) скоординовані з розкладом уроків і самопідготовкою, що дозволяє розв'язувати проблему реабілітації хворих дітей під час навчання. На всіх уроках через 20 хвилин від початку проводиться обов'язкова фізкультпауза протягом 5 хвилин.

Однією з характерних особливостей оздоровчого режиму санаторного комплексу є скорочена тривалість уроку (до 43 хвилин), а також регулярне проведення з вихованцями комплексних медичних заходів, як наприклад, лікувальна фізкультура та фізкультурні паузи на кожному уроці, а також особливий режим харчування.

Вимоги до оздоровчого режиму зумовлюють специфічний розпорядок цілодобового перебування дітей у закладі. Регламентация життєдіяльності вихованців у середовищі цілодобового перебування за розпорядком дня передбачає певний розподіл їхніх навчальних занять, дозвільних заходів, лікувально-оздоровчих процедур, харчування, відпочинку тощо.

Отже, наявність оздоровчого режиму і розпорядку дня, зумовлені в першу чергу станом здоров'я дітей, відрізняє їх від середніх загальноосвітніх шкіл та споріднює з лікувально-оздоровчими закладами.

Режим дня

1 клас		2-4 клас		5-9 клас		10-11 клас	
час	елемент режиму	час	елемент режиму	час	елемент режиму	час	елемент режиму
7.00 - 9.00	Прийом дітей до школи, прогулянка	7.00 - 9.00	Прийом дітей до школи, прогулянка	7.00 - 9.00	Прийом дітей до школи, прогулянка	7.00 - 9.00	Прийом дітей до школи, прогулянка
9.00-9.35	1 урок	9.00-9.40	1 урок	8.55.-9.40	1 урок	8.55-9.40	1 урок
9.40-10.00	Перерва	10.00-10.40	Перерва	9.40-10.00	Перерва	9.40-10.00	Перерва
10.00-10.35	2 урок	10.00-10.40	2 урок	10.00-10.45	2 урок	10.00-10.45	2 урок
10.35-10.55	Перерва	10.40-10.55	Перерва	10.45-10.55	Перерва	10.45-10.55	Перерва
10.55-11.30	3 урок	10.55-11.35	3 урок	10.55-11.40	3 урок	10.55-11.40	3 урок
11.30-11.55	Перерва, II сніданок	11.35-11.55	Перерва, II сніданок	11.40-12.00	Перерва, II сніданок	11.40-12.00	Перерва, II сніданок
11.55-12.30	4 урок	11.55-12.35	4 урок	12.00-12.45	4 урок	12.00-12.45	4 урок
12.30-12.50	Перерва	12.35-12.50	Перерва	12.45-12.55	Перерва, прогулянка	12.45-12.55	Перерва, прогулянка
12.50-13.25	5 урок	12.50-13.30	5 урок	12.55-13.40	5 урок	12.55-13.40	5 урок
13.25-14.00	Прогулянка	13.30-14.00	Прогулянка	13.40-13.50	Перерва	13.40-13.50	Перерва
14.00-14.20	Обід	14.00-14.20	Обід	13.50-14.35	6 урок	13.50-14.35	6 урок
				14.35-14.50	Обід	14.35-14.50	Обід
				14.50-15.35	7 урок	14.50-15.35	7 урок
14.20-16.40	Година розвантаження (сон)	14.20-16.40	Година розвантаження (сон)	15.35-16.40	Година розвантаження (сон)	15.35-16.40	Година розвантаження (сон)
16.40-16.45	Підвечірок.	16.40-16.45	Підвечірок.	16.40-16.45	Підвечірок.	16.40-16.45	Підвечірок.
16.40-18.35	Прогулянка. Гуртки.	16.45-17.30	Самопідготовка.	16.45-17.20	Самопідготовка	16.45-17.20	Самопідготовка
18.35-19.20	Заняття за інтересами. Гуртки.	17.30-17.35	Перерва	17.20-17.25	Перерва.	17.20-17.25	Перерва.

		17.35-18.20	Додаткові заняття, гуртки, самопідготовка	17.25-18.00	Самопідготовка, додаткові заняття, гуртки	17.25-18.00	Самопідготовка, додаткові заняття, гуртки
		18.20-19.20	Прогулянка, гуртки	18.00-19.30	Прогулянка, гуртки	18.00-19.30	Прогулянка, гуртки
19.20-19.40	Вечеря I	19.20-19.35	Вечеря I	19.30-19.45	Вечеря I	19.30-19.45	Вечеря I
19.40-20.45	Прогулянка, заняття за інтересами	19.35-20.45	Прогулянка, заняття за інтересами	19.45-21.15	Прогулянка, заняття за інтересами	19.45-21.15	Прогулянка, заняття за інтересами
20.45-20.50	Вечеря II	20.45-20.50	Вечеря II	21.15-21.20	Вечеря II	21.15-21.20	Вечеря II
20.50-21.00	Підготовка до сну.	20.50-21.00	Підготовка до сну.	21.20-21.30	Підготовка до сну.	21.20-21.30	Підготовка до сну.
21.00	Відбій	21.00	Відбій	21.30	Відбій	21.30	Відбій

Однією з особливостей навчання є екологізація навчального процесу. Введено факультативні курси здоров'яформуючого напрямку («Аптека природи», «Основи медичних знань», «Мікробіологія з основами вірусології», а також факультативні курси за програмою «Я-моє здоров'я - моє життя» та за програмою «Дорослішай на здоров'я».

Цілодобове перебування дітей у навчально-виховному комплексі дає змогу планувати навчальні заняття також і в другій половині дня. Суттєвою відмінністю самопідготовки є самостійна робота дітей під керівництвом педагога упродовж усього часу, що відводиться за розпорядком дня. Допомога педагога (вихователя), який, як правило, має підготовку із споріднених навчальних предметів (вчитель хімії, біології, математики, інформатики), надає можливість корегувати засвоєння дітьми навчальних знань в урочний час, зменшити навантаження учнів на уроці. Урахування зазначеної специфіки вимагає використання в межах індивідуального підходу до кожного вихованця колективних форм навчання та самонавчання. Така необхідність виникає у процесі роботи з

колективом учнів як під час самопідготовки, так і навчальних занять. Проте навчання дітей, які мають проблеми зі здоров'ям, безумовно, передбачає пріоритетність застосування індивідуального підходу до кожного учня школи.

Індивідуалізація навчання передбачає створення умов, що мають виходити з розуміння індивідуальності дитини та забезпечувати повне розкриття можливостей вихованців; вимагає використання здоров'язберігаючих, здоров'яформуючих технологій в процесі здобуття освіти.

Таким чином, виділено такі специфічні характеристики навчально-виховного комплексу:

- організаційно-педагогічні, що пов'язані з організацією лікувально-реабілітаційного та навчально-виховного процесів (оздоровчий режим та розпорядок дня, спрямовані на відновлення здоров'я хворих дітей);

- дидактичні, що стосуються процесу навчання (побудова форм навчання в залежності від стану здоров'я учнів, оптимальна побудова елементів уроку, раціональна витрата часу на самопідготовку,

максимальне використання індивідуалізації навчання);

- соціально-педагогічні, що розкривають особливості організації соціального досвіду (організація взаємодії суб'єктів виховного впливу в ході спілкування, діяльності щодо організації дозвілля, суспільно-корисної праці).

Література:

1. Бондар А. Д. Навчально-виховна робота в школах-інтернатах і школах подовженого дня: посіб. для студ. пед. вузів та педучилищ,

вчителів і вихователів] А. Д. Бондар, Б. С. Кобзар. - К.: Вища школа, 1969. - 303 с.

2. Бобровникова З.П. Навчання та виховання дітей, хворих на сколіоз Москва. Освіта, 1982-27 с.

Інформація про авторів:

Михайленко Галина Володимирівна, директор, КЗ "Харківський санаторний НВК №13" Харківської обласної ради, кандидат наук з державного управління.

Петренко Олена Василівна, заступник директора з навчальної роботи КЗ "Харківський санаторний НВК №13" Харківської обласної ради, учитель-методист.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ ГІПОТОНІЧНІЙ ХВОРОБИ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ

Пешкова О.В., Рубан Л.А., Мелешков В.О.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. У статті проаналізовано механізми лікувальної дії фізичних вправ при гіпотонічній хворобі, охарактеризовано засоби та форми проведення занять ЛФК при гіпотонічній хворобі на амбулаторному етапі, наведено методи дослідження, що дозволяють провести оцінку раціональності впливу засобів ЛФК на організм хворих даного профілю

Ключові слова: спеціальні фізичні вправи, механізми лікувальної дії, рухові режими.

Вступ. Артеріальна гіпотонія характеризується клінічним зниженням артеріального тиску нижче 100/60 мм рт.ст. для осіб у віці до 25 років і нижче 105/65 мм рт. ст. - для осіб старше 30 років [5,6]. За даними різних авторів, відсоток гіпотонії коливається в дуже широких межах: від 0,7-0,63% до 41% і більше [11]. Первинна артеріальна гіпотонія (гіпотонічна хвороба) частіше зустрічається у жінок [8,9]. Найбільше число хворих становлять особи молодого віку.

Єдиною є думка всіх авторів про виняткове значення, яке має в терапії хворих на первинну артеріальну гіпотонією лікувальна фізична культура [2,3,7]. Ці автори вказують, що тільки систематичні фізичні вправи в змозі забезпечити отримання стабільних позитивних результатів лікування та нормалізацію артеріального тиску. Всі дослідники одностайні в думці про велику значущість у профілактиці та лікуванні первинної артеріальної гіпотонії факторів, які тренують і гартують [4,6,8]. Разом з тим лікувальна фізична культура досі не має в своєму розпорядженні науково обгрунтованої методики застосування фізичних вправ при цьому захворюванні.

Мета роботи: охарактеризувати сучасні підходи щодо призначення лікувальної фізичної культури хворим при

гіпотонічній хворобі на амбулаторному етапі.

Завдання дослідження:

1. На підставі аналізу сучасної спеціальної літератури розглянути механізм лікувальної дії засобів ЛФК при гіпотонічній хворобі.

2. Охарактеризувати засоби та форми проведення занять ЛФК у межах фізичної реабілітації при гіпотонічній хворобі на амбулаторному етапі.

3. Підібрати комплекс методів дослідження для оцінки ефективності застосування засобів ЛФК при гіпотонічній хворобі на амбулаторному етапі.

Матеріали та методи дослідження: аналіз сучасних спеціальних джерел літератури за темою дослідження.

Результати дослідження й їх обговорення. Гіпотонічна хвороба є захворюванням, при якому на перше місце виступають порушення функціонального стану та регуляторної ролі коркових процесів і викликані ними зміни гемодинаміки. Тому завданням будь-яких терапевтичних впливів є нормалізація порушених функцій. Це відноситься і до методу ЛФК [5,6,11].

Основним механізмом дії фізичних вправ при гіпотонічній хворобі є нервовий (рефлекторний) механізм, гуморальний же, більшою мірою, має харак-

тер вторинного, підпорядкованого. Лікувальний вплив даних механізмів проявляється через тонізуючу, трофічну, компенсаторну та що нормалізує дію фізичних вправ на організм хворих при гіпотонічній хворобі [7,10].

Фізичні вправи зумовлюють утворення, посилення та зміцнення нервових зв'язків між центральною нервовою системою (на всіх її рівнях) і афферентними системами локомоторного апарату та внутрішніх органів. В.К. Добровольський підкреслює, що лікувальна дія фізичних вправ викликається активізацією моторно-вісцеральних і вісцеро-моторних рефлексів у процесі виконання вправ [10]. Безпосередній вплив фізичних вправ при гіпотонічній хворобі виражається в нормалізації нейрорегуляторних процесів і підвищенні артеріального тиску. Прессорная спрямованість реакції артеріального тиску в результаті безпосередньої дії фізичних вправ при гіпотонічній хворобі забезпечується створенням та зміцненням умовно-рефлекторних зв'язків між скелетної мускулатурою, судиноруховими центрами та мускулатурою судинної стінки. Ці умовно-рефлекторні зв'язки та вироблення нового стереотипу в результаті систематичного і тривалого застосування фізичних вправ дозволяють отримати позитивний терапевтичний ефект від застосування лікувальної фізичної культури при цьому захворюванні.

Основні цілі призначення ЛФК хворим гипотонической хворобою на амбулаторному етапі такі: поліпшення функціонального стану центральної нервової системи; зміцнення моторно-вісцеральних і вісцеро-моторних зв'язків; стимуляції діяльності серцево-судинної і м'язової систем і підвищення м'язового та судинного тону; підвищення працездатності хворого [3,7].

Основні завдання лікувальної фізичної культури при гіпотонічній хворобі такі: 1. Підвищення адаптаційної здатності всього організму хворого й окремих його систем і органів, загальне зміцнення

й оздоровлення організму, підвищення працездатності та емоційного тону хворого. 2. Нормалізація гальмівно-збуджувальної рівноваги в корі головного мозку та підкірці (перш за все за рахунок посилення процесу збудження), встановлення та зміцнення нових умовно-рефлекторних зв'язків (моторно-вісцеральних і вісцеро-моторних), вироблення та зміцнення прессорной спрямованості регуляції кровообігу. 3. Тренування всіх систем і органів, особливо серцево-судинної та м'язової, підвищення скорочувальної здатності міокарда, нормалізація судинного тону, активізація екстракардіальних факторів гемодинаміки, інтенсифікація тканинного обміну, підвищення м'язового тону, що є потужним рефлекторним регулятором артеріального тиску. 4. Зменшення суб'єктивних проявів захворювання, вироблення та вдосконалення ряду необхідних моторних навичок - правильного дихання, координації рухів, функції рівноваги, довільного розслаблення і скорочення м'язів і т. ін. [6,7].

Результати клініко-фізіологічних досліджень дозволяють вважати, що лікувальна фізична культура показана при всіх стадіях і формах гіпотонічній хворобі. Стосовно хворих, які отримують лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах, можливо застосування всіх форм ЛФК - ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ), лікувальна гімнастика (ЛГ), самостійні заняття (СЗ) фізичними вправами за завданнями, дозовані прогулянки, теренкур і ближній туризм, спортивні вправи й ігри. Основною формою ЛФК для цих хворих є лікувальна гімнастика, проте найкращий ефект вдається отримати при комплексному застосуванні декількох форм ЛФК, які взаємодоповнюють одна одну [7].

При проведенні різних форм ЛФК необхідне ретельне дозування навантаження, суворий облік самопочуття та стану хворого, особливостей клінічного перебігу захворювання, індивідуальних особливостей хворого та т. ін. [6,7].

Всі вправи, які застосовуються в ЛГ при гіпотонічній хворобі, умовно діляться на дві основні групи: загальнорозвивальні - надають загально тренувальний вплив на весь організм; спеціальні – які направлено діють на функції організму, більшою мірою змінені при гіпотонічній хворобі [7,12]. Загальнорозвивальні

вправи створюють фон, на якому застосовуються вправи, які надають спеціальний вплив. Виходячи з принципів патогенетичної терапії й основних завдань ЛФК при гіпотонічній хворобі, в окремій методиці ЛФК можливо застосовувати види вправ, надані в таблиці 1.

Таблиця 1

Види фізичних вправ, які застосовуються при гіпотонічній хворобі на амбулаторному етапі

Види фізичних вправ	Характеристика фізичних вправ
Силові вправи	Є основною формою спеціального тренування хворих. До цієї групи входять вправи з м'язовим зусиллям, з обтяжливими снарядами (гантелі, набивні м'ячі), на снарядах (гімнастична стінка), з еспандерами й амортизаторами, в опорі тощо. Всі вони виконуються в повільному темпі.
Швидкісно-силові вправи	Для хворих з важким перебігом захворювання починають застосовувати з другої половини курсу лікування, для хворих з легким перебігом захворювання - з перших процедур. До цієї групи вправ входять біг, стрибки, підскоки, темпові вправи для верхніх кінцівок (імітація роботи рук при бігу, боксі), різні варіанти випадів, які виконуються в швидкому темпі.
Статичні напруження	Застосовуються в двох видах: максимальної інтенсивності - короткочасні (2-5 с) і малої інтенсивності - більш тривалі (10-30 с). Статичні зусилля першого виду частіше являють собою різні варіанти упорів і вісов, а другого виду - утримання обтяжливих снарядів обмеженої ваги (1-2 кг).
Дихальні вправи	Застосовуються з двома цілями: для навчання хворих правильному повного дихання та для зниження загального навантаження в процедурах ЛФК [1]. Перше завдання вирішується поступовим навчанням хворих статичним і динамічним дихальним вправам, а також поєднанням рухів з диханням, друге завдання - включенням дихальних вправ після найбільш навантажувальних вправ комплексу, а також більш широким застосуванням їх у другій половині процедури.
Вправи в розслабленні (активні та з допомогою)	Застосовуються після найбільш навантажувальних спеціальних вправ для зниження м'язового тону, підвищення функціональної здатності та живлення локомоторного апарату та рівня його рефлекторної регуляції.
Вправи в координації рухів	Важливі тому, що для клініки гіпотонічній хворобі характерні асинхронність і асінергізм у скороченні м'язів. Вправи в координації, що проводяться з різних вихідних положень, сприяють підвищенню рівня рухової підготовленості хворих, що, безсумнівно, має значення, як для занять фізичними вправами, так і для виконання повсякденних трудових і побутових обов'язків. Хорошою вправою в координації є жонгливання різними предметами (гімнастична палиця, тенісні м'ячі, надувні м'ячі).

Вправи з елементами вестибулярного тренування (вправи в рівновазі)	Застосовуються широко внаслідок частого порушення цієї функції при гіпотонічній хворобі. Використовуються різні варіанти вправ у рівновазі - на місці та в русі, з відкритими та закритими очима, на великій і зменшеній площі опори. При проведенні цих вправ слід забезпечити страховку хворих.
Ігри на місці, малорухливі або рухливі,	Призначають у залежності від функціонального стану організму хворих. Хороший ефект дають ігри на увагу. Завданням вправ, що проводяться в ігровій формі, є підвищення емоційного тону хворих.
Вправи в пересуванні	Є ходьба (проста або ускладнена) та біг. Виконуються вони в різному темпі. Ходьба застосовується для поступового підвищення або зниження навантаження (вступний і заключний розділи процедури), а також для зниження навантаження після спеціальних активних вправ силового та швидко-силового характеру. Біг у повільному темпі є ефективним засобом загального тренування, а в прискореному темпі вирішує завдання спеціального тренування хворих.

ЛФК при гіпотонічній хворобі в умовах поліклініки призначають за трьома руховими режимами: щадним, щадно-тренувальним і тренувальним (табл. 2) [2,7,9].

При вирішенні питання про призначення ЛФК, окрім сучасних методів інструментального обстеження серцево-судинної та центральної нервової систем (електрокардіографія, баллістокардіографія, полікардіографія, осцилографія та тахоосціллографія, моторна хронаксиме-

трія, визначення прихованого періоду моторної реакції та т. ін.), в обов'язковому порядку повинні прийматися в розрахунок показники різних функціональних проб серцево-судинної системи (клино-й ортостатична, з дозованим фізичним навантаженням і т. ін.). Показники цих проб до певної міри можуть служити критерієм допустимості й адекватності навантаження в призначуваних заняттях фізичними вправами [2,8].

Таблиця 2

Характеристика рухових режимів при гіпотонічній хворобі на амбулаторному етапі

Руховий режим	Характеристика рухового режиму	Тривалість рухового режиму
Щадний	Використовують ЛГ і РГГ, лікувальну ходьбу, теренкур, спортивно-прикладні вправи, ігри. З огляду на особливості проявів захворювання, які з'являються вранці, велику увагу приділяють РГГ. Тривалість РГГ - 15-17 хв. Комплекси складаються з загальнорозвивальних і спеціальних вправ. Доцільно після РГГ провести вологе обтирання та повітряні процедури при температурі 18-20°C від 10-15 хв. до 30-60 хв. Пацієнти на цьому руховому режимі продовжують виконувати ЛГ, засвоєну перед випискою з лікарні. Лікувальна ходьба збільшується до 3 км, темп її - 80-90 кроків за хвилину з відпочинком через кожні 1000 м. Застосовують тер-	2 тижні

	ренкур з кутом підйому 5-10° (маршрут № 2), прогулянки, естафетні ігри, крокет.	
Щадно-тренувальний	Передбачає використання всіх форм ЛФК попереднього рухового режиму, але з більшим фізичним навантаженням. Обсяг силових, швидко-силових і статичних вправ у комплексах ЛГ становить 60-65%. Тривалість її - 35-45 хв. Лікувальна ходьба, дистанція якої дорівнює 4-5 км, проводиться з 40-50-ти метровими ускореннями через кожні 400 м. Теренкур призначають з кутом підйому 10-15° (маршрут № 3). Рекомендують 2-5-ти хвилинний біг у темпі 120-130 кроків за хв., а також бадмінтон, волейбол, баскетбол, городки, настільний теніс. Пацієнтам рекомендують плавання до 5-10 хв. при температурі води не нижче за 19°C, їздити на велосипеді, ходити на лижах, займатися веслуванням за умов повільного темпу рухів (20-25 педалювання або кроків, або гребків за хв.), ближній туризм на відстань 10-12 км.	2-3 тижні
Тренувальний	Забезпечує тренуючу дію фізичних вправ. Це досягається за рахунок збільшення тривалості РГГ до 20 хв., маси гантелей і медболів, дистанції лікувальної ходьби до 6-8 км зі швидкістю 5-6 км*год ⁻¹ з 2-5-ти разовим переходом на біг у темпі 140 кроків за хв., використання терренкура з кутом підйому 15-20° (маршрут № 4), плавання тривалістю 15-20 хв. Дозволені рухливі ігри, веслування в темпі 30-35 гребків за хв., їзда на велосипеді до 10 км 2-3 рази на тиждень, ходьба на лижах 40-60 хв.	3-4 тижні

Висновки:

1. Результати клініко-фізіологічних досліджень дозволяють вважати, що лікувальна фізична культура показана при всіх стадіях і формах гіпотонічної хвороби. Залежно від самопочуття та стану (форми та стадії хвороби) хворі на гіпотонічну хворобу отримують лікування в різних лікувальних установах - лікарняних стаціонарах, амбулаторіях і поліклініках, диспансерах і, нарешті, в санаторно-курортних установах.

2. ЛФК при гіпотонічній хворобі в умовах поліклініки призначають за трьома руховими режимами: щадним, щадно-

тренувальним і тренувальним. Активний руховий режим для хворих на гіпотоніч-

ну хворобу включає до себе такі форми ЛФК, як: ранкова гігієнічна гімнастика; лікувальна гімнастика; самостійні заняття хворих; дозовані прогулянки, теренкур і ближній туризм; спортивні та рухливі ігри, спортивні вправи.

3. До спеціальних вправ при гіпотонічній хворобі відносяться силові та швидко-силові вправи; статичні напруження; вправи в координації рухів; вправи з елементами вестибулярного тренування; гри на місці, малорухливі або рухливі; вправи в пересуванні.

Перспектива подальших досліджень полягає в розробці комплексної програми фізичної реабілітації для жінок молодого віку для застосування в поліклінічних умовах і оцінці її ефективності.

Література:

1. Большая энциклопедия дыхательных гимнастик / Л. Орлова. – Минск: Харвест, 2007. – 224 с.
2. Виды реабилитации: физиотерапия, лечебная физкультура, массаж: [учебное пособие] / Т.Ю. Быковская [и др.] / [под общ. ред. Б.В. Карабухина]. – Ростов н/Д: Феникс, 2010. – 557 с.
3. Лечебная физическая культура: [учеб. для высш. учеб. заведений] / С.Н. Попов, Н.М. Валеев, Т.С. Гарасева [и др.] / под ред. С.Н. Попова; - [5-е изд., стереотипное]. – М.: Изд. центр «Академия», 2008. – С. 116-123, 217-235.
4. Лукомский И.В. Физиотерапия. Лечебная физкультура. Массаж: [учебник] / И.В. Лукомский, И.С. Сикорская, В.С. Улащик / под ред. В.С. Улащика. – Минск: Высшая школа, 2008. - 384 с.
5. Малая Л.Т. Терапия. Заболевания сердечно-сосудистой системы: [руководство для врачей-интернов и студентов] / Л.Т. Малая, В.Н. Хворостинка; - [2-е изд., испр. и доп.]. – Харьков: Фолио, 2005. – 1135 с.
6. Молчанов Н.С. Вопросы наименования, этиологии и патогенеза гипотонических состояний / Н.С. Молчанов, Е.В. Гембицкий // Клин. мед. – 1967. - № 4. – С. 6-13.
7. Пешкова О.В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів / О.В. Пешкова. - Харків: СПДФО Бровін О.В., 2011.-312 с.
8. Реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / под ред. И.Н. Макаровой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 304 с.
9. Темкин И.Б. Лечебная физическая культура при первичной артериальной гипотонии / И.Б. Темкин. – М.: Медицина, 1971. - 200 с.
10. Учебник инструктора по лечебной физкультуре / под ред. проф. В.К. Добровольского. – М.: ФиС, 1974. - 480 с.
11. Частная патология: учеб. пособие [для студ. высш. учебн. заведений] / С.Н. Попов, Н.М. Валеев, Т.С. Гарасева [и др.] / под ред. С.Н. Попова. – М.: Изд. центр «Академия», 2004. – С. 90-131.
12. Янгулова Т.И. Лечебная физкультура. Анатомия упражнений / Т.И. Янгулова. – Ростов н/Д: Феникс, 2010. – 176 с.

Інформація про авторів:

Пешкова Ольга Володимирівна, к.мед.н., професор, завідувача кафедри (ХДАФК)

Рубан Лариса Анатоліївна, к. фіз.вих., старший викладач кафедри (ХДАФК)

Мелешков Вячеслав Олександрович, старший викладач кафедри (ХДАФК)

Кафедра спортивної медицини, біохімії та анатомії

Харківська державна академія фізичної культури

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ

Полковник-Маркова В.С.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Аннотация. Акцентируется внимание на распространенности заболевания и полиморфности его проявлений. Рассмотрены основные подходы к применению средств лечебной физической культуры при нейроциркуляторной дистонии.

Ключевые слова: нейроциркуляторная дистония, лечебная физическая культура

Введение. Проблема НЦД имеет большую социально-экономическую значимость. По данным ряда исследований [6,8], в структуре сердечно-сосудистых заболеваний функциональные отклонения встречаются в 3 раза чаще, чем органическая патология. Данные о частоте НЦД разноречивы. В лечебной практике заболевание диагностируют у трети лиц, обследованных по поводу сердечно-сосудистых жалоб. Чаще болеют женщины молодого возраста.

Несмотря на многочисленные исследования, касающиеся различных аспектов проблемы нейроциркуляторной дистонии, нередко являющейся предиктором таких прогностически опасных сердечно-сосудистых заболеваний, как ишемическая болезнь, артериальная гипо- и гипертензия, а также раннего атеросклеротического поражения сосудов различных локализаций [1,3,4].

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) является мультифакториальным заболеванием, возникающим, как правило, на фоне стрессовых ситуаций, ведущих к нарушению нейро-гуморальной и эндокринной регуляции мышечного тонуса преимущественно в структурах сердечно-сосудистой системы и проявляющимся множеством разнообразных кли-

нических симптомов и синдромов. Проявления болезни полиморфны, выраженность симптомов переменчива [6].

Тяжесть течения определяется сочетанием различных параметров: выраженностью тахикардии, частотой вегетативно-сосудистых кризов, болевым синдромом, толерантностью к физическим нагрузкам.

Большинство авторов рекомендуют при НЦД комплексное лечение [1,8], которое должно быть длительным, индивидуальным, учитывающим особенности вегетативных нарушений и их этиологию. Предпочтение отдают немедикаментозным методам. К ним относят нормализацию режима дня, устранение гиподинамии, дозированную физическую нагрузку, ограничение эмоциональных воздействий, индивидуальную и семейную психологическую коррекцию, а также регулярное и рациональное питание.

Цель исследования – рассмотреть особенности применения средств лечебной физической культуры при НЦД.

Материал и методы исследования анализ современных исследований и литературных источников посвященных проблеме лечения и реабилитации при НЦД.

Результаты исследования. Многочисленными исследованиями доказано [2,6], что ЛФК оказывает нормализующее влияние на сосудистую реактивность, способствуя снижению тонуса сосудов при выраженных спастических реакциях у больных и выравниванию асимметрии в состоянии тонуса сосудов. Это в свою очередь сопровождается нормализацией АД. Физические упражнения повышают сократительную способность миокарда. У больных нормализуются показатели венозного давления, увеличивается скорость кровотока как в коронарных, так и в периферических сосудах, что сопровождается увеличением минутного объема сердца и уменьшением периферического сопротивления в сосудах. Под влиянием дозированных физических упражнений нормализуются показатели липидного обмена, коагулирующая активность крови и активизируется противосвертывающая система. Развиваются компенсаторно-приспособительные реакции, повышается адаптация организма больного к окружающей среде и различным внешним раздражителям. Под влиянием ЛФК у больных улучшается настроение, уменьшаются головная боль, головокружение, неприятные ощущения в области сердца и т. д.

Исходя из этиопатогенетической и клинической характеристики НЦД формулируют задачи ЛФК [7]: повышение адаптационной способности всего организма больного и отдельных его систем и органов, общее укрепление и оздоровление организма, повышение работоспособности и эмоционального тонуса у больного; нормализация тормозно-возбудительного процесса в коре и подкорке; тренировка всех систем и органов, особенно сердечно-сосудистой и мышечной, повышение сократительной способности миокарда, нормализация сосудистого тонуса; уменьшение субъективных проявлений заболеваний, выработка и совершенствование необходимых навы-

ков – правильного дыхания, координации движений, функции равновесия.

С.Н. Попов [9] предлагает при НЦД три периода назначения ЛФК – адаптации, тонизирующий и тренирующий.

Период адаптации. Его назначают ослабленным больным с резко выраженным кардиалгическим и гиперкинетическим синдромом, с вегетососудистыми кризами, с нарушением структуры дыхательного цикла. В первые 3–4 дня занятия проводятся при постельном режиме и покой больного должен превалировать над движением. Рекомендуются статические и динамические дыхательные упражнения, элементарные упражнения для мелких и средних мышц и суставов конечностей, упражнения в расслаблении. Занятия проводятся индивидуальным способом. Через 3–4 дня к упражнениям в положении лежа добавляются и в положении сидя, разнообразятся сами упражнения, они должны выполняться плавно, без рывков и задержек дыхания, ритмично. Темп выполнения упражнений вначале медленный, затем средний при улучшении адаптации организма к нагрузке. Больных полезно обучить приемам самомассажа и произвольного расслабления скелетной мускулатуры. Продолжительность периода 7–10 дней.

Период тонизирующий. Цель периода – повысить ослабленные физиологические функции организма и нормализовать нарушенные функции органов и систем. В занятиях используют исходные положения: лежа, сидя, стоя. Продолжительность занятий – 15–20 мин по 3–4 раза в день.

Занятия начинаются с выполнения дыхательных упражнений как статического, так и динамического характера, которые выполняют плавно, с постепенным углублением вдоха, обязательно включают диафрагмальное дыхание, упражнения с небольшим отягощением, с мячом, а также упражнения на гимнастической скамейке и у гимнастической

стенки. После 10–12 дней в занятия включают дозированную ходьбу с паузами для дыхательных и упражнений в расслаблении.

Занятия необходимо проводить под музыкальное сопровождение, поскольку она значительно влияет на состояние ЦНС и эмоциональный фон занимающихся. Очень важно, чтобы в зале был оптимальный температурно-влажностный режим, так как данные больные очень чувствительны к дискомфортным условиям.

Период тренирующий. Его цель – восстановление ослабленных физиологических функций, тренировка систем организма, повышение физической работоспособности, социально-трудовая и бытовая адаптация больного. Двигательный режим больных расширяется за счет увеличения числа упражнений, их повторений, характер упражнений усложняется, повышается темп их выполнения. Активно включаются упражнения с предметами, ходьба с ускорениями, приседания, дозированный бег, сочетающийся с ходьбой и дыхательными упражнениями. Используются также УГГ, самостоятельные занятия, самомассаж, водные процедуры. Перед занятиями рекомендуется сеанс лечебного массажа с учетом особенностей клинической картины болезни.

Наряду с занятиями в зале ЛФК больным рекомендуются домашние задания, прогулки, дозированная ходьба и бег, лечебное плавание, зимой — ходьба на лыжах в прогулочном темпе, элементы спортивных игр, туризм, занятия на тренажерах. Прекрасным средством реабилитации больных с НЦД является плавание, упражнения в воде и просто купание. Ходьба на лыжах относится к упражнениям умеренной и большой интенсивности, способствует укреплению крупных мышечных групп, что значительно, стимулирует процессы тканевого обмена, улучшает функцию сердечно-сосудистой и дыхательной системы, для

нормализации функционального состояния ЦНС.

Следует подчеркнуть, что санаторно-курортное лечение с его правильным режимом и постепенным нарастанием климато-двигательных нагрузок от щадящих до тренирующих является важным этапом реабилитации этих больных [9].

Учитывая необходимость регулярных физических нагрузок при данной патологии, оптимальными являются плавание 2-3 раза в неделю, акваэробика, ходьба на свежем воздухе в летнее время года, катание на лыжах в зимний период, загородные прогулки, туризм. При таких видах нагрузок происходит тренировка сердечной мышцы, сосудов, стабилизируется артериальное давление. Больные становятся менее зависимы от перемены погоды, лучше переносят физическую нагрузку, повышается адаптация организма к окружающей среде, внешним раздражителям [1].

Игровые виды спорта хороши, если проводятся на свежем воздухе, не для результата, а ради удовольствия. Они способствуют психоэмоциональной разрядке, оказывают общеукрепляющий эффект на организм. Среди тренажеров лучше всего использовать велоэргометр, беговую дорожку, степпер, гребной тренажер.

Противопоказаны: упражнения на тренажерах, где голова оказывается ниже уровня груди и выполняются упражнения вверх ногами в связи с опасностью развития обмороков, ухудшения самочувствия. Занятия восточными единоборствами, силовой гимнастикой, бодибилдингом, аэробикой с высокими прыжками, сальто, оказывают значительную нагрузку на сердечно-сосудистую систему. Следует избегать упражнений с большой амплитудой движения головы и туловища, резко и быстро выполняемых движений, упражнений с длительным статическим усилием. В соревнованиях участвовать не рекомендуется.

Выводы: 1. В лечении НЦД ведущая роль отводится немедикаментозным методам, в частности средствам ЛФК. 2. Наиболее эффективными упражнениями в амбулаторных условиях для больных НЦД являются дозированная ходьба, гидрокинезотерапия, упражнения на тренажерах.

Перспективы дальнейших исследований связаны с разработкой программ реабилитации при НЦД с учетом преобладающего синдрома и возраста больных

Литература:

1. Аникин В.В. Особенности нейроциркуляторной дистонии в подростковом возрасте / В.В. Аникин, А.А. Курочкин. // Российский кардиологический журнал, № 2 – 1999. – С. 41-45.
2. Епифанов В.А. ЛФК: [Справочник] / В.А. Епифанов. – М.: Медицина, 2000. – 201 с.
3. Калмыков С. А., Калмыкова Ю. С., Поруччикова Л. Г. Оценка эффективности методик лечебной физкультуры при гипертонической болезни //Проблеми безперервної медичної науки та освіти. – 2015. – №. 1(17). – С. 19-24.
4. Калмыкова Ю. С., Хассан Б. А. М. АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ СРЕДСТВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ //ББК 75.03 А 38. – С. 50.
5. Калмыков С. А. ФИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ //ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ ТВОРЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ. – 2006. – №. 5. – С. 76-87.
6. К проблеме реабилитации нейроциркуляторной дистонии / Ю.Ю. Мелихов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки, № 12 (116) – 2012. – С. 206-210.
7. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации / под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой. – М.: Медицина, 1995. – 400 с.
8. Маколкин В.И. Нейроциркуляторная дистония (клиника, диагностика, лечение): [пособие для практических врачей]. / В.И. Маколкин, С.А. Аббакумов, А.А. Сапожникова. – Чебоксары, 1995. – 249 с.
9. Физическая реабилитация: [учебник для студентов высших учебных заведений] / под ред. проф. С. Н. Попова. – Изд. 3-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – С. 279-283.

Информация об авторе:

Полковник-Маркова Виктория Сергеевна, старший преподаватель кафедры физической реабилитации и рекреации Харьковская государственная академия физической культуры

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УПРАЖНЕНИЙ С МЯЧОМ В ПРОЦЕССЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ШКОЛЬНИКОВ С АУТИЗМОМ

Помещикова И. П.,¹ Цветкова Л. Ю.²

¹ Харьковская государственная академия физической культуры

² Среднеобразовательная школа № 67 г. Харьков

Украина

Аннотация. Рассмотрены решения проблем социализации детей с аутизмом средствами физического воспитания. Использование подобранных физических упражнений и авторских методик позволяет развивать физические качества, формировать двигательные умения, что создает условия для последующей социальной адаптации и интеграции детей в общество.

Ключевые слова: физические упражнения, дети с аутизмом, упражнения с мячом.

Вступ. По данным ВООЗ одним из острых вопросов современного общества является проблема инвалидности. Сегодня около 650 млн. человек страдают различными видами физических, умственных и сенсорных расстройств, из них около 200 млн. – дети [10].

Дети с расстройствами аутистического спектра составляют основную группу детей, имеющих наиболее тяжелые нарушения в социально-личностном развитии, требующие специальной психолого-педагогической и медицинской помощи [2].

В зарубежных источниках достаточно широко рассматриваются проблемы детей с аутизмом. Уровень этого заболевания, по сведениям разных авторов, колеблется от 2,16 до 6,0 на 1000 детей всех возрастов [9, 11].

Как показывает отечественный и зарубежный опыт, ранняя диагностика, комплексная психолого-педагогическая коррекция дают возможность аутичным детям обучаться в школе [3].

Цель и задачи исследования. Целью настоящей работы является анализ и обобщение опыта социальной адаптации детей с аутизмом средствами физического воспитания.

Результаты исследования и их обсуждение. В настоящее время в научно-методической литературе накоплено немало данных о позитивном эффекте упражнений традиционных методик оздоровления инвалидов, с нарушением интеллекта и отклонениями в развитии.

Адаптивное физическое воспитание детей с аутизмом направлено: на укрепление здоровья, своевременное формирование двигательных умений, навыков и основных физических качеств; коррекцию нарушений двигательной сферы и психомоторики; стимуляцию физического и двигательного развития, произвольной двигательной активности; создание предпосылок и стимуляцию интеллектуального и речевого развития; педагогический процесс формирования личности, обеспечивающий условия для последующей социальной адаптации и интеграции детей в общество [5].

Отсутствие утвержденных государственных типовых программ по физическому воспитанию в общеобразовательных школах для детей с отклонениями в состоянии здоровья ставит перед педагогическим коллективом вопрос о методическом обеспечении учебного процесса и внедрение в этот процесс

инноваций и нетрадиционных методик. Так, Л. В. Сунагатова, У. А. Марченкова предлагают свои методические разработки «Плавание для детей с отклонениями в развитии», «Мини-футбол для детей с отклонениями в развитии», «Легкая атлетика для детей с отклонениями в развитии», «Аэробика для детей с нарушением интеллекта». Авторы отмечают, что использование данных технологий, делает возможным определенные успехи в коррекции имеющихся отклонений в развитии или состоянии здоровья, в воспитании личности, развитии физических качеств, социализации и интеграции занимающихся [7].

И. Ф. Повалаки и М. А. Полгари предлагают организацию коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими тяжелые расстройства аутистического спектра в условиях группы кратковременного пребывания. В их работе отмечается, что наиболее перспективной формой обучения аутичного ребенка является постепенная, индивидуально дозированная и специально поддерживаемая интеграция в группу детей с отсутствием или меньшей выраженностью проблем коммуникации. По мнению авторов, это способствует установлению эмоционального контакта, передаче социального опыта, введению их в культуру, вовлечению детей в развивающее взаимодействие и является одним из вариантов оказания целенаправленной психолого-педагогической помощи [4].

С. Е. Уромова в процессе адаптивного физического воспитания детей с тяжелыми интеллектуальными нарушениями предлагает использовать оздоровительное плавание. В результате данного подхода получен ряд положительных результатов, свидетельствующих об эффективности технологий обучения плаванию с учетом двигательных нарушений и сохранности интеллекта [8].

А. Д. Соломко отмечает, что применения комплекса средств физического воспитания в процессе психолого-

педагогического сопровождения дошкольников с аутизмом способствует достоверному улучшению показателей игровых навыков, показателей, характеризующих сформированность перцептивной сферы, эмоционально-аффективной сферы, характеризующих снижение психоэмоционального напряжения и уровень проявлений агрессивного поведения по отношению к себе и окружающим [5].

Однако, несмотря на то, что система средств оздоровительной физической культуры постоянно развивается и характеризуется активной реализацией новых разнообразных форм двигательной активности, построенных на основе самостоятельно образованных оригинальных дисциплин, крайне недостаточно работ с применением упражнений и игр с мячом. Именно игровая деятельность позволяет выполнять физические упражнения с высокой вариативностью их выполнения. Игры и упражнения с мячом можно разнообразить до бесконечности. Учащиеся, немного освоившись с владением мяча, всегда с удовольствием и большой пользой для себя занимаются ими. Все упражнения и игры с мячом сводятся главным образом к бросанию мяча в различных направлениях и с различного положения и его ловли самыми различными и доступными способами [1].

На основании изложенного можно рекомендовать более широко использовать упражнения и игры с мячом как средство физического воспитания детей с аутизмом. Однако упражнения с мячом необходимо вводить постепенно, сначала надо поиграть с воздушным шариком. Дети боятся ловить мяч, а шарик легкий, падает бесшумно, медленно, легко. Слежение за шаром, перебрасывание его через веревочку, легкие удары по нему доставляют радость ребенку, игра с шаром заставляет его делать самостоятельные движения, подпрыгивать, бегать. Освоив игры с шаром, ребенок овладевает умением бросать мяч, катить его, ловить,

бросать в корзину, сквозь обруч, сбивать им предметы, перебрасывать мяч через веревочку.

Для занятий с детьми, имеющими особые потребности необходим положительный эмоциональный фон, какая-либо бестактность или грубость недопустимы, они разрушат достигнутое и затруднят дальнейшую работу.

Выводы. Многочисленные исследования в области использования средств физического воспитания, касающихся развития физического состояния организма и социализации детей с ограниченными возможностями однозначно показывают их высокую эффективность. Однако отсутствие утвержденных государственных типовых программ по физическому воспитанию в общеобразовательных школах для детей с отклонениями в состоянии здоровья

вынуждает учителей к поиску инновационных и нетрадиционных методов.

Перспектива дальнейшего развития выбранного направления состоит в исследовании влияния специально подобранных упражнений и игр с мячом на двигательную подготовленность школьников с аутизмом.

Литература:

1. Друзь В.А. Социальная адаптация лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата средствами физического воспитания / В. А. Друзь, А. И. Клименко, И. П. Помещикова // Физическое воспитание студентов. – 2010. – № 1. – С. 34–37.
2. Ихсанова С. В. Система диагностико-коррекционной работы с аутичными дошкольниками / С. В. Ихсанова – СПб. : Детство-Пресс, 2011 – 208 с.
3. Каган В. Е. Клинико-психологические аспекты онтогенеза коммуникативности / В.Е. Каган // Вопросы психологии. – 1983. – №. 2 – С. 96–101.

4. Павалаки И. Ф. Проблемы воспитания и обучения детей с тяжелыми расстройствами аутистического спектра / И. Ф. Павалаки, М. А. Болгарова // МНКО – 2014. – № 1 (44). – С. 151–153.

5. Плаксунова Э. В. Влияние занятий по программе адаптивного физического воспитания «Моторная азбука» на двигательное и психомоторное развитие детей с расстройствами аутистического спектра / Э. В. Плаксунова // Аутизм и нарушения развития. – 2009. – № 4. – С. 67–72.

6. Соломко А. Д. Формирование игровых навыков и эмоционально-перцептивной сферы у детей 5–7 лет с расстройствами аутистического спектра средствами физического воспитания : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. псих. наук: спец. 13.00.04. Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры (психологические науки) / А. Д. Соломко – Краснодар, 2012. – 23 с.

7. Сунагатова Л. В. Влияние адаптивного спорта на социальную адаптацию инвалидов / Л. В. Сунагатова, У. А. Марченкова // Молодой ученый. – 2012. – № 12. – С. 603–607.

8. Уромова С. Е. Развитие двигательных навыков у детей с нарушениями интеллекта средствами физического воспитания / С. Е. Уромова // Вестник Мининского университета 2014 – № 3 – С. 11.

9. Baird G. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP) / G. Baird, E. Simonoff, A. Pickles et al. // Lancet. — 2006. — V. 368, № 9531. – P. 210–215.

10. Disability and rehabilitation WHO action plan 2006–2011. WHO, Geneva, 2006 [доступно на: http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006to2011.pdf].

11. Jones A. Autistic spectrum disorders. 1: Presentation and assessment / A. Jones, C. Cork, U. Chowdhury // Community Pract. – 2006. – V. 79, № 3. – P. 97–98.

Информация об авторах:

Помещикова Ирина Петровна, к.физ.в., доцент зав. кафедры спортивных и подвижных игр, Харьковская государственная академия физической культуры.

Цветкова Лилия Юрьевна, учитель физической культуры и защиты Отечества, среднеобразовательная школа № 67 г. Харьков.

СХЕМА ТРЕНИРОВОК ВЕСТИБУЛЯРНОГО АППАРАТА ПРИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ЛЕТНОГО СОСТАВА

Попов Ф.И., Кирпенко В.Н., Ткачук А.А.

Харьковский университет Воздушных Сил имени Ивана Кожедуба, Украина

Анотация: в данной статье рекомендованы три схемы тренировок вестибулярного аппарата при вестибулярных расстройствах у летного состава.

Ключевые слова: вестибулярный аппарат, летный состав, вестибулярные расстройства, тренировка.

Актуальность. Вестибулярные расстройства у человека проявляются во всех сферах деятельности, а особенно в авиации, мореплавании и во всех видах наземного транспорта, а отсюда вытекают такие понятия как «воздушная болезнь», «морская болезнь», «транспортная болезнь». Актуальным остается тренировка вестибулярного аппарата у человека, а конкретно поднятие «порога» вестибулярной устойчивости. Разделяют три вида тренировки – активная тренировка, активно-пассивная тренировка и пассивная тренировка вестибулярного аппарата [1, 2, 3].

1. При активной тренировке выполняется комплекс движений головой с открытыми и закрытыми глазами на месте и во время ходьбы. Обследуемые выполняют быстрее движения головой: наклоны вперед-назад, вправо-влево, повороты вправо-влево, вращение вправо-влево. На первых пяти занятиях каждое упражнение выполняется последовательно в течении 30 с, на последующих - в течении 1-2 мин, причем через каждые 30 с., делая паузы в 5 -10 с. Вначале все упражнения выполняются в течении 2 мин, достигая максимальной продолжительности 12 мин к 15-му занятию. После 30-40 тренировок указаний комплекс упражнений проводится во время ходьбы в течении последующих 20-30 дней.

Тренировка осуществляется ежедневно во время физзарядки, но без чрезмерной нагрузки, чем исключается возможность проявления выраженных вестибулярно-вегетативных расстройств.

Общая продолжительность активной тренировки в среднем составляет 60 дней. Предельное время переносимости НКУК определяется через 30 дней активной тренировки.

Кроме того, в этот период могут быть рекомендованы упражнения на земле, в воде, на батуте и гимнастическом подвижном колесе по известным методикам.

2. Активно-пассивная тренировка вестибулярного аппарата проводится на вращающихся креслах с использованием методов НКУК – наклоны головы вправо-влево и вперед-назад, НКУК с наклонами туловища на 90 градусов в тренировочном варианте. Перед тем как начать тренировку, необходимо определить индивидуальную устойчивость с помощью вышеуказанных методов.

При проведении этих упражнений нагрузка должна увеличиваться постепенно: вначале упражнения выполняются медленно, затем темп и количество повторений увеличиваются. В результате выполнения упражнений вестибулярная возбудимость понижается.

Длительность тренировки в зависимости от самочувствия обследуемого может меняться. При появлении симптомов вестибулярно-вегетативных расстройств на одном из этапов тренировки необходимо увеличить количество занятий и сократить продолжительность воздействия НКУК до получения положительного результата.

3. Пассивная тренировка осуществляется на вращающихся креслах, четырехштанговых или универсальных качелях, лопингах, подвижных гимнастических колесах, батуте, гимнастических колесах на стационарных установках как начальный этап при очень низкой вестибулярной устойчивости. В этих случаях, ограничивая возможность активного движения тренируемого, вначале определяют придельную переносимость воздействия и после этого начинают тренировку со временем переносимости, равным половине максимального. В последующем при положительных результатах время пассивной тренировки увеличивается ежедневно на одну минуту. Положительным результатом считается переносимость воздействия на вращающемся кресле в течении 5 минут, на качелях 15 мин. Обороты на лопинге - 20 оборотов (10-вперед, 10-назад) при отсутствии вестибулярно- вегетативных расстройств, лица закончившие пассивную тренировку, могут приступить к выполнению программ смешанной и активной вестибулярной тренировок.

Для повышения устойчивости к укачиванию используется упражнения, выполнение которых сопровождается угловыми ускорениями (вращение, повороты, перевороты) и упражнения, связанные с прямолинейным ускорением (резкие и быстрые наклоны головой и туловищем, приседания прыжки и упражнения на гимнастических снарядах).

Следует отдавать предпочтение простым упражнениям, при использовании которых легче достигается необходимая нагрузка и достаточная ее плот-

ность, эти упражнения рекомендуется чередовать в занятии с другими физическими упражнениями, направленными на общее физическое развитие и физическую подготовленность летного состава [4, 5].

Для проверки вестибулярной устойчивости применяется экспресс-метод «Тест Яроцкого»:

и.п. строевая стойка, стопы ног вместе, руки на середине бедра, голова повернута в одну из сторон. Выполнять круговое вращение головой в одну из сторон (по часовой или против часовой стрелки) с закрытыми глазами, скорость вращения головой 2 оборота за одну секунду. Отсчет времени ведется от команды «старт» до потери равновесия испытуемым.

У здоровых лиц время сохранения равновесия в среднем 28 с, у тренированных спортсменов - 90 с и более.

Вывод: Тест Яроцкого позволяет определить порог чувствительности вестибулярного аппарата. Порог уровня чувствительности вестибулярного анализатора в основном зависит от наследственности, но под влиянием указанных схем тренировок его можно повысить.

Перспективные дальнейшие исследования планируется проводить с курсантами-летчиками различных родов авиации: истребительной, истребительно-бомбардировочной, вертолетной (армейской) и военно-транспортной.

Литература:

1. Авиационная медицина// Учебник под ред. Н.М. Рудного и В.И. Копанева// Л.: ВМА: 1984.- 383с.
2. Макаров Р. Н., Кришкевич И. Г. Специальная физическая подготовка лётчика. - М., ДО-СААФ, 1981. - 42-51.
3. Макаров Р.Н., Фурдуй Я.О., Научные основы физической подготовки летного состава: Учебник. - М., 2007. – 684-685.
4. Попов Ф.И., Маракушин А.И. Успешность первоначального летного обучения в зависимости от уровня развития физических, психических качеств и функционального состояния курсантов-вертолетчиков/ Ф.И. Попов, А.И. Ма-

ракушин//Оздоровительные технологии по физической культуре и спорту в учебных заведениях: Сб. науч.-метод. трудов Междунар. научн.-метод. конф. – Белгород: Изд-во БГТУ, 2004.- С. 221 – 226

5. Попов Ф.И., Лотоненко А.А., Специальная физическая подготовка летчиков истребительной авиации в период повседневной и интенсивной учебно-летной деятельности. Научно – методический журнал «Культура физическая и здоровье», Воронеж 2(20) – 2010.

Информация об авторах:

Попов Фёдор Иванович, к.пед.н., доцент, доцент кафедры физического воспитания, специальной физической подготовки и спорта. Мастер спорта СССР.

Кирпенко Виталий Николаевич, кандидат наук физического воспитания и спорта, доцент, начальник кафедры физического воспитания, специальной физической подготовки и спорта.

Ткачук Александр Анатольевич, старший преподаватель кафедры физического воспитания, специальной физической подготовки и спорта. Харьковский Университет Воздушных Сил имени Ивана Кожедуба

МЕЖПОЗВОНКОВЫЙ ОСТЕОХОНДРОЗ КАК СЛЕДСТВИЕ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЗВОНОЧНИКА У СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛИЗАЦИЙ

Сак А.Е.

Харьковская государственная академия физической культуры, Украина

Аннотация. На основе данных анкетирования, антропометрии, рентгенографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковой томографии и доплерографии оценено состояние пояснично-грудного отдела позвоночника у спортсменов различных спортивных специализаций с клинически подтвержденным диагнозом межпозвоночного остеохондроза. Установлена связь дистрофических заболеваний с аномалиями строения позвонков. Обсуждается связь аномалий позвонков и спортивных травм.

Ключевые слова: остеохондроз позвоночника, аномалии развития позвонков, спортсмены.

Введение. Среди заболеваний костно-суставной системы наиболее распространенными являются дистрофические поражения позвоночника и крупных суставов определяющие клиническую картину заболевания [6]. Это объясняет социальную значимость и актуальность проблемы ранней диагностики патогенеза и лечения заболеваний кости и хряща в Украине [9] и за рубежом [11,12]. В спорте такие поражения представляют собой серьезную проблему не только в плане лечения, но прежде всего с позиций профилактики заболевания, хотя остаются мало изученными [4].

Выяснение предрасполагающих факторов развития остеохондроза позвоночника будет способствовать разработке систем сохранения позвоночника в условиях высоких физических нагрузок. Перспективным направлением такого поиска представляется анализ связи дистрофических поражений позвоночника с нарушениями развития его структур, особенно в связи с частотой аномалий развития позвоночника [7,8]. Понятие «аномалии развития» значительно уже понятия «дисплазии». «Дисплазией» обозначаются все случаи неправильного роста и развития, независимо от времени и причины

их возникновения. Аномалии же в основном представлены врожденными отклонениями развития различной степени выраженности.

Цель исследования: выяснить возможную связь межпозвоночного остеохондроза с аномалиями строения позвоночника у спортсменов.

Задачи исследования: изучить аномалии развития поясничного отдела позвоночника у спортсменов разного соматотипа и проследить их связь с дистрофическими поражениями позвоночного двигательного сегмента.

Объекты и методы исследования. Проведен анализ результатов обследования 38 спортсменов 18-25 лет, страдающих поясничными болями, с клинически установленным диагнозом межпозвоночного остеохондроза. Среди обследованных спортсменов представители специализаций волейбол, баскетбол, футбол и хоккей. Исследования проведены методами анкетирования и анатомо-антропологического обследования с оценкой типа телосложения и осанки [3]. Все спортсмены имели фасные и профильные рентгенограммы поясничного отдела позвоночника. У 19 спортсменов имелись в наличии сканнограммы магнитно-

резонансной томографии (МРТ). У 7 спортсменов позвоночные двигательные сегменты (ПДС) исследовали методом ультразвуковой томографии и доплерографии сосудов [1, 2,3].

Результаты исследования. Поясничные боли у обследованных спортсменов появились через 2-3 года после начала интенсивных спортивных тренировок. Заболевания отличались продолжительностью периода манифестации и разной длительностью периодов ремиссии. В анамнезе имелись неоднократные травмы в т.ч. и суставов.

Методами анатомо-антропологического обследования установлено, что среди обследованных волейболистов и баскетболистов (1-я группа) преобладали представители грудно-мышечного и мышечно-грудного типов, среди футболистов и хоккеистов (2-я группа) – мышечно-грудного и мышечного типов. Все спортсмены имели различные варианты нормальной осанки. Патологических форм осанки не выявлено.

Множественные аномалии строения пояснично-крестцового отдела позвоночника обнаружены рентгенологически у 9 из 15 представителей 1-й группы (60,0 %) и у 8 из 21 представителя 2-й группы (38,1 %). У 4-х представителей 1-й группы по результатам ультразвуковой томографии установлено наличие стеноза позвоночного канала. Сагиттальный диаметр канала на поясничном уровне не превышал 1,5 см. У других спортсменов 1-й группы имелись единичные аномалии – чаще незаращение дуги позвонка.

Преобладали аномалии строения дорсального отдела позвоночника. У двух братьев-близнецов (1-я группа испытуемых), рентгенологически выявлены однотипные аномалии строения дорсального отдела позвоночника; – а именно незаращение дуг пятого поясничного и первого крестцового позвонков, добавочные апофизы нижних суставных отростков третьего и четверного поясничных позвонков, а также геометрические аномалии

развития нижних суставных отростков. Это подтверждает врожденный характер данных аномалий позвоночника и согласуется с данными многолетних исследований аномалий коленных суставов [7] и аномалии позвоночника у детей [8].

По данным МРТ у всех спортсменов подтверждено наличие различной степени дистрофического поражения нижних поясничных межпозвонковых дисков, у трех выявлены грыжи дисков. При доплерографических исследованиях обнаружено повышение индекса резистентности кровотока, извилистый ход и расширение спинальных артерий и асимметрия спинальных вен (*консультант – д. м. н., профессор Р. Я. Абдулаев*).

У трех спортсменов 2-й группы наблюдения, со спортивным стажем свыше пяти лет, рентгенографически установлено склерозирование контура замыкающих пластинок тел позвонков в зонах связи с телами позвонков передних продольных связок и фиброзного кольца межпозвонковых дисков.

Результаты исследования свидетельствуют, что у обследованных спортсменов дистрофические поражения позвоночника рано проявились и развивались на фоне аномалий строения позвонков. Среди обследованных лиц аномалии строения позвонки чаще имели место у спортсменов грудно-мышечного типа телосложения.

Дистрофические поражения позвоночника в условиях высоких физических нагрузок проявлялись в межпозвонковых дисках и пограничных с ними отделах тел позвонков. Местом выраженных реактивных изменений является инсерционный аппарат межпозвонковых дисков и продольных связок позвоночника. Дистрофические поражения дисков и смежных отделов тел позвонков создают структурную основу межпозвонкового остеохондроза.

Можно полагать, что наличие аномалий развития позвонков в условиях спортивной деятельности является пред-

посылкой травм и дистрофических повреждений позвоночника, так как аномальный позвонок нарушает биомеханику позвоночного двигательного сегмента (ПДС) и позвоночника в целом, снижая его надежность при высоких физических нагрузках спорта.

Выводы:

1. Дистрофические поражения позвоночника у обследованных спортсменов развились после травм на фоне аномалий строения позвоночника.

2. Частота аномалий позвоночника выше у спортсменов грудно-мышечного типа телосложения, что должно учитываться при спортивном отборе и текущем контроле состояния позвоночника в условиях спортивной нагрузки.

3. Зоной максимального поражения ПДС являются межпозвоночные диски, а зоной высокой реактивности – инсерционный аппарат, обеспечивающий прикрепление сухожилий мышц, связок и межпозвоночных дисков к телам позвонков.

Таким образом, аномалии строения позвонков создают предпосылки для перегрузки ПДС, что способствует распространению дистрофических поражений и повышает риск травм позвоночника.

Перспективы дальнейших исследований. Задачей будущего является выяснение роли дисплазий соединительнотканых образований позвоночного двигательного сегмента (межпозвоночных дисков, гиалиновых хрящей, связок) в прогрессировании дистрофических поражений позвоночника.

Литература:

1. Абдулаев Р. Я. Ультразвуковая томография позвоночного двигательного сегмента / Р. Я. Абдулаев - Харьков. Нове слово. 2008. – 92 с.
2. Абдулаев Р. Я. Ультразвуковая диагностика при поясничном остеохондрозе / Р. Я. Абдулаев // Учебное пособие – Харьков. Нове слово. 2008. – 48 с.

3. Калмикова Ю. С. Методи дослідження у фізичній реабілітації: дослідження фізичного розвитку: [навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичної культури і спорту напряму підготовки «Здоров'я людини»] / Ю.С. Калмикова. – Харків, 2014. - 104 с.

4. Колесниченко В. А. Вертеброгенные аспекты спортивного отбора и ориентации спортсменов / В.А. Колесниченко. В. А. Страуде – Спортивна медицина – 2005. – Т. 1 – С. 171-174.

5. Поворознюк В. В. Міжнародна декада захворювань кісток та суглобів: участь Української асоціації остеопорозу / В.В. Поворознюк – Журнал практичного лікаря – 2003. – № 3 – С. 2-9.

6. Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология) / Я.Ю. Попелянский // Руководство для врачей в двух томах. Т. I Синдромология – Казань. Изд. Казанского ун-та – 1997. – 554 с.

7. Спадково схильні захворювання суглобів; побудова лікувально-діагностичної тактики (на моделі колінного суглоба) (За ред. Б.И. Сіменача) – Х.: ООО «ПОМІ» – 1999. – 393 с.

8. Ульрих Э. В. Аномалии развития позвоночника у детей / Э. В. Ульрих – СПб «Сотис» – 1995. – 336 с.

9. Фищенко В.Я. Врожденные аномалии и их роль в развитии деформации позвоночника / В. Я. Фищенко, В. А. Улещенко // Труды 4-го Всесоюзного съезда травматологов-ортопедов – М., 1982. – С. 176-180.

10. Яременко Д.О. Стан і структура первинної інвалідності при захворюваннях хребта / Д. О. Яременко, О. Г. Шевченко, І. В. Гопубсва, К. В. Беренов // Ортопедия травматология и протезирование – 2006. – № 1 – С. 53-57.

11. Sliber J, J. S. Advances in the surgical management of cervical degenerative diseases / J. S. Sliber, Jared F. Brandoff, Alexander R. Vaccaro. Current Opinion Orthopedics – Vol, 17 – № 3 – 2006. – P. 264-267

12. Michael W. P. et al. The Epidemiology, Etiology, Diagnosis, and Treatment of Osteoarthritis of the Knee // Dtsch. Arztebl. Int. 2010; № 107. P. 152–162.

Информация об авторе:

Сак Андрій Євгенович, к.б.н., доцент кафедри спортивної медицини, біохімії та анатомії (ХГАФК)
Харьковская государственная академия физической культуры

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ САЛЬПИНГООФОРИТАМИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО - КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Сердюк А.И., ¹Доленко О.В., ¹Патока Л.Н., ¹Смецкова Н.А. ²

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования
²ДП «Клинический санаторий «Курорт Березовские минеральные воды»
Украина

Аннотация. Проведено изучение клинической эффективности комплексного применения бальнео- и пеллоидотерапии у женщин репродуктивного возраста с хроническими сальпингоофоритами в условиях санаторно-курортного лечения, на основании клинико-лабораторного исследования, данных ультразвукографии органов малого таза.

Ключевые слова: бальнео- и пеллоидотерапия, хронические сальпингоофориты, ультразвукография, женщины репродуктивного возраста, санаторно-курортное лечение.

Введение. Хронические воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) продолжают занимать одну из ведущих мест в общей структуре гинекологической заболеваемости.

Частота сальпингоофоритов у женщин репродуктивного возраста составляет 68-75% и не имеет тенденции к снижению. Частые рецидивы, необходимость проведения длительной антибактериальной и противовоспалительной терапии, отсутствие полноценной реабилитации, способствует снижению противоинфекционной защиты генитального тракта, иммунного ответа организма, возникновению вторичных нарушений половой, репродуктивной и эндокринной систем, что, в конечном счете, приводит к развитию бесплодия [4,7,8,9].

В связи с этим, необходимость использования физических факторов в реабилитации женщин с хроническими сальпингоофоритами в условиях санаторно-курортного лечения является актуальной задачей, направленной на восстановление рефлекторно-нейрогуморальной регуляции репродук-

тивной системы, предупреждение развития вторичных нарушений, улучшение адаптационных возможностей организма женщины [1,3, 4,6].

Целью исследования явилось изучение эффективности бальнео- и пеллоидотерапии у женщин репродуктивного возраста с хроническими сальпингоофоритами в условиях санаторно-курортного лечения.

Материалы и методы. В условиях санаторно-курортного лечения, под нашим наблюдением находилось 86 женщин репродуктивного возраста с хроническим двухсторонним сальпингоофоритом.

При изучении анамнеза обследованных больных, было установлено, что 59 (68,6 %) пациенткам проводилась антибактериальная, противовоспалительная терапия в амбулаторных условиях, 27 (31,3 %) женщинам было проведено лечение в условиях гинекологического стационара всвязи с обострением процесса.

В условиях санаторно-курортного лечения, всем пациенткам проведено

клиническое исследование, бактериоскопия вагинальной микрофлоры, кольпоскопия, трансвагинальная ультрасонография органов малого таза с оценкой гемодинамики сосудов малого таза [2,5].

Комплекс реабилитации женщин с хроническими сальпингоофоритами включал применение гинекологических орошений с использованием минеральной воды «Березовская» при t° 36-38 $^{\circ}$ C, с экспозицией каждой процедуры 15 минут, курсом не менее 10 процедур, ежедневно; пеллоидотерапия с использованием «Сакской» грязи в виде аппликаций на область проекции придатков при t° 38-42 $^{\circ}$ C, экспозицией 15-20 минут и вагинальных грязевых тампонов, экспозицией 20-25 минут, курсом 7-10 процедур.

Результаты и обсуждение. При оценке клинических симптоматики, до проведения комплексной реабилитации, 73 (84,8 %) пациентки отмечали периодические тянущие боли внизу живота, усиливающиеся при физической нагрузке, у 24 (27,9 %) выявлена прямая корреляция между болевым синдромом и сте-

пенью выраженностью спаечного процесса.

При бактериоскопии отделяемого влагалища и цервикального канала у всех обследованных пациенток выявлена коково-бациллярная микрофлора в непатогенной степени колонизации.

При проведении кольпоскопии у 47 (54,6 %) женщин наблюдались признаки эндоцервицита, у 32 (37,2 %) – признаки кольпита и экзоцервицита, у 16 (18,6 %) пациенток патологических изменений шейки матки не выявлено.

При оценке структурных изменений и показателей гемодинамики при ультрасонографии органов малого таза у 54 (62,7 %) пациенток отмечено изменение региональной гемодинамики сосудов в виде умеренно выраженного усиления кровотока в проекции яичников и маточных труб, утолщение белочной оболочки фолликулярной ткани, у 32 (37,2 %) больных хронический сальпингоофорит сочетался со спаечным процессом ОМТ.

Результаты ультрасонографии органов малого таза представлены на рис.1,2.



Рис.1 Утолщение белочной оболочки фолликулярной ткани.



Рис.2 Наличие спаек при хроническом сальпингоофорите.

В результате комплексного применения бальнео- и пеллоидотерапии по вышеуказанной методике у женщин с хроническими сальпингоофоритами, у 78 (90,6 %) пациенток наблюдалось уменьшение болезненных ощущений в нижних

отделах живота, у 69 (80,2 %) женщин отмечено восстановление микробиоценоза вагинальной микрофлоры и исчезновение воспалительных изменений шейки матки, при ультрасонографии органов малого таза, у 58 (67,4%) пациен-

ток показатели региональной гемодинамики яичников и маточных труб соответствовали нормативным.

Выводы. Комплексное применение бальнео- и пелоидотерапии у женщин репродуктивного возраста с хроническими сальпингоофоритами, способствует уменьшению проявлений болевого синдрома в малом тазу, нормализации показателей региональной гемодинамики, восстановлению микробиоценоза вагинального биотопа, повышению адаптационных возможностей организма, восстановлению основных функций женского организма, отличается высокой клинической эффективностью данных методов реабилитации в условиях санаторно-курортного лечения.

Литература:

1. Аккер Л.В., Дерявкина Р.С., Хитагурова Г.И. Эффективность потенци-рующих методов физиотерапии при лечении больных с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки вне обострения. // Вестник акуш. и гин.- 1999.- № 2.- С.45-48.
2. Арсланян К.Н., Стругацкий В.М. Значение реографических исследований у больных с хроническим воспалением придатков матки // Вестник акуш. и гин.- 2000.-№ 1.- С.72-75.
3. Боровская В.Д., Мефодьева Р.В. Методики лечения женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза. // Информационно-методические рекомендации: Сочи, 1999.- 20с.
4. Давтян К.А. Использование комплексной терапии у больных с нарушениями репродуктивной функции в санаторных условиях // Матер. II Российского Форума «Мать и дитя».- Москва, 2000.- С.208.
5. Допплерография в гинекологии / Под ред. Б.И. Зыкина, М.В. Медведева 1-е изд.уМ.: РАВУЗДПГ, Реальное Время, 2000.- 152с.
6. Накоренок З.Я., Стариков Н.М. Пелоидотерапия хронических воспалительных заболеваний женских половых органов.- Томск, 1983
7. Стругацкий В.М., Евсеева М.М., Арсланян К.Н., Ткаченко Н.М. Хроническое воспаление придатков матки: новые возможности электротерапевтической коррекции гемодинамических расстройств // Вопр. курортол., физиотер. и леч. физкульт. - . 1999. -№ 6. - С. 24-26.
8. Hildebrandt C. Chronobiological aspects of physical therapy and cure treatment. // Sapporo, 1989. - 96 P.
9. Маркова В. С. Використання статичних вправ у фізичній реабілітації жінок при гінекологічних захворюваннях //Слобожанський науко-во-спортивний вісник. – 2009. – №. 1. – С. 116-121.

Информация об авторах:

Сердюк Александр Иванович, д.мед.наук, профессор, зав.кафедрой социальной медицины и организации здравоохранения Харьковской медицинской академии последипломного образования, главный врач ДП «Клинический санаторий «Курорт Березовские минеральные воды».

Доленко Ольга Вячеславовна, к.мед.наук, доцент кафедры ультразвуковой диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования, врач акушер-гинеколог высшей категории ДП «Клинический санаторий «Курорт Березовские минеральные воды».

e-mail: olga-med.edu.2705@mail.ru.

Патока Людмила Николаевна, доцент кафедры социальной медицины и организации здравоохранения Харьковской медицинской академии последипломного образования, заместитель проректора по лечебной работе.

Смецкова Нина Анатольевна, начмед ДП «Клинический санаторий «Курорт Березовские минеральные воды», врач терапевт высшей категории.

АПРОБАЦІЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК 30-45 РОКІВ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-го ТИПУ

Страколист Г.М., Кальонова І.В., Кузнєцов А.О., Богдановська Н.В.

Запорізький національний університет, Україна

Анотація. Цукровий діабет – хронічне ендокринно-обмінне захворювання, зумовлене дією генетичних та екзогенних факторів. Метою дослідження була апробація програми фізичної реабілітації жінок 30-45 років, хворих на цукровий діабет 2-го типу. Результати застосування програми фізичної реабілітації свідчать про полегшення стану хворих та покращення функції кардіо-респіраторного блоку. Отримані дані показують, що фізичні вправи, які виконувалися в моменти підвищення рівня цукру в крові, є більш ефективними, ніж ті, що виконувалися в довільний час.

Ключові слова: цукровий діабет, жінки, вік, фізичне навантаження, реабілітація.

Вступ. В Україні налічується близько 1,2 мільйона хворих на цукровий діабет. До того ж, кількість пацієнтів подвоюється приблизно кожні 15 років. Варто зазначити, що у 25% хворих є загроза спадкової передачі цукрового діабету. Цукровий діабет 2-го типу (інсулінонезалежний ЦД) є найпоширенішою формою цукрового діабету, що спостерігається переважно в дорослих і людей похилого віку. Причиною цього є недостатність інсуліну і досить часто він поєднується з ожирінням. Хворі тривалий час, а інколи й усе життя, не потребують інсулінотерапії [1-4].

До зовнішніх чинників, які реалізують генетичну схильність, відносять переїдання та гіподинамію, що призводять до ожиріння. Унаслідок цього підвищується потреба в інсуліні, розвиваються гіперінсулінемія та інсулінорезистентність. Ожиріння спостерігається майже у 80% хворих на цукровий діабет 2-го типу. Здебільшого, ожиріння та цукровий діабет мають спільні етіологічні чинники. Надлишкове та нераціональне харчування, гіподинамія сприяють виникненню цукрового діабету [5-7]. З огляду на це, боротьба з цукровим діабетом є

актуальною медико-соціальною проблемою сучасності.

Результати численних досліджень показали, що фізичні вправи позитивно впливають на перебіг хвороби цукрового діабету 2-го типу. Отримані дані свідчать, що фізичні вправи, які виконувалися в момент підвищення рівня цукру, є більш ефективними, ніж ті, що виконувалися в довільний час.

Застосування фізичних вправ при цукровому діабеті дотепер не було експериментально перевірено та теоретично обґрунтоване в методиці лікування. Особливий інтерес викликає питання застосування фізичних вправ при лікуванні цукрового діабету [4].

Актуальність і безсумнівна практична значимість цього питання слугували передумовою проведення цього дослідження.

Мета дослідження: апробація програми фізичної реабілітації жінок 30-45 років, хворих на цукровий діабет 2-го типу.

Методи дослідження: 1) аналіз літературних джерел за темою досліджень; 2) методи оцінки морфофункціональних показників досліджував-

них; 3) визначення рівня цукру в крові за допомогою глюкометра та добового моніторингу глюкози; 4) метод визначення рівня фізичного здоров'я за Г.Л. Апанащенко; 5) методи математичної статистики.

Організація дослідження. У дослідженні взяли участь 16 жінок 30-45 років, хворих на цукровий діабет 2-го типу. Відповідно до мети було проведено медико-біологічне дослідження обстежуваних. За його результатами оцінювали рівень фізичного здоров'я, функціональний стан кардіо-респіраторного блоку та визначений рівень глюкози в крові.

Рекомендована реабілітаційна програма складалася з індивідуальних комплексів фізичних вправ, ранкової гігієнічної гімнастики, щоденних прогулянок на свіжому повітрі, дієтотерапії та дихальної гімнастики за методикою Філатова-Бюргера.

Ці заходи були спрямовані на вирішення таких завдань:

- покращення адаптації до фізичних навантажень;
- збільшення працездатності;
- корекцію глікемії за допомогою фізичного навантаження;
- поліпшення функціонального стану ССС;
- поліпшення функціонального стану дихальної системи;
- поліпшення і корекцію впливу ЦНС на регуляцію обміну речовин.

При розробці програми фізичної реабілітації дотримувалися такого критерію: рівень глікемії більший за 5 ммоль/л і менший за 15 ммоль/л.

Деякі дослідники вказують на взаємозв'язок між фізичними вправами та часом їх застосування при цукровому діабеті. Із метою виявлення цього взає-

мозв'язку ми створили дві групи обстежуваних – експериментальну і контрольну. В експериментальній групі фізичні вправи виконувалися в момент підвищення рівня цукру в крові. Контрольна група виконувала фізичні вправи тоді, коли мала змогу.

Дослідження проводилося у два етапи - до та після застосування програми реабілітації.

У всіх піддослідних реєстрували такі показники: зріст (ДТ, см), маса тіла (МТ, кг), індекс Кетле (ІК, у.о.), частота серцевих скорочень (ЧСС, уд/хв), артеріальний тиск систолічний (АТс, мм.рт.ст.), артеріальний тиск діастолічний (АТд, мм.рт.ст.), систолічний об'єм крові (СОК, мл), рівень цукру в крові (РЦ, ммоль/л), рівень фізичного здоров'я (РФЗ, бали), індекс Скібинського (ІС, у.о.), індекс Робінсона (ІР, у.о.).

Отримані під час роботи експериментальні дані оброблені за допомогою статистичного пакета Microsoft Excel з розрахунком таких показників: середньої арифметичної (M), середнього квадратичного відхилення (σ), помилки середньої арифметичної (m) та критерію вірогідності Ст'юдента (t).

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз антропометричних показників на початковому етапі дослідження показав, що достовірних відмінностей за цими показниками в жінок обох груп не спостерігається. Це вказує на однорідність груп на початку дослідження.

Наприкінці дослідження зафіксоване зниження маси тіла жінок в обох групах: на 2,71% у контрольній групі та на 4,17% в експериментальній. За рахунок цього індекс Кетле наблизився до норми.

Таблиця 1

Величини досліджуваних антропометричних показників жінок 30-45 років, хворих на цукровий діабет 2-го типу, контрольної та експериментальної групи ($M \pm m$) на початку та наприкінці дослідження

№ з/п	Показники	Контрольна група			Експериментальна група		
		до	після	зміна	до	після	зміна
1	ДТ, см	168,2 \pm 2,3	168,2 \pm 2,3	0%	167,4 \pm 2,1	167,4 \pm 2,1	0%
2	МТ, кг	70,3 \pm 2,3	68,4 \pm 2,0	-2,71%	72,1 \pm 2,5	69,1 \pm 2,1	-4,17%
3	ІК, у.о.	24,8 \pm 0,7	24,1 \pm 0,7	-2,83%	25,7 \pm 0,8	24,7 \pm 0,6	-3,90%

Опрацьована сучасна інформація щодо цього питання свідчить, що науково-практичної значущості набуває комплексне вивчення серцево-судинної системи у хворих на цукровий діабет з визначенням ранніх маркерів субклінічного атеросклерозу. При цукровому діабеті індукція синтезу вазоактивних речовин прямої та медіаторної дії закономірно впливатиме на реакцію всієї судинної си-

стеми організму. Звідси, основним завданням реабілітації має стати зниження рівня артеріального тиску, зменшення системного судинного опору та покращення метаболізму міокарда.

Враховуючи викладене, в межах дослідження, у хворих на діабет 2-го типу було вивчено периферичну гемодинаміку. Отримані дані наведені в таблиці 2.

Таблиця 2

Показники гемодинаміки організму досліджуваних обох груп на початку та наприкінці дослідження

№ з/п	Показники	Контрольна група			Експериментальна група		
		до	після	зміна	до	після	зміна
1	ЧСС, уд/хв.	87,4 \pm 1,3	85,1 \pm 1,3	-2,64%	86,5 \pm 1,4	83,5 \pm 1,3	-3,47%
2	АТс, мм.рт.ст.	143,6 \pm 1,7	145 \pm 1,6	0,97%	147 \pm 1,8	140 \pm 1,5*	-4,77%
3	АТд, мм.рт.ст.	95 \pm 1,6	94 \pm 1,5	-1,06%	94,1 \pm 1,4	91 \pm 1,4	-3,30%
4	СОК, мл	46,1 \pm 1,9	47,9 \pm 1,7	3,76%	48,7 \pm 2,0	50,9 \pm 1,8*	4,52%
5	РЦ, ммоль/л	9,8 \pm 0,9	6,7 \pm 0,7*	-31,6%	9,6 \pm 0,8	5,5 \pm 0,6*	-42,7%
6	РФЗ, бали	3 \pm 0,3	3,8 \pm 0,3	13%	3 \pm 0,4	4,9 \pm 0,7*	26%
7	ІС, у.о.	1073 \pm 33,2	1297 \pm 28,4*	17,28%	1066 \pm 31,7	1350 \pm 30,1*	21,04%
8	ІР, у.о.	125,5 \pm 1,5	123,4 \pm 1,6	-1,68%	127,2 \pm 1,7	116,9 \pm 1,5*	-8,10%

Примітка: * – $p < 0,05$ порівняно з початковими даними

На початку дослідження в обох групах показники гемодинаміки були вищими за фізіологічну норму. Рівень цукру в крові (за показниками тест-смужок та добового моніторингу) також перевищував верхню межу норм. Достовірних відмінностей в показниках не виявлено, що вказує на однорідність груп.

Аналіз показників гемодинаміки наприкінці дослідження показав, що систолічний об'єм крові зазнав змін у контрольній групі – з $46,1 \pm 1,9$ до $47,9 \pm 1,7$, тобто покращився на 3,76%. В експериментальній групі він не змінився. Також у контрольній групі спостерігається зниження показника ЧСС на 2,64%, та більш суттєво він знизився в експериментальній групі – на 3,47%. Показник систолічного артеріального тиску також змінився. У контрольній групі зміна показника склала 0,97%, а в дослідній групі – 4,77%.

Зміна показника діастолічного артеріального тиску склала в контрольній групі 1%, а в експериментальній –3,3%.

Позитивним виявилось достовірне зниження рівня глюкози в обох групах. У контрольній групі – цукор в крові знизився на 3,1 ммоль/л, ($\Delta X = 31,6\%$), а в експериментальній групі – на 4,4 ммоль/л ($\Delta X = 42,7\%$).

Аналіз показників функціонального стану кардіо-респіраторного блоку свідчить: на початку дослідження рівень фізичного здоров'я досліджуваних обох груп склав 3 бали, та відповідав оцінці

«нижчий за середній».

Індекс Робінсона використовується для оцінки рівня обмінно-енергетичних процесів, що відбуваються в організмі. В обох групах обстежуваних цей показник виявив низький рівень регуляції діяльності серцево-судинної системи.

Оцінюючи показник індексу Скібінського, зауважимо, що в контрольній та експериментальній групах він є нижчим за норму. Обстежувані не мають достатніх функціональних можливостей системи дихання та стійкості організму до гіпоксії, що може зумовлювати метаболічні зрушення в органах-мішенях та організму загалом.

Наприкінці дослідження низка показників покращилися. Так, рівень фізичного здоров'я в досліджуваних обох груп значно покращився, - приріст показника в контрольній групі склав 13%, водночас в експериментальній групі він склав 26%. Показник індексу Робінсона в експериментальній групі зменшився – з $127,2 \pm 1,7$ до $116,9 \pm 1,5$, тобто достовірно зріс на 8,1%, у контрольній групі – на 1,68%.

Відповідно до результатів індексу Скібінського наявна тенденція до достовірного збільшення цього показника в обох групах. У контрольній групі приріст показника склав 17,28%, а в експериментальній групі – 21,04%. Наведені дані графічно зображені на рисунку 1.

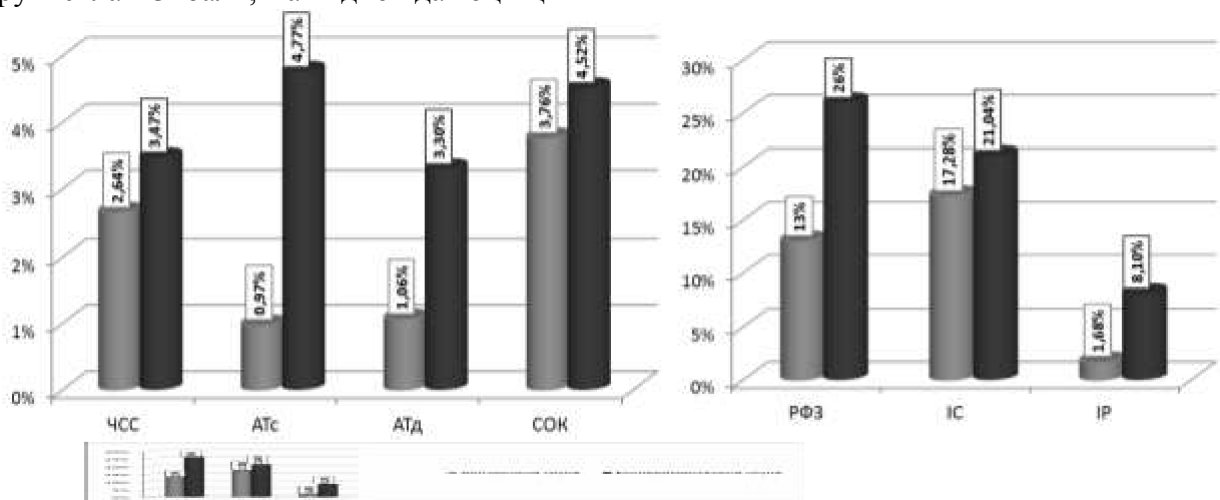


Рис. 1. Приріст досліджуваних показників наприкінці експерименту

Перспективи подальших досліджень передбачають визначення впливу програм реабілітації на перебіг цукрового діабету в людей інших вікових категорій.

Висновки. За результатами експерименту динаміка достовірного покращення показників функціонального стану кардіо-респіраторного блоку жінок обох груп наприкінці дослідження вказує на те, що фізичні вправи позитивно впливають на перебіг цукрового діабету 2-го типу. Рівень цукру в крові (за показниками тест-смужок та моніторингу) перевищував верхню межу норм. У контрольній групі він складає 9,8 ммоль/л, а в експериментальній – 9,6 ммоль/л. Після проведення програми реабілітації приємним було спостерігати достовірне зниження рівня глюкози в обох групах. У контрольній групі – цукор у крові знизився до 6,7 ммоль/л (на 31,6%), а в експериментальній – до 5,5 ммоль/л (на 42,7%).

Під час проведення експерименту в контрольній та експериментальній групах були застосовані однакові засоби фізичної реабілітації. Відмінність полягала лише в тому, що експериментальна група виконувала фізичні вправи в момент підвищення рівня цукру, а контрольна група – коли мала змогу.

Отримані дані свідчать, що фізичні вправи, які виконувалися в момент підвищення цукру, є більш ефективними, ніж ті, що виконувалися в довільний час.

Література:

1. Аметов А.С. Диабет: взгляд в будущее / А.С. Аметов // Женское здоровье. – 2005. – №8. – С. 8-10.
2. Генделека Г.Ф. Превентивна діабетологія / Г.Ф. Генделека – Одеса: ВМВ, 2013. – 608 с.
3. Дорогой А.П. Тривалість життя, потенційні втрати трудового потенціалу й повікова смертність при цукровому діабеті: Динаміка показників / А.П. Дорогой // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2007. – № 3. – С. 14-19.
4. Кириченко М. П., Калмиков С. А., Калмикова Ю. С. Особливості реакцій серцево-судинної системи на фізичне навантаження у хворих на цукровий діабет 2-го типу під впливом засобів фізичної реабілітації // Експериментальна і клінічна медицина. – 2012. – №. № 4. – С. 71-73.
5. Калмиков С. А. Дослідження стану фізичної роботоспроможності у хворих на інсулінонезалежний цукровий діабет під впливом

програми фізичної реабілітації // ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ, ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И РЕКРЕАЦИЯ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ. – 2010. – С. 82.

6. Калмиков С. А. Оцінка ефективності програми комплексної фізичної реабілітації для хворих на цукровий діабет II типу // Медичні перспективи. – 2009. – №. 14, № 2. – С. 114-118.

7. Калмиков С. А. Динаміка показників вуглеводного обміну у хворих на цукровий діабет 2-го типу на тлі застосування засобів фізичної реабілітації // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2012. – №. 5-1 (32). – С. 102-105.

8. Калмиков С. А. Вивчення варіабельності гемодинамічних показників, стану вегетативної нервової системи та рівня глікемії у хворих на цукровий діабет II типу на фоні застосування засобів фізичної реабілітації // Медичні перспективи. – 2010. – Т. 15. – №. 4.

9. Калмиков С. А. Дисліппротеїдемії при цукровому діабеті II типу та їх корекція // Медичні перспективи. – 2010. – №. 15, № 3. – С. 79-84.

10. Калмиков С. А. Особливості методик лікувальної фізкультури при цукровому діабеті 2 типу // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2012. – №. 4. – С. 50-54.

11. Кравчун Н.А. Современная терапия сахарного диабета 2 типа с использованием фармакоэкономического анализа / Н.А. Кравчун, Ю.И. Караченцев // Проблеми ендокринології. – 2011. – № 3. – 8 с.

12. Паньків В.І. Інгібітор альфа- глюкозидази воглібоз: нові можливості лікування і профілактики цукрового діабету / В.І. Паньків // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2013. – №7 (55). – С.35-38.

13. Титов В.Н. Фундаментальная медицина. Единение физической химии, методических подходов общей биологии и медицины в выяснении этиологии и патогенеза заболеваний человека / В.Н. Титов // Клини.лаб. диагн. – 2005. – №1. – С. 3-8.

14. Dall T.M. The economic burden of diabetes / T.M. Dall // Health Aff. – 2010. – Vol. 29, № 2. – P. 297-303.

15. Kumar R.V. Newer insights into the drug delivery approaches of α -glucosidase inhibitors / R.V. Kumar, V.R. Sinha // Expert.Opin. Drug. Deliv. – 2012. – Vol.9(4). – P.403-416.

Інформація про авторів:

Страколист Ганна Миколаївна, доцент кафедри
Кальонова Ірина Валентинівна, доцент кафедри
Кузнєцов Андрій Олександрович, доцент кафедри

Богдановська Надія Василівна, професор кафедри

Кафедра здоров'я людини та фізичної реабілітації
Запорізький національний університет

e-mail: KZLFR@edu.zp.ua

e-mail: strakolist_anna@mail.ru 0985795351

ДЕЯКІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Хасан Дандаш, Кирилова О.О., Підкопай Д.О.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Описані основні результати застосування засобів і форм комплексної програми фізичної реабілітації для постраждалих після переломів проксимального відділу стегна у післяопераційному періоді. Аналіз літературних джерел з проблеми фізичної реабілітації постраждалих після переломів проксимального відділу стегна у післяопераційному періоді дозволив створити і перевірити ефективність програми фізичної реабілітації для даної категорії хворих з використанням методик лікувальної фізичної культури, лікувального масажу і фізіотерапії.

Ключові слова: фізична реабілітація, травматологія, переломи проксимального відділу стегна, постімобілізаційний період.

Постановка проблеми. Переломи стегнової кістки виникають внаслідок прямої і непрямої травми. Залежно від локалізації ушкодження переломи стегнової кістки підрозділяються на переломи проксимального кінця (переломи шийки, переломи області вертелу – чрезовертельні, переломи міжвертелів, ізольованих великого і малого вертелу), переломи діафізу (верхня, середня і нижня третини) і переломи дистального кінця (переломи виростків) [2,3,4,10]. Окрім цього переломи стегна підрозділяються на закриті, відкриті і вогнепальні. Клінічна течія, лікування і результат згаданих груп переломів стегна різні. Серед закритих переломів частіше зустрічаються діафізарні переломи стегна, потім переломи шийки, області вертелу і, нарешті, дистального кінця – виростків стегнової кістки [1,4,6,7]

Упродовж усіх трьох періодів перебігу хвороби при переломах з великою ефективністю використовуються лікувальна фізична культура, лікувальний масаж і фізіотерапевтичні процедури.

Як відмічають у своїх дослідженнях багато авторів фізичні вправи, масаж і фізіотерапевтичні процедури при ушкодженнях опорно-рухового апарату позитивно впливають як на місцеву течію переломів, так і на загальний стан потерпілого, фізичні вправи і масаж як біологічний подразник стимулюють і удосконалюють фізіологічні процеси, властиві людському організму [7,9,11,12].

Зв'язок роботи з науковими планами: дослідження проводилося відповідно до навчального плану студентської науково-дослідної роботи кафедри фізичної реабілітації і рекреації в розділі фізичної реабілітації в травматології.

Аналіз останніх літературних джерел і публікацій.

Упродовж усіх трьох періодів перебігу хвороби при переломах з великою ефективністю використовуються лікувальна фізична культура, лікувальний масаж і фізіотерапевтичні процедури. Як відмічають у своїх дослідженнях багато авторів [4,7,9] фізичні вправи, масаж і

фізіотерапевтичні процедури при ушкодженнях опорно-рухового апарату позитивно впливають як на місцеву течію переломів, так і на загальний стан потерпілого, фізичні вправи і масаж як біологічний подразник стимулюють і удосконалюють фізіологічні процеси, властиві людському організму.

В результаті травми у потерпілих виникає в корі головного мозку вогнище застійного больового збудження, що викликає в навколишніх відділах кори головного мозку, яких робить загально тонізуючий вплив на ЦНС, і специфічний вплив на нервові центри регуляції фізіологічних функцій[7,9].

Таким чином, лікувальна дія фізичних вправ, масажу і фізіотерапевтичних процедур різноманітно. Воно може проявлятися комплексно, наприклад, у вигляді одно-часного трофічного і компенсаторного впливу. Залежно від конкретної патології, локалізації ушкодження, стадії або періоду перебігу хвороби, віку і тренуваності хворого можна підібрати певні фізичні вправи, певну схему лікувального масажу і фізіотерапевтичні процедури, які забезпечать переважну дію певного механізму, необхідного для відновлення в цей період захворювання.

Руховий режим призначається з урахуванням локалізації перелому, методу місцевого лікування перелому (консервативний або оперативний), періоду перебігу хвороби (імобілізаційний, постімобілізаційний, відновний), загального стану постраждалих і супутніх захворювань. У зв'язку з цим режим руховий поступово розширюється – постільний, потім палатний і вільний [7,9].

Лікувальна фізична культура, масаж і фізіотерапія призначаються хворим з урахуванням локалізації перелому, методу лікування, періоду перебігу хвороби, функціонального стану різних систем організму. Залежно від періоду перебігу хвороби визначаються завдання

лікувальної фізкультури, засоби, форми і методи фізична реабілітація.

Мета статті. Описати деякі результати застосування засобів і форм комплексної програми фізичної реабілітації для хворих після *переломів проксимального відділу стегна у післяопераційному періоді*.

Виклад основного матеріалу.

На першому етапі (вересень 2015 – січень 2016) нами було вивчено і проведений аналіз доступних нам джерел літератури з проблеми реабілітації потерпілих після переломів вертелів стегна. На другому етапі (лютий – березень 2016) проведено експериментальне дослідження (первинне та повторне) спостережування нами двох груп потерпілих після перелому вертелу стегна. Хворі контрольної групи займалися лікувальною фізичною культурою, отримували процедури масажу і фізіотерапевтичні процедури по загальноприйнятих в травматології методиках, а потерпілі основної групи – за модифікованою нами методикою занять лікувальної гімнастики і використанням лікувального масажу. На третьому етапі (березень – квітень 2016) проведена статистична обробка отриманих результатів дослідження на основі аналізу отриманих результатів дослідження.

Під нашим спостереженням у періоді 4-5-ти місяців у відділенні травматології хірургічного корпусу Харківської міської клінічної багато-профільної лікарні №17 знаходилися 24 особи, з них 18 жінок та 6 чоловіків у віці 43-56 років, з діагнозом закритий перелом проксимального відділу стегна.

Порівняльний аналіз показників функціонального стану кардіореспіраторної системи організму хворих після проксимального перелому стегна виявив однонаправлений характер зниження функції зовнішнього дихання, а також однонаправлене зниження функції опорно-рухового апарату у хворих обох груп, що підтвердило однорідність складу потерпілих в обох групах, що

пояснювалося наявністю у більшості постраждалих захворювань органів дихання і згинально-розгинальною функцією тазостегнового суглоба.

Програма фізичної реабілітації хворих основної групи включала використання традиційних засобів фізичної реабілітації, але із запропонованими нами методикою занять лікувальної гімнастики і сучасного лікувального масажу.

Хворим контрольної групи на іммобілізаційному періоді, проводили заняття ЛФК по загальним методикам. Хворим основної групи на іммобілізаційному періоді, проводили заняття ЛФК по загальним методикам, а потім доповнювали ідеомоторними вправами та лікувальним масажем.

На ряду із застосуванням ЛГ в комплекс відновних заходів включали класичні ізометричні вправи та ідеомоторні вправи у поєднанні з диханням. Дихальні вправи і вправи в розслабленні використовувалися для створення сприятливих умов для кровопостачання і відпочинку м'язів (особливо в місці перелому) після їх напруги. У розробленій нами методиці вважалося обґрунтованим навчання хворих повному диханню під час виконання усіх вправ, особливо при виконанні статичних вправ. Багато часу приділялося навчанням подовженому видиху, який автоматично забезпечує глибокий вдих.

Запропонований нами план лікувального масажу після переломів проксимального відділу стегна у післяопераційному періоді наступний: 1) масаж області тазу за методикою часткового дренажного масажу; 2) масаж бедра та гомілки за методикою тонізуючого масажу; 3) масаж дихальних м'язів грудної області за тонізуючою методикою; 4) масаж поперекової області за розслаблюючою методикою; Тривалість процедури 20-30 хвилин, щоденно або через день (курс 20-25 процедур)[5,8].

Класичний масаж за модифікованою методикою сприяє покращенню гли-

бокого кровообігу, профілактиці контрактур, деформуючого остеоартрозу та інших ускладнень, характерних для даної патології, а також швидшому видаленню між м'язової гематоми, що утворилася в результаті травми[2,7].

Аналіз виявив однаково спрямований характер зміни показників кардіореспіраторної системи у хворих обох груп, що свідчило про економізацію роботи серцево-судинної системи у спокої і після дозованого фізичного навантаження, а також про поліпшення функції зовнішнього дихання під впливом проведених реабілітаційних заходів щодо різних програм [6,7].

Зафіксовано значніше збільшення об'єму рухів в тазостегновому суглобі пошкодженої ноги, розмірів обхватів стегна і гомілки, а також підвищення сили м'язів, що забезпечують рух в тазостегновому і колінному суглобах у потерпілих основної групи в порівнянні з показниками хворих контрольної групи. Амплітуда рухів в тазостегновому суглобі пошкодженої ноги у потерпілих основної групи практично досягла рівня амплітуди руху здорової ноги .

Зміна кровопостачання в динаміці показників реографічного індексу, тимчасового показника судинного тонуусу і венозного відтоку також можна оцінити по-перше, як поліпшення функціонального стану судин в період реабілітації, і по-друге, як свідчення, хоча і не виражене, того, що запропонована нами модель реабілітації виявилася ефективніше по відношенню до традиційних методів.

Таким чином, загальноприйнята і запропонована нами програма фізичної реабілітації хворих після перелому вертелу стегна в післяопераційному періоді виявляють позитивну дію на порушені функції опорно-рухового апарату та на функціональний стан кардіореспіраторної системи хворих обох груп, проте ці позитивні зрушення більш виражені у хворих основної групи.

Висновки.

1. Вивчення та аналіз джерел сучасної спеціальної літератури з проблеми фізичної реабілітації хворих після *переломів проксимального відділу стегна у післяопераційному періоді* етіологію, патогенез, класифікацію та клінічні ознаки, методи лікування і механізми впливу засобів фізичної реабілітації на організм постраждалих. Визначено, що однією із найважчих травм нижньої кінцівки є переломи *проксимального відділу стегна*, при яких спостерігаються іноді дуже тяжкі наслідки.

2. Аналіз літературних джерел з проблеми фізичної реабілітації після *переломів проксимального відділу стегна у післяопераційному періоді*, дозволив вивчити і проаналізувати загальноприйнятту для даної категорії хворих програму фізичної реабілітації з використанням методик лікувальної фізичної культури, лікувального масажу і фізіотерапії.

3. Під впливом запропонованого нами комплексу реабілітаційних дій у хворих основної групи достовірно спостерігалася більш виражена позитивна динаміка показників, ніж у хворих контрольної групи.

4. На основі одержаних даних про динаміку вищеназваних показників у дослідженого контингенту хворих можна зробити висновок, що запропонована нами комплексна програма фізичної реабілітації, яка включала поєднання лікувальної гімнастики, фізіотерапії та розробленої методики лікувального масажу надає загальнозміцнюючу дію на функціональний стан постраждалих після *переломів проксимального відділу стегна* і може бути рекомендована до використання у травматологічних відділеннях.

Перспективи подальших досліджень. Дані, отримані в цьому дослідженні, будуть використовуватися в подальшій науковій і практичній роботі.

Література

1. Абальмасова Е.А. Методы клинического обследования / Е.А. Абальмасова, О.А.

Ушакова // Травматология и ортопедия / [под ред. Ю.Г. Шапошникова]. – М.: Медицина, 1997. – Т. 1. – С. 31-87.

2. Ананьева Т. Г., Ананьев О. С. Комплексная физическая реабилитация женщин зрелого возраста после закрытых неосложненных чрез-и межвертельных переломов проксимального отдела бедра в восстановительном периоде // Lancet. – 1998. – Т. 351. – С. 91-93.

3. Ананьева Т. Г. Лечебная физическая культура в травматологии: лекции // Харьков, 1991. – 26с.

4. Бирюков А.А. Массаж / А.А. Бирюков, С.Н. Попов // Спортивная медицина и массаж / [под ред. С.Н. Попова]. – М.: Фис, 1985. – С. 290-326.

5. Горшков С.З. Осложнения при повреждениях опорно-двигательного аппарата / С.З. Горшков // Травматология и ортопедия / [под ред. Х.А. Мусалатова, Г.С. Юмашева]. – М.: Медицина, 1995. – С. 428-435.

6. Древинг Е.Ф. Травматология. Методика занятий физической культурой / Е.Ф. Древинг. – М.: Изд-во «Познавательная книга плюс», 2002. – 224 с.

7. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту. – 2-е вид., перероб. й доп. / П.Б. Єфіменко. – Х.: ХНАДУ, 2013. – 296 с.

8. Каптелин А.Ф. Функциональные нарушения при поражениях опорно-двигательного аппарата / А.Ф. Каптелин // Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации / [под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой]. – М.: Медицина, 1995. – С. 48-50.

9. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при травмах конечностей / И.И. Пархотик. – К.: Олимпийская литература, 2007. – С. 84-88.

10. Підкопай Д.О. Спортивний масаж: навч. Посібник. – Харків: Коллегіум, 2015. – 176 с.

11. Семенова О.П. Реабилитация посттравматических больных / О.П. Семенова. – Ростов-н/Д: Феникс, 2006. – 240 с.

12. Улащик В.С. Общая физиотерапия: [учебник] / В.С. Улащик, А.С. Лукомский. – Минск: Итерпрессервис, 2003. – С. 283-311.

Інформація про авторів:

Хасан Дандаш, аспірант кафедри

Кирилова Ольга Олексіївна, студентка магістратури, група МЗ-7ФР

Підкопай Денис Олегович, к.фіз.вих., завідувач кафедри фізичної реабілітації та рекреації ХДАФК, професор кафедри Харківська державна академія фізичної культури

ПРИЧИНИ ТРАВМАТИЗМУ ГАНДБОЛІСТОК НА ЕТАПІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ БАЗОВОЇ ПІДГОТОВКИ

Червона С.П.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Етап спеціалізованої базової підготовки вимагає від гандболісток прояву спеціальної працездатності в умовах підвищених навантажень під час тренувань та змагань, тому виникає необхідність профілактичної роботи для запобігання травматизму.

Ключові слова: гандбол, навантаження, травми, реабілітація, планування.

Вступ. Проблема профілактики травматизму, відновлення працездатності та реабілітації гандболісток тісно пов'язана з процесом підготовки гандболісток на різних етапах становлення спортивної майстерності, та слід звернути особливу увагу на неї на етапі спеціалізованої базової підготовки (СПБ). Це період, коли проходить закладання бази для формування гравців високої кваліфікації, відшліфовується модель індивідуальної майстерності та універсальності гравців. Оптимальний рівень здоров'я є тою необхідною основою успішної змагально-тренувальної діяльності спортсменок на даному етапі, тому необхідно забезпечити такі умови, де не буде місця травмам та захворюванням [3,5].

Це і стало **метою** нашого дослідження.

Перш за все, щоб не допустити пошкоджень, необхідно знати причини виникнення травм у гандболісток, вразливі ланки опорно-рухового апарату, особливості розвитку жіночого організму 15-17 років.

Це дасть змогу тренерів звернути особливу увагу на укріплення слабих ланок за рахунок правильної побудови навчально - тренувального процесу, вести доцільний контроль стану здоров'я гандболісток.

Вивчення науково – методичної літератури, педагогічні спостереження, бесіди з тренерами, лікарями та гравцями ДЮСШ, дали змогу дослідити дане питання.

Результати досліджень.

Підвищення тренувальних та змагальних навантажень на етапі спеціалізованої базової підготовки потребує послідовного адаптації організму спортсменок, що в свою чергу вимагає від тренера правильного підходу до планування навчально - тренувальної роботи та відновлення працездатності спортсменок, потребує індивідуального підходу до кожної гандболістки [4].

Отримання травми потребує відновлення функціонування пошкодженої ланки та відновлення психологічного стану гравця.

Дослідження показників пошкоджень, які отримують гандболістки під час тренувань та змагань, показали, що більше половини пошкоджень вони отримують під час змагань [1,6].

Гандбол швидкісна та контактна гра тому гравці можуть отримати травму як при опорі суперника так і самотійно. Якщо гравці вищої кваліфікації, за даними досліджень отримують за сезон [1,4]:

- на тренуваннях – 44 % травм, із

них: без опору суперника – 27%, з опором – 17% ;

- під час змагань – 56 % травм, із них: без опору суперника – 43%, з опором – 13% ;

За нашими даними - гандболістки на етапі СБП :

- на тренуваннях – 36 % травм із них: без опору суперника – 15%, з опором – 37% ;

- під час змагань – 64 % травм із них: без опору суперника – 24%, з опором – 32% .

Ми звернули увагу на кількість травм отриманих в різних частинах тренувального заняття: на початку тренування – 20%, в середині – 40%, на прикінці - 40%; під час змагань: на початку – 15%, в середині – 65%, на прикінці - 30%.

Такі показники травмувань гандболісток на етапі СБП під час тренування та змагань можна пояснити недостатнім рівнем техніко - тактичної підготовленості та високими змагальними вимогами, що проходять на фоні підвищеного психологічного навантаження.

Частіше всього гандболістки травмують верхні кінцівки – 49%, нижні кінцівки – 32%, також травми голови – 14% , тулуба та спини – 5%.

Під час нашого дослідження найбільша частина травм прийшлася на верхні кінцівки – 36%, нижні кінцівки – 42%, голова - 6%.

Найбільшу кількість пошкоджень склали мікротравми, забиття та синці, які вже стали звичними для юних гандболісток, з якими вони виходили на ігри та тренування. Слід сказати, що необхідно звертати увагу і тренеру і гравцям на попередження та лікування таких мікротравм.

Велика кількість травм припадає на пальці рук, розтягування зв'язок та переломи кінцівок, пошкодження ліктьового суглобу, плеча, та плечового суглобу.

Нижні кінцівки: частіше за все пошкоджувались гомілковостопний суглоб, колінний суглоб.

Фахівцями відзначається високий рівень травматизму гандболісток 15-17 років, що підтверджують лікарі ДЮСШ, так переважають травми верхніх кінцівок, що складає 58% від усіх травм за сезон, травми нижніх кінцівок - 28% , голови – 8%, спини - 6% [4,5].

У бесіді з гандболістками з'ясувалося, що мікротравми є для них звичними і засоби першої допомоги при забиттях та розтягуваннях завжди з собою.

Дослідження показали, що слід звернути увагу на те, що кількість травм залежить від амплуа гравців - так найбільша кількість травм верхніх кінцівок у воротарів та лінійних гравців, нижніх кінцівок – у воротарів та кутових гравців, травми голови воротарі та півсередні, спини – у лінійних та півсередніх, пальців – у кутових, воротарів, лінійних, гомілковий, колінний суглоби – у кутових гравців.

Такий розподіл зумовлений функціями гравців, які вони виконують у грі за амплуа, умовами виконання техніко – тактичних дій: у стрибку, у падінні, при опорі суперника, та рівнем силової гри з суперником.

Дослідження дало змогу визначити причини травматизму в процесі підготовки на етапі СБП.

Фахівці, тренери та гравці зазначили, що до виникнення травм ведуть наступні причини: погане покриття гандбольної площадки, старі травми, недо лікувані травми, низький рівень підготовленості спортсменок, погане взуття, погане суддівство, низька температура у спортивному залі, погане освітлення, агресивна поведінка суперниць, недотримання режиму дня, висока інтенсивність занять, перетренування, відсутність умов для відновлення, великі перериви у тренуванні, попередні травми, страх отримати нову травму, морфологічні та фізіологічні особливості ті жіночого організму.

Тренеру необхідно вести роз'яснювальну роботу щодо профілактики травматизму, правильно планувати тренувальні навантаження відповідно до рівня підготовленості спортсменок, вміти вчасно надати першу медичну допомогу у разі потреби та провести індивідуальні заходи відновлення спортсменок.

Висновки. Отримання травми надовго лишає гандболісток участі в навчально-тренувальному процесі, процесі вдосконалення їх спортивної майстерності, тому необхідно прикласти зусиль і тренеру і гравцеві, щоб не допустити травмування, особливо на етапі спортивної базової підготовки, яка є вирішальною у становленні гравця високої кваліфікації.

Повністю виключити отримання травм гандболістками під час гри неможливо але можливо зменшити кількість їх отримання, якщо завчасно знати та упередити причини їх виникнення.

Подальші дослідження слід присвятити організації профілактики травматизму самими гандболістками.

Література:

1. Гандбол. // Примерные программы для системы дополнительного образования детей. / Сост. Игнатьева В.Я., Максимов В.С., Петрачева И.В. – М.: «Советский спорт», 2003. – 113 с.
2. Гандбол. Навчальна програма для дитячо-юнацьких спортивних шкіл, спеціалізованих дитячо-юнацьких шкіл Олімпійського резерву, шкіл вищої спортивної майстерності. К.- 2003.
3. Игнатьева В.Я. Подготовка гандболистов на этапе высшего спортивного мастерства / В.Я. Игнатьева, В.И.Тхорев И.В.Петрачев – М.:Физическая культура,2005.–276с.
4. Игнатьева В.Я. Гандбол : Учеб. для вузов физ. культуры / Игнатьева В.Я., Портнов Ю.М. - М.: ФОН, 1996. - 316 с.
5. Цапенко В.А. Физическая подготовка гандболистов: Учебное пособие для преподавателей физического воспитания и студентов высших учебных заведений./ В.А Цапенко. – Запорожье: ЗНУ,2006.- 136с.
6. Цыганок В.И. Спортивные игры: от теории к практике. / В.И Цыганок.-Запорожье ЗГУ, 2009. – 159 с.

Інформація про автора:

Червона Світлана Пилипівна, старший викладач кафедри спортивних та рухливих ігор. Харківська академія фізичної культури
e-mail: nesveta@ukr.net Т:+380974055607

ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ГАНДБОЛІСТІВ СТУДЕНТСЬКИХ КОМАНД

Червона С.П.,¹ Кононенко Н.Н.²

¹Харківська державна академія фізичної культури

²Національний аерокосмічний університет ім. М.Є.Жуковського
«Харківський авіаційний інститут»
Україна

Анотація. Визначені засоби відновлення працездатності гандболістів – студентів в умовах навчання та тренування у вищому навчальному закладі.

Ключові слова: гандбол, навантаження, втома, засоби відновлення працездатності.

Вступ. Високі вимоги сучасного життя до стану здоров'я підвищують значення фізичної культури та спорту як оздоровчого фактору. Беззаперечно заняття спортом позитивно впливає на результативність навчальної та суспільно-культурної діяльності студента. Сприяє підвищенню рівня адаптації до великих навчальних навантажень, забезпечує великий потенціал життєдіяльності [1,2].

Та виникає проблема відновлення працездатності студентів, які наряду з виконанням високих навчальних навантажень та вимог, займаються у спортивних секціях, приймають участь у змаганнях різного рівня.

Мета нашого дослідження - вдосконалення навчально - тренувальної роботи з студентами - гандболістами, визначення релевантних напрямків та засобів відновлення їх працездатності.

Результати дослідження.

Основні завдання навчально-тренувальної роботи у гандбольній секції у вищому навчальному закладі спрямовані на вдосконалення спеціальної фізичної підготовки, техніко – тактичної підготовки, ігрової, змагальної також теоретичної та психологічної [1].

У збірній команді займаються студенти 1- 5 курсів. Гравці потрапляють до

гандбольної команди з різних шкіл, ДЮСШ – це зумовлює різний рівень їх підготовленості.

Період найбільшого навантаження у студентів – це час заліків та екзаменаційна сесія. Він визначається високим ступенем втоми, роздратованості, травматизму, несконцетрованості у діях, – це необхідно враховувати під час проведення тренувань.

Велика чисельність команди не дає змогу підійти індивідуально до кожного гравця як в плані підготовки так і у питанні відновлення працездатності.

Таке становище стає визначальним у плануванні та проведенні навчально – тренувальної роботи для тренера.

Специфічна діяльність гандболіста під час гри має свої особливості, що впливає на організм спортсмена. Спортсмен здійснює техніко тактичні дії в умовах максимального накопичення молочної кислоти в м'язах і крові, ацидотичних зрушень реакції крові, згущення крові внаслідок переходу води з плазми в м'язи і почався потовиділення, різкого навантаження на системи дихання і кровообігу, величезного кисневого боргу і падіння працездатності клітин центральної нервової системи із - за зміни хімічного складу крові.

Робота високої потужності межується з роботою помірної потужності. Тому для неї характерно виснаження запасів глікогену в м'язах і печінці, що обумовлює можливість розвитку жирової інфільтрації печінки, особливо в період термінового відновлення. Порушення цукрової константи, зниження її, важко переноситься нервовими центрами і може супроводжуватися непритомним станом. Втрати води і ваги «призводять до згущення крові і водно-сольовим зрушень. Напруга функцій ендокринних залоз є одним з факторів втоми. Всі ці зрушення потребують відновлення [1,2].

У практиці роботи тренера з метою правильного підбору засобів і організації відновлювальних заходів відновлення прийнято ділити на педагогічні, психологічні та медико-біологічні.

Комплексне їх використання під час проведення навчально-тренувальної роботи становить систему відновлення.

До педагогічних засобів відносяться: відповідність навантажень рівню підготовленості спортсменів, стану здоров'я, віку; раціональне поєднання засобів загальної та спеціальної підготовки, поєднання навантаження і відпочинку в мікроциклах, мезоциклах, макроциклах тренування; використання вправ для розслаблення м'язів і дихальних вправ у ході занять; повноцінна розминка і заключна частина заняття; створення належного емоційного фону, індивідуалізація тренування.

Сприяння якнайшвидшому відновленню спортсмена засобами самого тренування повинно проводитись тренером шляхом застосування планування наряду з обсягом і інтенсивністю навантажень - плануванням відновлювальних вправ.

До психологічних засобів слід віднести ті, дія яких спрямована, на відновлення нервової рівноваги і стійкості психіки спортсмена в зв'язку з великими навантаженнями і змаганнями. До цієї групи засобів відноситься все, що пов'язано з правильним підходом тренера –

викладача до спортсменів як особистості (забезпечення належного морального клімату в спортивному колективі, організація цікавого відпочинку, врахування індивідуальних особливостей віку, спортсмена і сумісності при комплектуванні команди), так і спеціальні прийоми регуляції психічних станів: психорегулюючі, аутогенне тренування, прийоми м'язової релаксації та інше [3,4].

До медичних засобів відновлення слід віднести: раціональне харчування, вітамінізацію, використання природних рослинних і фармакологічних засобів, фізичні фактори (гідропроцедури; електро-, світло- і теплолікування, масаж, аероіонізація), правильно організований добовий режим, використання кліматичних факторів.

Існує умовна класифікація засобів відновлення на засоби загального відновлення і засоби локального впливу. До перших відносяться: ванни, душі, ультрафіолетове опромінення, загальний масаж, гіперболічна оксигенація, харчування та ін. До других засоби, які впливають на певні групи м'язів, наприклад, баро-, вібро-, ручний масаж окремих груп м'язів.

Ці засоби мають як широку неспецифічну так і специфічну дію, спрямовану на якнайшвидше відновлення змінених внаслідок виконаної роботи обміну, пластичних і енергетичних ресурсів організму, кровопостачання, координуючої функції центральної нервової та ендокринної систем, якнайшвидше виведення з організму продуктів розпаду. Все це сприяє усуненню відчуття втоми і зовнішніх ознак втоми, підвищенню м'язової працездатності.

Для того, щоб правильно вибрати відновлювальні засоби, треба знати особливості відновлення при навантаженнях. Тому дуже важливо знати основні функціональні ланки, що забезпечують працездатність у гандболі, з метою ефективного відновлення їх роботи. При цьому не-

обхідно враховувати індивідуальні властивості відновлення кожного гравця[4].

Необхідно також враховувати сумісність використовуваних засобів відновлення.

При тривалому застосуванні одних і тих же засобів ефект їх дії поступово згасає внаслідок звикання до них організму.

Спортивною практикою і лікарськими дослідженнями показана не тільки можливість, а й доцільність в певні періоди мікро- і макроциклів тренуватися на тлі деякого недовідновлення, що служить стимулом для прогресивного підвищення рівня діяльності організму і його працездатності [1].

Планування тренувальної роботи повинне передбачати: відповідність тренувальних і змагальних впливів функціональними можливостями і рівню підготовленості гравців; оптимальне співвідношення між загальними та спеціальними засобами підготовки в усьому річному циклі; введення відновлювальних мікроциклів; чергування занять з різними тренувальними навантаженнями і відпочинком за принципом хвилеподібності.

Правильна побудова окремого тренування повинна включати в себе: повноцінну розминку і індивідуально підбрану заключну частину заняття; вправи для активного відпочинку і розслаблення в інтервалах тренування, в окремих випадках - використання пасивного відпочинку і стану повного розслаблення. Можливо також використання вправ і пристроїв, що зменшують навантаження на опорно-руховий апарат [2].

Висновки. Всі засоби відновлення працездатності гандболістів - студентів повинні використовуватися індивідуально, в суворій відповідності з конкретним планом підготовки, віком і станом.

При плануванні відновлювальних процедур слід враховувати, що їх загальна спрямованість і інтенсивність багато в чому залежать від періоду тренувального

процесу і завдань конкретного мікроциклу.

Використання надмірних за обсягом і інтенсивності навантажень збільшує відновлювальний період, знижує працездатність спортсменів.

Процеси відновлення стимулюються передусім раціональним плануванням тренувань.

Перспективи подальших досліджень слід спрямувати на визначення ефективності застосування засобів відновлення працездатності гандболістів - студентів в умовах змагань.

Література:

1. Игнатъева В.Я. Многолетняя подготовка гандболистов в детско-юношеских спортивных школах: метод. пособие / Игнатъева В.Я., Петрачева И.В. - М.: Сов. спорт, 2004. - 216 с.: ил., табл.
2. Цапенко В.А. Соревнования и соревновательная деятельность в гандболе: Учебное пособие для студентов и преподавателей высших учебных заведений. / Цапенко В.А., Гусак А.Е., Дорошенко Э.Ю. - Запорожье: ЗГУ, 2004. - 81 с.
3. Ячнюк Ю.Б. Формування координаційних здібностей студентів у процесі занять гандболом / Ячнюк Ю. Б. // Фізична реабілітація та здоров'язбережувальні технології: реалії і перспективи: матеріали Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції студентів і молодих учених. - Полтава: ПолтНТУ імені Юрія Кондратюка, 2014. - С. 266-269.
4. Ячнюк Ю.Б. Фізична підготовленість кваліфікованих гандболістів та її взаємозв'язок з компонентами змагальної діяльності / Ю.Б. Ячнюк // Актуальні проблеми фізичного виховання, спорту та туризму: тези доповідей V Міжнародної науково-практичної конференції 10-11 жовтня 2013 р. / за ред. В.М. Огаренка та ін. - Запоріжжя: КПУ, 2013. - С. 234-235.

Інформація про авторів:

Червона Світлана Пилипівна, старший викладач кафедри спортивних та рухливих ігор. Харківська академія фізичної культури
E-mail: nesveta@ukr.net Т:+380974055607
Кононенко Неллі Миколаївна, асистент кафедри фізичного виховання.
Національний аерокосмічний університетім. М.С.Жуковського «ХАІ»

ПРИЧИНЫ ТРАВМАТИЗМА В СТУДЕНЧЕСКОМ БАСКЕТБОЛЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ТРАВМ

Чуча Н.И.

*Харьковская государственная академия физической культуры
Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина
Украина*

Аннотация. Наиболее частыми причинами травматизма в баскетболе являются контактные соприкосновения в процессе единоборств в тренировочных упражнениях и на соревнованиях.

Ключевые слова: причины травматизма, студенческий баскетбол, физическая реабилитация после травм.

Введение. В последние годы уделяется все больше внимания студенческому спорту. Спартакиады внутри университетов между факультетами, межвузовские спартакиады по видам спорта, Всемирные универсиады – это те соревнования, где может себя проявить студент, который в детском и юношеском возрасте занимался в стенах ДЮСШ каким – либо видом спорта, но не имел высоких достижений, позволяющих проявить себя в качестве спортсмена – профессионала в клубных и сборных командах.

Регулярные занятия баскетболом, как игровым видом спорта с большим количеством партнеров и соперников, периодически могут прерываться получением травм во время учебных и тренировочных занятий, а также в процессе участия в соревнованиях. Наиболее частыми причинами травматизма в баскетболе являются контактные соприкосновения (столкновения) в процессе единоборств в тренировочных упражнениях и на соревнованиях. Это встречные движения игроков нападения и защиты, грубые нарушения правил, приводящие к падению, сильным ударам по верхним конечностям, неудачные приземления после атакующих или защитных действий на ногу

соперника, стоящего рядом, повреждения после контакта с игровым оборудованием – щитом, кольцом, сеткой и инвентарем – мячом.

Правила игры в баскетбол запрещают контакт между игроками команд – соперниц, но полностью избежать его не удастся. Есть более жесткие наказания за неспортивную игру, когда игроки умышленно пытаются нанести удар или прервать движение игрока к своему кольцу недозволенными приемами, но эти наказания не могут предохранить от возможного травматизма.

Кроме того, причиной получения травмы может быть плохая физическая подготовленность занимающихся, их состояние здоровья, утомление и переутомление после напряженного учебного дня или не соответствующая требованиям баскетбола форма и обувь [4].

Если баскетболист выступает в составе команды факультета, сборной университета или клубной команды, то его травма может сказаться на результатах команды, которая теряет его как игрока на определенный отрезок времени, длительность которого зависит от тяжести полученной травмы. И чем тяжелее травма, тем дольше будет проходить лечение и реабилитация студента – спортсмена с

последующим восстановлением его спортивной формы [6].

Физическая реабилитация после полученных травм должна проводиться комплексно, с максимально полным восстановлением функции травмированного сустава или конечности, так как с возвращением баскетболиста на площадку от него будут ожидать такой же результативной игры, как и до получения травмы.

Цель работы – рассмотреть наиболее «популярные» травмы студентов – баскетболистов ХНУ им. В.Н. Каразина и методику физической реабилитации после травм.

Задачи исследования – проанализировать специальную литературу по изучаемому вопросу, подобрать наиболее доступные методы физической реабилитации после типичных травм баскетболистов.

Материалы и методы исследования: в течение 2015 – 16 учебного года проводились педагогические наблюдения за тренировочным и соревновательным процессом мужских и женских баскетбольных студенческих команд ХНУ им. В.Н. Каразина с регистрацией полученных травм и повреждений, анализ специальной учебно – методической литературы.

Результаты исследований. Анализ педагогических наблюдений за тренировочным и соревновательным процессом баскетбольных студенческих команд ХНУ им. В.Н. Каразина показал, что за последний учебный год в мужской команде были зафиксированы травмы кистей рук разной степени тяжести – у 4 человек, травмы и повреждения коленных суставов – у 2 человек, травмы и повреждения голеностопных суставов – у 2 человек. Кроме этого, в процессе проведения массовых студенческих соревнований был один случай частичного повреждения суставно – связочного аппарата голеностопного сустава в результате неудачного приземления после броска в

движении и несколько повторных ушибов пальцев кисти при неправильном контакте с мячом, одно повреждение кожных покровов коленного сустава.

В женской команде 4 студентки получали травмы кисти, 3 – частичные повреждения суставно – связочного аппарата голеностопного сустава в результате неудачного приземления, 2 – микротравмы связочного аппарата коленного сустава, 1 – растяжение мышечных волокон внутренней поверхности бедра.

Таким образом, в 45,4% случаев травмировались кисти рук, в 27,2% случаев – голеностопные суставы, в 18,1% случаев – коленные суставы. На остальные травмы пришлось 9,3%.

В специальной литературе [4,6,7] восстановлению после спортивных травм посвящено немного информации. В.М. Мухин (2000, 2009) отмечает, что для спортсменов, которые перенесли травмы опорно – двигательного аппарата, срок возвращения в строй дольше, чем у обычных больных, так как помимо восстановления после травмы им необходимо восстановить и спортивную работоспособность. В связи с этим, перед основным из методов физической реабилитации – ЛФК, будут ставиться дополнительные задачи:

- создание уверенности в полном восстановлении здоровья и возвращению к занятиям спортом;
- поддержание общей тренированности и физических качеств;
- восстановление специфических для баскетбола двигательных навыков и общего уровня физической подготовленности;
- восстановление спортивной работоспособности и возвращение к учебно – тренировочному процессу и соревновательной деятельности;
- обучение методам само страхования с учетом перенесенной травмы.

Лечебная физическая культура, массаж и физиотерапия при получении травм верхней или нижней конечности

назначаються в соответствии с тремя периодами течения болезни.

Задачами лечебной физической культуры в иммобилизационном периоде будут: улучшение кровообращения и трофических процессов в травмированной конечности, стимуляция процессов регенерации тканей, профилактика тугоподвижности в суставах, обучение навыкам самообслуживания, психотерапевтическое и общеукрепляющее влияние на организм больного [4,8,9]. Лечебная физическая культура назначается в формах утренней гигиенической гимнастики, лечебной гимнастики, самостоятельных занятий. Из средств ЛФК, кроме общеразвивающих, дыхательных, корригирующих упражнений выполняют специальные упражнения – активные движения для здоровых конечностей, упражнения в изометрическом режиме и идеомоторные упражнения для поврежденных конечностей [1, 4, 9].

Задачами массажа при получении травм верхней или нижней конечности будут: улучшение трофических процессов у тканей, стимуляция процессов регенерации на поврежденных участках, предупреждение гипотрофии мышц и тугоподвижности в суставах рук или ног, полное восстановление функции. В иммобилизационном периоде проводится сегментарно – рефлекторный массаж паравертебральных зон отделов позвоночника, массаж здоровых конечностей и массаж поврежденной конечности на свободных от повязки участках. Физиотерапевтическое лечение направлено на ликвидацию болевого синдрома, отеков, улучшение местного кровообращения, стимуляцию процессов регенерации связочного аппарата травмированного сустава [1,2,3, 5, 9].

Задачами лечебной физической культуры в постиммобилизационном периоде будут: ликвидация контрактур суставов, восстановление объема движений, восстановление координационных способностей, укрепление силы мышц. Ле-

чебная физическая культура назначается в формах утренней гигиенической гимнастики, лечебной гимнастики, самостоятельных занятий. Из средств лечебной физической культуры на фоне общеразвивающих, дыхательных, корригирующих упражнений, упражнений на равновесие и координацию движений назначают активные упражнения для поврежденных суставов травмированной конечности. На этом периоде целесообразно включать и специальные упражнения с мячом, элементы техники игры в баскетбол для восстановления специализированных ощущений, утраченных за период иммобилизации.

В постиммобилизационном и восстановительном периодах рекомендуют проводить подводный массаж и самомассаж, которые сочетаются с гимнастикой для травмированной конечности в воде [4,7]. Во время проведения ручного массажа применяют все существующие массажные приемы: проглаживание, похлопывание, растирание, разминание мышц и растирание сухожилий [3,5].

В постиммобилизационном и восстановительном периодах физиотерапевтическое лечение определяется характером и степенью функциональных нарушений [1,2,3,6,8].

Задачами лечебной физической культуры в восстановительном периоде будет ликвидация остаточных нарушений подвижности в суставах, полное восстановление силы, точной координации, выносливости, скоростных качеств конечностей, полное восстановление трудовых навыков и умений [1,6,7,10]. Лечебная физическая культура назначается в формах утренней гигиенической гимнастики, лечебной гимнастики, самостоятельных занятий, подвижных и спортивных игр, механотерапии, трудотерапии, плавания. Процедуры гидрокинезотерапии рекомендуется проводить 3–4 раза в день с увеличением общей длительности каждой процедуры.

Выводы:

1. Восстановление спортивной работоспособности после травм опорно – двигательного аппарата необходимо в полном объёме и студентам – баскетболистам не физкультурных вузов.

2. Физическая реабилитация должна носить комплексный характер и включать самый широкий спектр средств восстановления после типичных травм баскетболистов.

3. На сегодняшний день самыми распространенными травмами у студентов – баскетболистов являются повреждения кисти – 45,4% случаев и голеностопных суставов – 27,2% случаев.

Література:

1. Ананьева Т.Г. Лікувальна фізична культура в комплексній фізичній реабілітації після внутрішньо суглобових переломів п'ясткових кісток і фаланг кисті/ Т.Г. Ананьева, Л.Г. Белоусова // Слобожанський науково-спортивний вісник – Харків, 2012. – №. 3. – С. 111 – 114.

2. Ананьева Т. Г. Лечебная физическая культура в травматологии: лекции //Харьков,-1991.-26с.

3. Андрійчук О.Я. Лікувальний масаж та самомасаж при гонартрозі / О.Я. Андрійчук // Слобожанський науково-спортивний вісник – Харків, 2011. – № 4. – С. 123 – 129.

4. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура : [учебное пособие для вузов] / В. А. Епифанов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. – С. 415–418.

5. Єфіменко П. Б. Техніка та методика класичного масажу : [навч. посібник] / П. Б. Єфіменко. – Харків: ОВС, 2007. – 216 с.

6. Мухін В.М. Фізична реабілітація:[підручник]/ В.М. Мухін – :[3 – те вид., перероб. та доп.]. К.: Олімпійська література, 2009. – 488.

7. Порада А.М. Основи фізичної реабілітації: [навч. посібник]/А.М. Порада, О.В. Солодовник, Н.Є. Прокопчук. – К.: Медицина, 2006. – 248 с.

8. Скляренко Є.Т. Травматологія і ортопедія:[підручник]/Є.Т. Скляренко – К.:Здоров'я, 2005. – 384с.

9. Степашко М.В. Масаж і лікувальна фізична культура в медицині: [підручник]/ М.В. Степашко, Л.В. Супостат. – К.: Медицина, 2006. – 288 с.

Информация об авторе:

Чуча Наталья Ивановна, старший преподаватель кафедры спортивных и подвижных игр.

Харьковская государственная академия физической культуры –Харьков, ул. Клочковская 99.

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

e-mail: natali.chucha@ukr.net,

конт.тел.- 0952511478

ВИКОРИСТАННЯ ЗАНЯТЬ ТЕНІСОМ ЯК ЗАСОБУ ФІЗИЧНОЇ РЕКРЕАЦІЇ

Шевченко О.О.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Теніс це не тільки спортивна гра, але чудовий засіб фізичної рекреації. Завдяки систематичним заняттям тенісом можна не тільки отримати навички гри, але й розвинути фізичні якості, загартувати здоров'я та підвищити емоційний настрій.

Ключові слова: теніс, фізичні якості, здоров'я, рекреація.

Рекреативна фізична культура – це відпочинок, відновлення сил за допомогою засобів фізичного виховання (заняття фізичними вправами, рухливими і спортивними іграми, туризмом, мисливством та ін), а також природні сили природи, в результаті яких отримують задоволення, досягають хорошого самопочуття і настрою, відновлюють розумову і фізичну працездатність. Широкому поширенню цього виду діяльності сприяє повна свобода вибору, зміст і тривалість занять, часу і місця їх проведення [6].

Фізичну рекреацію фахівці розглядають як певну систему, що поділяють на дві частини – активну та пасивну, або рекреацію фізичного та психічного напрямку.

Фізична рекреація відрізняється динамізмом, розмаїтістю форм і напрямів діяльності й спрямована на максимальне задоволення різноманітних інтересів особистості [4].

Сучасний теніс – гра, яка насичена швидкими, гострими і різноманітними діями, стрімкими пересуваннями, сильними ударами по всьому корту. У переважній більшості ігрових ситуацій тенісисти проявляють: реакцію на об'єкт, що рухається, і реакцію вибору, швидкість поодинокого руху, частоту руху, здатність орієнтуватися в просторі,

здатність до дозованих динамічних зусиль, вибухову силу м'язів ніг, загальну витривалість, швидкісну витривалість, силову витривалість м'язів живота, спини та ніг [10].

Але теніс можна використовувати, як найбільш ефективний засіб підтримання життєвого тону і зміцнення здоров'я, який дає великий емоційний заряд, що створює гарний настрій і почуття задоволеності, що не менш важливо, ніж фізична активність.

Заняття тенісом дисциплінують людину і вчать контролю над своїми емоціями. Будучи ігровим видом спорту, теніс сприяє розвитку навичок знаходження в команді, конструктивному спілкуванню з друзями, колегами та партнерами.

Теніс – гра азартна, при цьому граючи в теніс, зміцнюються м'язи ніг і більшість м'язів інших частин тіла. Щоб добитися успіху, необхідно виконувати швидкі пересування у різних напрямках та тримати рівновагу при зупинках, що можливо за рахунок сильних м'язів ніг. Для виконання успішних ударів по м'ячу, необхідно добре розвинути та розтягнути м'язи плечового поясу. Також важливу роль грають м'язи спини, живота, що дозволяють мати правильну осанку та зберегтися від травм. Завдяки скрученню

та розтягуванню м'язів під час гри, відновлюється гнучкість суглобів і зв'язок[5].

Благотворний вплив тенісу на серцево-судинну і дихальну систему досліджували багато фахівців фізичного виховання[1, 2].

Навантаження в тенісі дуже специфічні – за відносно спокійними, "ритмічними" фазами слідує різкі ривки. Такий непостійний, "вибуховий" характер створює велике навантаження на серце, т.к. навіть у тенісистів-любителів матчі нерідко затягуються. Частота серцевих скорочень неодноразово підвищується і знижується під час матчу.

Педагогічні спостереження показують, що в процесі тенісного матчу гравець здійснює від 300 до 500 різких рухів у різних напрямках, при цьому матч може тривати більше чотирьох годин. Тому гравця не тільки виключно високою м'язовою силою, але і анаеробної, аеробної витривалості [3].

У грі в теніс доводиться уважно стежити за м'ячем, який, то наближається, то віддаляється. Відбувається зміцнення очних м'язів, що сприяє поліпшенню зору [8].

Експериментально доведено, що систематичні заняття тенісом суттєво поліпшують функції зорового аналізатору, підвищують рівень показників периферичного зору дітей дошкільного віку [9].

В Європі та в нашій країні набуває все більшу популярність у любителів здорового способу життя новий напрям у фітнесі - кардіо-теніс (Cardio-Tennis). Це вид побудований на базових елементах гри в теніс. Заняття кардіо-тенісом проводяться на тенісному корті і складаються з комплексу вправ, що включають розминку, кардіо-тренування в аеробному режимі та вправи на відновлення.

Крім інтенсивного фізичного навантаження, покращує спортивну форму гравців, заняття дуже захоплюючі, не дають нудувати спортсменам. Тренуван-

ня виховують витривалість, здатність до концентрації, посилюють уважність і рухливість. Завдяки цьому на пряму у фітнесі, можна значно поліпшити стан серцево-судинної системи, підвищити загальну витривалість, а також навчитися елементів гри в теніс, що дозволяє через кілька місяців вийти на корт [7].

Висновки. Таким чином, можна визначити, що систематичні заняття тенісом позитивно впливають на загальний стан здоров'я, розвивають фізичні якості та навички гри і підвищують ефективний стан тих, хто займається.

Література:

1. Бабій В. Зміна адаптивних можливостей організму дітей середнього шкільного віку під впливом систематичних занять великим тенісом. / В. Бабій, М. Маліков. // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2010. – № 1. – С. 33-35.
2. Богдановская Н.В. Особенности возрастной динамики адаптивных возможностей сердечно-сосудистой системы организма школьников / Н.В. Богдановская // Вісник Запорізького державного університету: Збірник наукових статей. Біологічні науки. – Запоріжжя, 2001. – №2. – С. 122-126.
3. Гороховский В.Л. Большой теннис: для всех и для каждого. / В.Л. Гороховский, В.Е. Романовский – Ростов н/Д : Феникс, 2004. – 352 с.
4. Кононенко Т. П. Фізична рекреація як складова соціально-культурного явища в студентському середовищі / Т.П. Кононенко. // Актуальні проблеми сучасної психології та педагогіки вищих навчальних закладів МВС України : матеріали наук.-практ. конф.(Харків, 19 листоп. 2010 р.) – Х. : ХНУВС, 2010.- С.224-228.
5. Роутерт П. Анатомия тенниса. / П. Роутерт, М. Ковач ; пер. с англ. П.А. Самсонов. – Минск : Попурри, 2012. – 224 с.
6. Смородинов А.С. Физическая рекреация как средство сохранения и укрепления здоровья студентов. / А.С. Смородинов, В.И. Смородинова // Культура физической и здоровья. -№1. – Воронеж, 2004. – С.30-32.
7. Теннисная энциклопедия Игоря Ивицкого. <http://tennis-i.com/tennisnaya-entsiklopediya>.
8. Шаповалова О.А. Теннис для начинающих. / О.А. Шаповалова. – М.: Вече, 2002. – 384 с.
9. Шевченко О. О. Вплив рухливих ігор на показники зорового аналізатору у дітей дошкільного віку після занять тенісом. / О.О. Шев-

ченко //Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт) 11 (2014): 143-146.

10. Шевченко О. О. Характеристика прояву фізичних якостей у змагальній діяльності тенісистів. / О.І. Сотникова, О.О. Шевченко, В. О. Шевченко. // Проблемы и перспективы развития спортивных игр и единоборств в высших учебных заведениях. Сборник статей XI международной научной конференции 6-7 февраля 2015

года. – Т.2 - Белгород-Харьков-Красноярск: ХДАФК, 2015. – С.192-196.

Інформація про автора:

Шевченко Олег Олександрович, к. фіз. вих., доцент кафедри спортивних та рухливих ігор ХДАФК

e-mail: Shevchenko777oleg@ukr.net;

моб.0677524858.

Харківська державна академія фізичної культури

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В УкрДУЗТ

Шепеленко Т.В., Довженко С.С., Шатов. А.В.

Український державний університет залізничного транспорту, Харків, Україна

Анотація: в роботі показано використання нових методик фізичної культури на заняттях з фізичного виховання для студентів технічного вищого навчального закладу з метою підвищення фізичної підготовленості та мотивації до самостійного фізичного удосконалення.

Ключові слова: студенти, координаційна драбина, аеробіка, фізична підготовленість, мотивація.

Вступ Високий темп розвитку суспільства вимагає від людини максимальних зусиль, висококваліфікованої фахової підготовки, ефективної працездатності. В свою чергу працездатність, продуктивність праці і соціальна активність залежать, від фізичного здоров'я, фізичного стану, фізичного розвитку.

Постановка проблеми Вирішення проблеми підвищення фізичної підготовленості, розвитку фізичних якостей важливо тому, що сучасні студенти повинні бути у майбутньому висококваліфікованими фахівцями. Саме від їх здоров'я, фізичної та професійної підготовки залежить успіх у галузі суспільного виробництва.

Якщо говорити про професійну діяльність у різних умовах, то неможна не відмітити, що у кожній спеціальності має ряд неминучих труднощів, які притаманні цьому виду роботи. Тому майбутній фахівець повинний володіти високим рівнем упевненості, рішучості, вимогливості до себе і до своїх дій, умінням спілкуватися з партнерами, сміливістю і гнучкістю поведінки, здібністю вирішувати нестандартні задачі, аналізувати та узагальнювати великі об'єми інформації і контролювати свій час. Розслаблюватися, нарешті, бути пунктуальним.

Відношення до здорового образу життя, яке раніше сформовано під впливом рівня культури оточуючих, виховання в сім'ї, школі, вищому навчальному закладі, щільно пов'язано з середовищем ВНЗ, матеріально-технічним забезпеченням, контингентом викладачів і, що саме важливе, мотивацією і вольовими якостями студента, його самоорганізацією, самодисципліною, саморозвитком.

Фізична культура – є часткою загальної культури, подається у вищому навчальному закладі як навчальна дисципліна «Фізичне виховання» і є невід'ємним компонентом цілісного розвитку особистості, професійної підготовки студента, гармонійності його життєдіяльності. На практичних заняттях з фізичного виховання в УкрДУЗТ студенти навчаються регулювати свою рухову активність, підтримувати необхідний рівень фізичної і функціональної підготовленості, надбають досвід удосконалення до корекції індивідуального фізичного розвитку, навчаються використовувати засоби фізичної культури для організації активного відпочинку, профілактики загальних і професійних захворювань, попередження травматизму, оволодівають засобами професійно-прикладної фізичної підготовки.

Ситуація, яка торкається здоров'я студентської молоді, потребує дуже серйозних і рішучих дій з використання цілеспрямованих форм, видів рухової активності. Студентам надається більш широкий вибір різноманітних форм фізкультурно-спортивної діяльності з урахуванням особистих інтересів, здібностей.

Впровадження у процес організації фізичного виховання інноваційних технологій мотивує студентів до занять фізичними вправами, оптимізує особисту рухову активність не тільки під час навчальних занять, але й у поза навчальний час, сприяє формуванню здорового образу життя. Використання ціннісних, загальнокультурних, пізнавальних, інформаційних компетенцій розширює коло пізнань студентської молоді.

Результати дослідження В Українському державному університеті залізничного транспорту (далі УкрДУЗТ) з метою підвищення ефективності занять з фізичного виховання до програми включають не тільки перевірені практикою, але й нові організаційні методи. В процес фізичного виховання студентів УкрДУЗТ впроваджуються спортивно-орієнтовані технології, що сприяє підвищенню зацікавленості студентів до фізичної культури в освітньому просторі ВНЗ. Мета використання даної технології складається у залученні студентів до регулярних і доступних занять визначеним (особисто обраним) видом спорту. Результатом впровадження таких спортивно-орієнтованих технологій є поетапне покращення знань студентів в галузі фізичної культури, з визначеного виду спорту, підвищення рухової активності як у навчальний час, так й у поза навчальний.

Спортивно-орієнтована програма для студентів УкрДУЗТ, яка спрямована на поглиблене вивчення окремих видів спорту і сучасних рухових систем, дозволяє отримувати результати від виду діяльності в умовах змагань, контрольних нормативів, тестувань з теоретичного і методичного розділів та оцінювати здіб-

ності, формувати стійку потребу у регулярних заняттях фізичною культурою і спортом. Така програма логічно виправдана для студентів основного відділення, які практично здорові, але недостатньо підготовлені для занять у групах спортивного удосконалення, де здійснюється підготовка збірних команд університету.

Орієнтація на тренувальний ефект – оптимізує чинний фактор для розвитку основних фізичних якостей, які необхідні для майбутніх фахівців залізничного транспорту.

Реалізація процесу фізичного виховання в УкрДУЗТ базується на використанні особистісно-орієнтованого підходу. Особистісно-орієнтовані технології, які розробляються на кафедрі «Фізичного виховання та спорту» передбачають розподілення тих, хто займається, на типологічні групи для більш об'єктивного обліку індивідуальних і групових особливостей студентів. Одна зі складових особистісно-орієнтованого підходу – тренер-викладач і студент вирішують задачі удосконалення знань, умінь, навичок.

В УкрДУЗТ перед тим, як приступити до практичних занять з дисципліни «Фізичне виховання», студенти I-х та II-х курсів проходять медичний огляд. За його результатами формуються групи. Студентів, які віднесені до груп СМГ нараховується 3% від загальної кількості студентів двох курсів. Щоб зацікавити студентів з послабленим здоров'ям до занять фізичними вправами, потрібно постійно впроваджувати до практичних занять нові форми фізичної активності, які підвищували би мотивацію до занять і прищеплювали бажання до самостійного розвитку.

Одна з методик, яка зацікавила студентів СМГ відвідувати заняття з фізичного виховання в УкрДУЗТ – це методика занять аеробікою. По-перше, заняття аеробікою серед студентів університету приваблюють емоційністю, різноманітністю засобів, напрямків, можливістю демонстрації фізичних здібностей і т.п.

По-друге, методика занять аеробікою – це поступове підвищення навантаження, вправи аеробіки не викликають у тих, хто займається, болісних відчуттів, тому що основна задача занять аеробікою зміц-

нення здоров'я. Під впливом занять аеробікою у студентів груп СМГ поступово змінюються показники фізичної підготовленості, що відображено у таблиці результатів тестувань.

Таблиця 1

Результати тестувань та динаміки змін показників фізичної підготовленості студентів СМГ під впливом занять аеробікою

№	Фізичні вправи	Початкові показники	Показники при повторному тестуванні
1	Присідання на 2-х ногах, руки вперед (к-ть разів)	38	42
2	Нахил тулубу вперед з положення сидячи (см)	10	13
3	Підтягування на низький перекладині (к-ть разів)	12	16
4	Піднімання тулуба вперед з положення лежачи (к-ть разів)	34	40

Засоби аеробіки широко використовуються в якості розминки та найдієвішого засобу для розвитку координації рухів у видах спорту, таких як футбол, волейбол, настільний теніс та інші. Враховуючи, що аеробіка складно-координаційний вид спортивної діяльності, її засоби можна використовувати при підготовці спортсменів з різних видів спорту на начальному етапі підготовки.

На заняттях з фізичного виховання викладачі кафедри «Фізичного виховання та спорту» УкрДУЗТ використовують безліч різноманітних засобів для розвитку швидкості і координації рухів, які дуже необхідні майбутнім фахівцям залізничного транспорту.

У цьому навчальному році (2015 - 2016) вперше була зроблена спроба використати вправи з координаційною драбиною. Координаційна драбина – один з кращих тренажерів для розвитку спритності, маневрування, координації, балансу, швидкості, прискорення. Тренування на драбині є комплексним: поєднання розминки і безпосередньо тренування.

Аналізуючи роботу зі студентами УкрДУЗТ з використанням координаційної драбини, можна зробити висновок:

- за 3 місяці використання драбини на заняттях у студентів покращилася рухливість, координація рухів, спритність;

- у складно-координаційних вправах активна робота руками допомагає працювати зладжено у потрібному темпі;

- вправи на нестандартному тренажері викликають у студентів та викладачів зацікавленість та позитивне відношення до практичних занять.

Як показали спостереження за студентами університету, для досягнення успіхів в заняттях з координаційною драбиною важливо використовувати поетапну систему розвитку вмінь. Від простого до складного, від більш загального до окремого, від повільних контрольованих рухів до швидких та вибухових. Тобто на перших етапах навчання слід звертати увагу на техніку виконання, вивчення базових вправ, а у подальшому працювати над удосконаленням фізичних якостей.

Висновок. З метою формування мотивації до фізичного і духовного самовдосконалення студентів необхідно, щоб запропоновані інноваційні технології фізичного виховання використовувалися у цілісному освітньому просторі. Подібна система і організація навчальних занять підвищує творчий потенціал викладачів, що спонукає їх до постійного удосконалення.

Необхідність пошуку нових методик для оптимізації процесу фізичного виховання для студентської молоді приведе до свідомого вибору форм занять, тим самим студенти почнуть замислюватися над своїми фізичними кондиціями в них з'явиться потреба до розвитку фізичних якостей, підвищення фізичної підготовленості та ведення здорового способу життя.

Література:

1. Коршунов О.О. Професійно-прикладна фізична підготовка майбутніх фахівців залізничного транспорту: Навч.-метод. посібник / О.О. Коршунов. – Харків : УкрДАЗТ, 2006. – 58 с.
2. Методика формування професійно важливих рухових якостей і навичок : Консп. лекції / Т.В. Шепеленко, А.Є. Паршев, В.М. Долгополов, В.М. Разінков. – Харьков : УкрДАЗТ, 2011. – 22 с.
3. Сапегіна І.О. Використання «sheed ledger» (швидкісно-координатна драбина) на заняттях зі студентами УкрДУЗТ / І.О. Сапегіна,

О.Р. Лучко // Проблеми організації і впровадження освітнього процесу в університеті за відповідними рівнями та ступенями : наук.-метод. конф. каф. ун-ту, 2-3 груд. 2015 р. : тез. доп. / Укр. держ. ун-т зал. тр-ту. – Х., 2015.

4. Щербакова Е.В. Системный подход к совершенствованию образовательной деятельности среди вузов / Е.В. Щербакова, Т.М. Нечаева, Т.А. Кузнецова // Современные проблемы науки и образования. – 2006. – № 1. – С. 108 – 109.

5. Щеголев В.А. Физическая культура и спорт в воспитании студентов: Пособие / В.А. Щеголев. – Великие Луки, 1999. – 52 с.

6. Физическая культура и физическое воспитание студентов в техническом вузе / Под ред. Проф. В.Ю. Лебединского, доц. Э.Г. Шпорина. – Иркутск : ИрГТК, 2012. – 296 с.

7. Kalmykov S. A., Kalmykova Y. S., Bezyazichnaya O. V. Study of variability of antropometric and hemodynamic parameters in patients with alimentary obesity on the background of application of physical rehabilitation techniqu //News of science and education. – 2015. – №. 15(39). – С. 38-46.

Інформація про авторів:

Шепеленко Тетяна Валеріївна, виконуюча обов'язки завідувача кафедрою «Фізичного виховання та спорту» Українського державного університету залізничного транспорту, м. Харків, 61050, майдан Фейєрбаха, 7, e-mail shepelenkou@mail.ru к.т. 067665237,

Довженко Світлана Сергіївна, викладач кафедри «Фізичного виховання та спорту» Українського державного університету залізничного транспорту, м. Харків, 61050, майдан Фейєрбаха, 7, к.т. 0963749295.

Шатов Анатолій Всеволодович, старший викладач кафедри «Фізичного виховання та спорту» Українського державного університету залізничного транспорту, м. Харків, 61050, майдан Фейєрбаха, 7, к.т. 0982420493.

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ НАВЧАННЯ ФІЗИЧНИМ ВПРАВАМ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ РАНЬОГО АУТИЗМУ

Яшна О.П.

НПУ імені М.П. Драгоманова, м. Київ, Україна

Анотація. В статті висвітлено проблему навчання фізичним вправам дітей з синдромом аутизму. Вивчено існуючі на сьогодні підходи навчання дітей та корекції їх поведінки. Проаналізовано основні особливості загального та фізичного розвитку дітей з аутизмом та специфіку їх пізнавального процесу. Обгрунтовано та теоретично розроблено важливі підходи навчання фізичним вправам відповідного контингенту дітей.

Ключові слова: дефектологія, методика, пізнання, розвиток, фізичне виховання.

Вступ. На сьогодні багато невирішених питань залишається в сфері навчання та розвитку дітей з аутизмом. Одним із таких питань є фізичний розвиток та методика навчання фізичним вправам відповідного контингенту дітей.

Серед закордонних авторів синдром раннього дитячого аутизму вивчали Л.Краннер, К. Гілберг, Т. Пітерс. Вітчизняні науковці також освідчували це питання у своїх працях, вважаємо за доцільне, виділити Лебедінську К.С., Нікольська О.С., Мاستюкову Е.М., Тарасун В.В. та ін.

Синдром раннього дитячого аутизму (РДА) вперше був описаний Л. Краннером. Загальними показниками наявності відповідного синдрому є виражена недостатність або повна відсутність контакту із оточуючими людьми, страх змін в навколишньому середовищі, одноманітні маніпулятивні ігри, порушення комунікативного мовлення.

Найбільш виразно синдром дитячого аутизму проявляється від 2 до 5 років, хоча в більш ранньому віці можуть бути помічені його окремі ознаки: відсутність або слабка виразність «комплексу

оживлення», не сформованість спілкування очима, запізнення у впізнанні матері, а пізніше холодність або симбіотичний зв'язок у стосунках з нею [1, 3-5].

При аутичному синдромі поряд із сенсорною, порушується моторна складова розвитку. Спостерігаються порушення тону і пов'язані із цим прояви некоординованості, страждає темп та плавність рухів.

Окремі аспекти фізичного розвитку при РДА висвітлено Є.В. Пласкуновим, О. Орес, Д.Ю. Козаковим, А. Лавренюк, Р.К. Ул'яновою, А. Темофєєвою, А. Старк та ін. [7-11].

Проте, цілісної методики навчання дітей аутистів фізичним вправам обумовлених специфікою захворювання нами не було знайдено в науковій літературі.

Тому **метою** нашого дослідження стало вивчення методики навчання фізичним вправам дітей з раннім дитячим аутизмом.

Завданнями нашого дослідження є:

1. Вивчити науково-методичну літературу та визначити основні методичні напрямки щодо навчання

дітей з аутизмом фізичним вправам;

2. Зробити аналіз існуючих підходів та прийомів навчання та розвитку фізичної досконалості відповідного контингенту дітей;

3. Виділити загальний алгоритм ефективного навчання фізичним вправам дітей з аутизмом.

Матеріали і методи дослідження: теоретичні: вивчення та аналіз наукової літератури, еkleктика, узагальнення.

Результати дослідження та їх обговорення. Розповсюдженими методами терапії та розвитку дітей з аутизмом, окрім медикаментозної терапії, є дельфіно-терапія, музикотерапія (Томатіс), рефлексотерапія, дієтотерапія, ігрова терапія, холдінг-терапія, канестерапія. Одним із найпоширеніших методів навчання дитини з аутизмом в більшості країн світу визнано АВА (Applied behavior analysis), що в перекладі означає терапія поведінки аутистів. Головною ідеєю цього методу є закріплення відповідних форм поведінки за рахунок напрацювання умовного рефлексу. Виділяють основні етапи відповідного навчання:

1. Язик – розуміння. Виконання вправи за допомогою викладача, дитина отримує винагороду у вигляді чогось смачного.

2. Ускладнення. Коли дитина досягла результату і виконала вправу без допомоги викладача, їй пропонують виконати декілька вправ підряд.

3. Генералізація навичок. Дитині починають давати завдання у різних умовах і різні люди (тренери, вчителі, родичи).

4. Вхід в світ. Етап, коли дитина засвоює нові уміння без систематичного повторення і самостійно вдосконалює навички за рахунок стимулів із навколишнього середовища [5].

У працях Лебедінської К.С. та Нікольської О.С. основним принципом побудови роботи з дітьми, що мають пору-

шення спілкування, є встановлення довіри, терпіння, та етапності у розширенні меж стереотипів, в тому числі й рухових [3]. За визначеннями психіатрів та нейрофізіологів у результаті порушення афективного процесу виникає фіксація на ранніх формах орієнтування (рот, нюх тощо). У зв'язку із чим своєчасно не формуються нові більш складні функції сенсомоторної сфери. Нестійкість розвитку породжує тенденцію до регресу, за-цикленню, рухових стереотипів.

Сучасні наукові дослідження вказують на те, що механізм порушення центральної нервової системи при аутизмі, пов'язаний із відсутністю цілісної обробки інформації полісенсорною системою (слухом, зором, тактильними відчуттями). Тому аутисти під час процесу пізнання виділяють лише окремі враження. Вважається, що при аутизмі різко порушеними є філогенетичні відношення (до мовленнєві), які відповідають за соціальні зв'язки.

Мовленнєві та рухові порушення є взаємообумовленими, довільний мовний акт порушується в ході патологічного напруження, яке дезорганізує тонічну основу мовнорухового процесу [1, 4].

За думкою Л.С. Виготського складність навчання дитини з порушенням інтелекту, до яких відносять і аутистів, пов'язана не з мозковим дефіцитом, а із виразністю соціальної дезадаптації. Під час навчання такі діти виявляють не гнучкість поведінки та стійкість звичок, вони буквально все сприймають, важко розуміють підказки та невзможі здогадатися про наміри оточуючих. При цьому дослідник зауважує на тому, що мозок такої дитини напружується під час виконання завдання на такому самому рівні, як і у дитини з нормою. Між тим, діти з дисфункцією інтелекту легше відволікаються та частіше не доводять до кінця завдання [2].

Загальною характеристикою фізичного розвитку дітей з аутизмом є моторний інфантилізм різних ступенів.

Моторний інфантилізм за О.М. Гуревичем, виявляється у надмірності рухів, безпосередності образотворчої та ігрової моторики. Відмічається слабкість довільної уваги, непосидючість, гіперактивність, які є свідченням пірамідалної, екстрапірамідалної та мозжечкової недостатності.

При корковій недостатності виявляється погана координованість рухів, нездатність до тонких, ізольованих рухових актів, ускладнення виконання комбінованих рухів, сприймання і відображення ритмів, порушення просторової орієнтації [4].

Сеген, казав про таких дітей: «Якщо він постійно лежить, посадіть його; якщо він сидить, поставте його; якщо сам не їсть, тримайте його пальці, але ні ложку під час їжі, якщо він зовсім не діє, збуджуйте його м'язи до дії, якщо він не дивиться і не розмовляє, говоріть з ним і дивиться за нього. Годуйте його як людину, яка працює, та змушуйте його працювати, працюючи разом з ним; будьте його волею, розумом, діяльністю» [2].

У відповідності до усього зазначеного нами було визначено наступний алгоритм навчання дітей з аутизмом фізичним вправам:

1. Підтримка. Під підтримкою ми розуміємо налагодження довіри, створення позитивного емоційного настрою та систематична і цілеспрямована робота. Якщо дитина з нормою взмозі сама переїмати досвід і самовдосконалюватися, то дитина з порушеннями не має для цього відповідних сил. Для неї необхідно створювати постійні умови налагодження зв'язку між сенсорним та моторним розвитком. Спираючись на ранні орієнтувальні функції поступово налагоджувати більш складні координації, розширювати досвід за рахунок синхронізації усіх аналізаторів під час процесу пізнання та тих функцій, що формуються на ранніх етапах онтогенезу.

2. Заохочення. На відміну від заохочення, яке рекомендує поведінкова те-

рапія, вважаємо за доцільне застосовувати заохочення-інтереси. Для цього доцільно виявити інтереси дитини, улюблена іграшка, книга, стереотипні дії (обнюхування, повторення відповідних слів або звуків). Таке заохочення насамперед формує мотив-дію, коли від початку дія – є мотивом, наприклад, маніпуляція іграшкою (навіть недосконалою).

3. Імітація. Основною проблемою аутизму є відсутність здібності вдосконалюватися через відтворення. Налагодження інструменту імітації, є свідченням вдосконалення корко-підкоркових зв'язків. Існує думка, що на сьогодні центральна нервова система основного загалу народжених дітей, налаштовується на світ за рахунок інших механізмів адаптації, які ще не зовсім є вивченими. Навіть, якщо це так, і йде революція в еволюції, цей процес поступовий і він буде вдосконалюватися протягом відповідного часу. Сьогодні вимагає від нас, налаштування тих систем адаптації у дітей, які відповідають суспільно прийнятним нормам.

4. Відволікання. Однією з особливостей дітей, у яких не налагоджений системний зв'язок роботи центральної та периферичної системи є швидка втома, втрата інтересу та легка відволікаємість. Для занять фізичними вправами доцільно, щоб кімната біла обладвана мінімумом споруд, важливо, щоб вони були прості у застосуванні і легко збирались, їх можливо було сховати і замінити на інші. За одну годину заняття можливо змінювати багато видів діяльності. Чергуючи вправи які необхідно засвоїти з тими, що доставляють радість дитині, знімаючи відчуття невпевненості і напруги. Для підтримання ритму та концентрації уваги доцільно використовувати музичний супровід. Інвентар бажано складати в одному місці і діставати відповідно етапності завдань заняття.

5. Сприйняття. Вважається, що у дітей з аутизмом переважає наочне сприйняття під час процесу пізнання. Хо-

ча, на нашу думку, це не завжди так, деякі діти знайомляться з предметами об'єкту їх, або облизуючи, у деяких дітей є потреба відтворити звук і т.д. Тому, доцільно ознайомлювати дітей перед заняттям з основним інвентарем який буде застосований. Важливо, декілька разів показувати вправу або завдання (можливо і декілька занять підряд), навіть самостійно обигравати рухову гру від початку до кінця, щоб посилити сприйняття. Постійно стимулюючи всі аналізатори одночасно слуховий, тактильний, зоровий у поєднанні з моторною функцією.

6. Повторення та закріплення. Формування у дітей з РДА відповідних умінь та навичок залежить від віку, рівня сенсомоторного розвитку та загальної включеності дитини у пізнавальний процес. У таких дітей несформовані рухові навички потребують в декілька разів більше часу для формування ніж у дитини з нормою розвитку. Недоцільним на наш погляд, є використання лише тих завдань які є доступні і приносять емоційне задоволення. Найкращим є варіант, коли вправи чергуються з переходом від знайомої і улюбленої дії до складної та важкої. Складну послідовність дій діти з аутизмом краще засвоюють, коли в них сформоване мовлення. Тому, під час занять потрібно стимулювати мовленнєву функцію дітей застосовуючи різні ігрові підходи та прийоми її активізації (вокалізація в русі, мовленнєво-рухові вправи, рухові ігри з приговорюваннями).

Висновки. Теоретично проаналізовано методи навчання дітей з раннім аутизмом фізичним вправам. Обґрунтовано виходячи із специфіки розвитку дітей з аутизмом особливості щодо їх навчання фізичним вправам. Виділено алгоритм ефективного навчання дітей фізичному вихованню.

Перспективи подальших досліджень. Впровадити апробацію запропонованих підходів та методів до процесу

навчання дітей з раннім аутизмом фізичним вправам.

Література:

1. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии: учебное пособие / В.М. Астапов. – Москва: Международная педагогическая академия, 1994. – 216 с.
2. Выготский Л.С. Собрание сочинение: В 6-ти т. Т. 5. Основы дефектологии /Под ред. Т.А.Власовой./ Л.С. Выготский – М.: Педагогика, 1983. – с. 115-137, 166-174.
3. Лебединская К.С., Никольская О.С. и др. Дети с нарушениями общения /К. С. Лебединская. - М.: Просвещение, 1989. – 95 с.
4. Лебединский В. В. Нарушение психического развития у детей/ В.В. Лебединский. – М. Изд. МГУ, 1985. – 165 с.
5. Питерс Т. Аутизм: От теоретического понимания к педагогическому воздействию / Т. Питерс. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 240 с.
6. Орес О. Використання засобів фізичного виховання для корекції рухових порушень у дітей з раннім дитячим аутизмом // Молода спортивна наука України: Зб. наук. пр. – Львів, 2003. – Вип. 7, Т.1. – С. 364-366.
7. Тимофеева Т.Н. Опыт проведения физкультурных занятий с детьми, страдающими аутизмом / Т.Н. Тимофеева // Адаптивная физическая культура. – 2003. - №3(15). – С. 27-28.
8. Лавренюк А. Корекція легких ступенів вираження аутизму засобами фізичного виховання / А. Лавренюк // Молода спортивна наука України: Зб. наук. ст. – Львів, 2001. – Вип. 5. Т.2. – С. 140-142.
9. Лавренюк А. Організація занять із загального розвитку грубої і дрібної моторики аутичних дітей / А. Лавренюк // Молода спортивна наука України: Зб. наук. пр. – Львів, 2003. – Вип. 7, Т.1. – С. 367-370.
10. Козаков Д.Ю. Методика формирования дыхания у детей-аутистов в процессе гидро-реабилитации / Д.Ю. Козаков // Плавание – III. Исследование, тренировка, гидро-реабилитация. – СПб: «Плавин», 2005. – С. 264-269.

Інформація про автора:

Яшна Ольга Петрівна, к. пед. н., доцент кафедри фізичного виховання та здоров'я Інституту фізичного виховання та спорту, НПУ імені М.П. Драгоманова, 01601, м.Київ, вул. Пирогова, 9, e-mail: shef-npu@ukr.net

Наукове видання

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА
РЕКРЕАЦІЙНО-ОЗДОРОВЧІ ТЕХНОЛОГІЇ**

Журнал статей, в яких відображено матеріали VIII міжнародної наукової конференції
«Інноваційні напрями в фізичній реабілітації, рекреації та оздоровчих технологіях»
(15-16 квітня 2016 р.)

Оригінал-макет підготовлен: Манучарян С.В.

Статті публікуються в авторській редакції

Підписано до друку 20.05.2016 р.
Формат 60 × 84 1/16 Бумага офсетная, Папір офсетний.
Гарнітура – Arial. Авт. арк. – 8.6. Ум.-друк. арк. – 7,4
Тираж 300 екз. Заказ № 11

Надруковано в поліграфцентрі «Влавке»
м. Харків, вул. Жон Мироносиць
(Раднаркомівська) 10, оф. 6
тел.+38 (057)714-06-74, +38(050) 976 -32-87
copy@vlavke.com.ua, <http://vlavke.com.ua>