



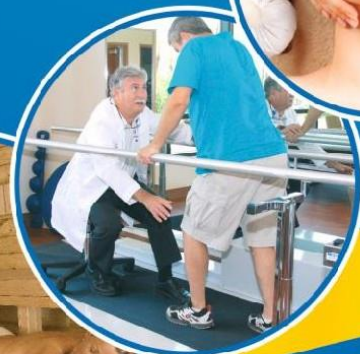
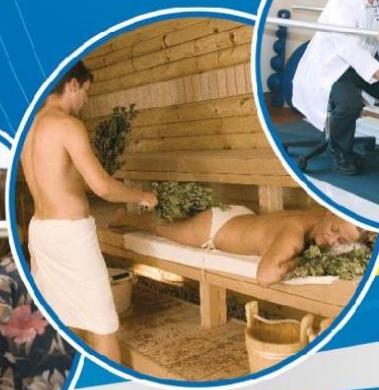
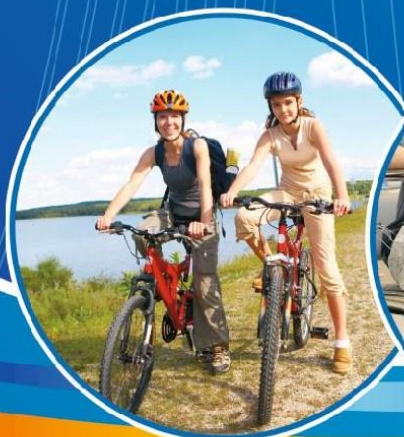
НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ

кафедри фізичної реабілітації
і рекреації Харківської державної
академії фізичної культури

ISSN 2522-1914 (Online)
ISSN 2522-1906 (Print)

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА РЕКРЕАЦІЙНО-ОЗДОРОВЧІ ТЕХНОЛОГІЇ

№ 2 / 2018





Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології

Key title: Fizična rehabilitaciã ta rekreacijno-ozdorovči tehnologïi

Abbreviated key title: Fiz. reabil. rekreac.-ozdor. tehnol.

ISSN 2522-1914 (Online),

ISSN 2522-1906 (Print)

2 / 2018

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор:

Б. А. Пустойт, д-р мед. наук, професор. Харківська державна академія фізичної культури

Науковий редактор:

С. А. Калмиков, канд. мед. наук, доцент. Харківська державна академія фізичної культури

Відповідальний секретар:

Ю. С. Калмикова, канд. наук з фізичного виховання і спорту, доцент. Харківська державна академія фізичної культури

Редакційна колегія:

П. Б. Єфіменко, канд. пед. наук, професор; Харківська державна академія фізичної культури

О. П. Канищева, канд. наук з фізичного виховання і спорту, доцент. Харківська державна академія фізичної культури

Л. В. Дугіна, канд. наук з фізичного виховання і спорту, доцент. Харківська державна академія фізичної культури

Спеціалізоване видання з проблем фізичної реабілітації та рекреаційно-оздоровчих технологій

Рік заснування: 2016.

Періодичність: 2-4 рази на рік

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

ЗАСНОВНИК, ВИДАВЕЦЬ

Харківська державна академія фізичної культури, кафедра фізичної реабілітації і рекреації

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ

61202, м. Харків,
ул. Переможна, 21,
кімната 403
Телефон: (057) 336-00-22;

Сайт журналу:

http://journals.urau.ua/frir_journal

Журнал включено у міжнародні наукометричні бази: [Bielefeld Academic Search Engine](#), [Google Scholar](#), [OpenAIRE](#), [WorldCat](#), [Index Copernicus](#)

УДК 615.8(045/.46)

© ХДАФК, 2018

Журнал «Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології», 2018 р.





ЗМІСТ

Гончарук Н.В. <i>Особенности кинезитерапии в физической реабилитации больных с приобретенными пороками сердца, которых готовят к хирургическому лечению</i>	3
Ермакова С.Н., Коломыченко С.С. <i>Повышение двигательной активности дошкольников посредством использования игр со скакалкой</i>	9
Кочеткова Т.Н., Шеломенцева О.В. <i>Повышение интереса к физической культуре у детей дошкольного возраста через подвижные игры</i>	14
Пустовойт Б.А., Пустовойт К.Б. <i>Комплексна фізична післяопераційна реабілітація пацієнтів із синдромом латеральної гіперпресії надколінка в постімобілізаційному періоді</i>	23
Станкевич Л.Г., Земцова І.І., Томілова Т.А. <i>Можливості індивідуальної корекції тренувального процесу у легкоатлетів, тренуваних на витривалість</i>	31
Хвостенко А.І., Дугіна Л.В. <i>Комплексна фізична реабілітація осіб другого зрілого віку при великовогнищевому інфаркті міокарда на санаторному етапі</i>	39
Черкашина Е.Н., Подгорная Е.Н. <i>Совместная проектно-исследовательская деятельность педагогов, детей и родителей, как условие воспитания интереса к русским видам спорта</i>	46
Щелкунов Д.А., Богович С.В. <i>Критерії сформованості ціннісного ставлення до свого здоров'я в учнів із вадами зору</i>	54





Особенности кинезитерапии в физической реабилитации больных с приобретенными пороками сердца, которых готовят к хирургическому лечению

Гончарук Н.В.

Мариупольский государственный университет
г. Мариуполь, Украина

Цель: представлены современные взгляды использования основных средств физической реабилитации больных с приобретенными пороками сердца в дооперационном периоде.

Материал и методы: рассмотрено применение кинезитерапии в хирургическом лечении приобретенных пороков сердца в предоперационном периоде. **Результаты:** до недавнего времени в кардиохирургии не использовали всех возможностей для восстановления трудоспособности больных после операции. Применение адекватных программ физической реабилитации позволяет восстановить здоровье и трудоспособность после хирургической коррекции приобретенных пороков сердца. **Выводы:** повышение эффективности хирургического лечения приобретенных пороков сердца требует проведения комплекса предоперационной терапии как медицинской так и физической.

Ключевые слова: пороки сердца, кинезитерапия, дооперационный период, лечебная гимнастика, физические упражнения, исходные положения.

Мета: представлено сучасні погляди використання основних засобів фізичної реабілітації хворих з набутими вадами серця у доопераційному періоді. **Матеріал і методи:** розглянуто застосування кінезітерапії у хірургічному лікуванні набутих вад серця в передопераційному періоді. **Результати:** до недавнього часу у кардіохірургії не використовували усіх можливостей для відновлення роботоздатності хворих після операції. Застосування адекватних програм фізичної реабілітації дозволяє відновити здоров'я та роботоздатність після хірургічної корекції набутих вад серця. **Висновки:** підвищення ефективності хірургічного лікування набутих вад серця потребує проведення комплексу передопераційно терапії як медичної так і фізичної. **Ключові слова:** набуті вади серця, кінезітерапія, доопераційний період, лікувальна гімнастика, фізичні вправи, вихідні положення.

Purpose: present views of the use of the basic means of physical rehabilitation of patients with acquired heart defects in the preoperative period are presented. **Material and methods:** the application of kinesitherapy in the surgical treatment of acquired heart defects in the preoperative period is considered. **Results:** Until recently, cardiosurgery did not use all the possibilities for restoring the patients' ability to work after the operation. The use of adequate physical rehabilitation programs can restore health and ability to work after surgical correction of acquired heart defects. **Conclusions:** increasing the effectiveness of surgical treatment of acquired heart defects requires a complex of preoperative therapy, both medical and physical. **Keywords:** heart defects, kinesitherapy, preoperative period, therapeutic gymnastics, physical exercises, initial positions.





Введение. Пороки сердца – это изменения в структуре клапанного аппарата сердца, что приводит к нарушению сократительной способности миокарда.

Реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, несмотря на значительные успехи в хирургическом лечении, находится пока еще на невысоком уровне [1,12]. До митральной комиссуротомии работали 64,3% больных, а в отдаленные сроки после операции – 60,6% больных, до протезирования митрального клапана – 48,3%, а после - 40,6%. Анализ изучения результатов операций показал, что не у всех больных наступает полное восстановление здоровья и трудоспособности [3,11,13]. Это связано с отсутствием адекватных программ изической реабилитации и различными осложнениями, возникающими в ходе длительного существования болезни: дистрофическими и кардиосклеротическими изменениями в миокарде, изменениями в сосудах малого и большого кругов кровообращения, детренированностью и нарушением психического статуса больных [3,6,7].

До недавнего времени считалось правильным лечение с максимальным ограничением физической активности кардиологического больного. В настоящее время в кардиологии и кардиохирургии кинезитерапия является таким же неотъемлемым лечением, как и медицинская терапия. Дозированные физические нагрузки стали важнейшим фактором реабилитации [2,5,8].

Длительное пребывание в постели приводит к снижению максимального потребления кислорода, атрофии мышц, камнеобразованию в почках, инфекциям моченого пузыря, запорам, снижению обменных процес сов, ухудшению реакций на изменение положения тела, преждевременному старению и др.

Плановая предоперационная и послеоперационная физическая реабилитация в кардиохирургии помогает больному вернуться к нормальному состоянию, активизировать защитно-приспособительные механизмы для борьбы с болезнью [10,12].

Физическая активность, ранние занятия физическими упражнениями оказывают благотворное влияние на функцию жизненно важных органов и систем организма, улучшают коронарное и периферическое кровообращение [12,14].

Все вышеописанное является актуальным для изучения и рассмотрения современных взглядов и методов двигательной терапии в комплексной реабилитации больных с приобретенными пороками сердца.

Цель и задачи исследования: определить особенности кинезитерапии в физической реабилитации больных с приобретенными пороками сердца, которых готовят к хирургическому лечению.

Для этого решались такие **задачи:**

1. Выучить и проанализировать источники современной специальной научно-методической литературы по проблеме физической реабилитации в хирургическом лечении врожденных пороков сердца .
2. Определить особенности кинезитерапии в реабилитации больных с приобретенными пороками сердца в предоперационном периоде.
3. Охарактеризовать методы оценки эффективности двигательной терапии



больных с приобретенными пороками сердца.

Методы исследования: анализ современной специальной научно – методической литературы по проблеме хирургического лечения приобретенных пороков сердца.

Материал. Повышение эффективности хирургического лечения приобретенных пороков сердца требует проведения комплекса разных средств и методов физической предоперационной и послеоперационной терапии. Ведущее место занимает кинезитерапия (лечение движением) - как основной метод физической реабилитации. Она направлена на улучшение функции дыхания и кровообращения, профилактику возможных осложнений после операции, возвращение больного к бытовой и трудовой деятельности.

Предоперационный период делится на период малых и средних тренировочных нагрузок. Особенности программы реабилитации и сроки ее проведения зависят от характера патологии и вида коррекции порока [4,7,12].

Основные задачи кинезитерапии в предоперационном периоде: улучшение центральной гемодинамики путем облегчения работы сердца за счет включения экстракардиальных факторов, щадящих сердце; активизация периферического кровообращения; расширение функциональной способности легких; обучение выполнения упражнений раннего послеоперационного периода [12].

В предоперационном периоде важным элементом кинезитерапии является правильное сочетание и чередование общеразвивающих физических упражнений с динамическими и статическими дыхательными упражнениями. Эти упражнения должны проводиться при максимальном расслаблении мышц с целью снижения нагрузки на сердце за счет снижения сосудистого сопротивления. Должен учитываться принцип рассеянности нагрузки [7,9,12].

При пороках сердца одним из важных составляющих кинезитерапии является ходьба, целью которой является включение в работу всего организма, усиление дыхания и кровообращения, активизация мышечной деятельности.

Занятия начинают со спокойной ходьбы в медленном темпе или среднем с постепенным ускорением и замедлением. Каждый комплекс лечебной гимнастики рекомендуется завершать ходьбой в медленном темпе для правильной регуляции кровообращения и укреплению всего организма.

У людей с ослабленной физической активностью, которые занимаются лечебной гимнастикой в исходном положении лежа или сидя, ходьба назначается в виде имитационных движений ногами [5,11,12].

Так же при приобретенных пороках сердца должен учитываться в комплексах лечебной гимнастики принцип последовательности: ходьба, упражнения для рук и плечевого пояса; упражнения для мышц туловища и ног в сочетании с глубоким дыханием на вдохе и выдохе.

Длительность и интенсивность кинезитерапии определяется видом, тяжестью порока, а также общим состоянием больного.

Перед назначением кинезитерапии больным с митральным стенозом, которых готовят к операции, проводят комплекс медицинских мероприятий для профилактики аритмии и предупреждения возникновения тромбов и послеоперационной тромбоэмболии [3,8]. Применяют упражнения для нижних



конечностей.

Назначают постельный или полупостельный двигательный режим для профилактики отека легких. Занятия лечебной гимнастикой проводят в исходном положении лежа с приподнятым изголовьем. Применяются упражнения для всех мышечных групп верхних и нижних конечностей, с ограничением для мышц туловища - в медленном темпе и ограниченной амплитудой, с небольшим мышечным усилением. Частота повторений 8-10 раз. Включаются статические дыхательные упражнения с углубленным вдохом и удлиненным выдохом, а также динамического характера с паузами отдыха при полном расслаблении мышц. Обучают откашливанию. Продолжительность занятия 10-15 минут, два-три раза в день. Плотность физической нагрузки 40-50% времени. Постепенно добавляют исходные положения сидя и стоя, дозированную ходьбу 2-5 минут. Общеразвивающие упражнения сочетают со статическими и динамическими дыхательными. Включают ходьбу по лестнице с подъемом и спуском. Продолжительность занятий увеличивается до 20-25 минут, плотность до 50-70% [11,12].

Больным с митральной недостаточностью кроме кинезитерапии назначают комплекс медицинской реабилитации. Назначают палатный и свободный двигательные режимы. Кинезитерапия проводится в форме лечебной гимнастики, утренней гигиенической гимнастики, индивидуальных занятий и ходьбы. В основном физические упражнения применяют в исходных положениях сидя и стоя. В занятия включают дыхательные упражнения с глубоким вдохом и удлиненным выдохом для уменьшения гипертензии в малом круге. Гимнастические упражнения без предметов и с предметами (гимнастические палки, волейбольные мячи) сочетают с дыхательными, на расслабление. Используются небольшие отягощения (гантели по 0,5 кг.) [8,12].

Назначают интервальную ходьбу по коридору и территории больницы по 50-100 м. три – пять раз в день, ходьбу по лестнице с подъемом и спуском. Продолжительность занятий 25-30 минут. Плотность физической нагрузки 60-80 % времени [12].

Для оценки эффективности двигательной терапии при пороках сердца важное значение имеют такие методы контроля: анализ самочувствия больного, наблюдение за его внешним видом и поведением, измерение частоты пульса до, во время и после нагрузки, измерение артериального давления, частоты дыхания; ЭКГ исследование, которое дает возможность судить о состоянии коронарного кровообращения, функциональных возможностях миокарда, наличии гипертрофии и перегрузки предсердий и желудочков, изменении электрической оси сердца.

Результати дослідження і їх обговорення. Літературні дані свідчать про те, що в останнє время більша роль віддається етапному хірургічному ліченню і реабілітації хворих з придбаними пороками серця для відновлення фізичної і умовної діяльності, сумісної з функціональним станом серця.

У хворих з придбаними пороками серця резервні можливості серцево-судинної системи к виконанню фізичних навантажень обмежені. Однак як до, так і після хірургічного лічення необхідна раціональна





двигательная терапия, способная повысить эффективность хирургического лечения и вернуть больного к нормальной жизни. Выбор безопасных средств и методов кинезитерапии требует оценки функционального состояния и его динамики под влиянием тренировочных физических нагрузок.

Выводы:

1. Анализ научно-методической литературы позволил определить, что приобретенный порок сердца – это заболевание сердечно-сосудистой системы, требующее хирургической коррекции. Среди приобретенных пороков различают недостаточность митрального клапана (митральная недостаточность), сужение левого атриовентрикулярного отверстия (митральный стеноз), комбинированные поражения клапанного аппарата сердца, недостаточность клапана аорты (аортальная недостаточность), сужение аортального отверстия (аортальный стеноз).
2. В хирургическом лечении приобретенных пороков сердца выделяют предоперационный период, который делится на период малых и средних физических нагрузок с соответствующими двигательными режимами – постельный, палатный, свободный. В работе описаны задачи, формы и средства двигательной терапии, а также описаны особенности кинезитерапии в соответствии с двигательными режимами и видами пороков.
3. Представлены методы оценки эффективности двигательной терапии больных с приобретенными пороками сердца.

Перспективы дальнейших исследований. Перспективным является исследование эффективности применения средств двигательной терапии при хирургическом лечении приобретенных пороков сердца.

Список використаної літератури

1. Амосов, Н.М. (2001). Терапевтические аспекты кардиохирургии. Киев: Здоров'я.
2. Бойко, С. М., & Калмикова, Ю. С. (2015). «Дослідження ефективності фізичної реабілітації за функціональними показниками серцево-судинної системи при комбінованих аортальних пороках». Збірник наукових праць Харківської державної академії фізичної культури, №2, 13-19.
3. Воловой, В.Л. (2004). Реабилитация больных оперированных по поводу приобретенных пороков сердца. Москва: Медицина.2
4. Дубровский В. И. (2008). Лечебная физическая культура. Москва: Владос.3
5. Епифанов, В.А. (2008). Лечебная физическая культура и массаж. Москва: ГЭОТАР-МЕД. 4
6. Калмиков, С.А., & Драніщева, О.В. (2015). «Фізична реабілітація при недостатності аортального клапану». Фізична культура, спорт та здоров'я: матеріали XV Міжнародної науково-практичної конференції, 10–11 грудня 2015 року. Харків, ХДАФК, 195-197.
7. Маколкин, В.И. (2003). Приобретенные пороки сердца. Москва: ГЭОТАР-МЕД. 5
8. Мурза, В.П. (2004). Физическая реабилитация. Киев: Олан.6
9. Мухин, В.М. (2008). Физическая реабилитация. Киев.7





10. Пархотик, И.И. (2005). Кинезитерапия в программе физической реабилитации при хирургической коррекции приобретенных пороков сердца. IX Междунар. науч. конгр. «Олимпийский спорт и спорт для всех». С.815.8
11. Пархотик, И.И. (2009). Физическая реабилитация больных с приобретенными пороками сердца. Вестн. Приднпровья. 1, 103-106.9
12. Пархотик, И.И. (2015). Физическая реабилитация при хирургическом лечении заболеваний органов грудной клетки. Киев: НУФВСУ. Олимп. лит.10
13. Kalmykov, S., & Kalmykova, Y. (2017). «Dynamics of cardiovascular parameters in combined aortic malformations under the influence of a physical therapy program during the rehabilitation process». Slobozhanskyi herald of science and sport, 6 (62), 43-47.
14. Kalmykov, S.A. (2013). «Features of method of medical physical culture at insufficiency of aortic valve». Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports, 17(1), 25-29.

Відомості про авторів

Гончарук Наталья Владимировна, канд. наук по физ. воспитанию и спорта, доцент. Мариупольский государственный университет
E-mail: goncharuknatalyaa@gmail.com

Стаття надійшла до редакції: 20.03.2018 р.
Опубліковано: 23.03.2018 р



Повышение двигательной активности дошкольников посредством использования игр со скакалкой

Ермакова С.Н., Коломыченко С.С.

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад комбинированного вида № 68 г. Белгорода

Цель: разработка и внедрение в педагогический процесс дошкольного учреждения игр со скакалкой с целью повышения двигательной активности дошкольников. **Материал и методы:** Метод педагогического эксперимента. В представленном материале раскрываются вопросы повышения двигательной активности детей через создание и развитие игрового пространства детства. Материал основан на опыте работы дошкольного образовательного учреждения по использованию игр со скакалкой в рамках реализации парциальной программы физического развития «Выходи играть во двор» под редакцией доктора педагогических наук, профессора Л.Н. Волошиной и других.

Результаты: были выявлены позитивные изменения в характере и содержании двигательной активности детей - пробудился интерес к играм, увеличилась частота использования игр со скакалкой, улучшилось качество их выполнения. **Выводы:** Полученные данные позволили подтвердить выдвинутое нами предположение относительно роли игр со скакалкой в повышении двигательной активности детей старшего дошкольного возраста.

Ключевые слова: двигательная активность, формирование интереса к играм со скакалкой, проект.

Purpose: development and introduction in the pedagogical process of the pre-school establishment of games with a rope for the purpose of increasing the motor activity of preschool children. **Material and methods:** Method of pedagogical experiment. The presented material reveals the issues of increasing the motor activity of children through the creation and development of the playing space of childhood. The material is based on the experience of the preschool educational institution on the use of games with a rope as part of the implementation of the partial program of physical development "Come out to play in the yard" edited by Doctor of Pedagogical Sciences, Professor LN. Voloshin and others. **Results:** positive changes in the nature and content of children's motor activity were revealed - interest in games was increased, the frequency of using games with rope increased, and the quality of their performance was improved. **Conclusions:** The obtained data allowed us to confirm our hypothesis concerning the role of games with a rope in increasing the motor activity of children of senior preschool age. **Keywords:** motor activity, formation of interest in games with rope, project..

Введение. Современные дети живут в условиях влияния информационно-компьютерных технологий. В результате этого на смену живому общению среди сверстников, дворовым играм пришли увлекательные компьютерные игры, которые не требуют больших физических усилий. Вследствие чего уменьшается двигательная активность детей, что приводит к снижению уровня физического





развития и ухудшению здоровья. Это подтверждается исследованиями ведущих педагогов в области дошкольного образования. По данным Е.Н. Вавиловой, Л.Н. Волошиной, Н.А. Ноткиной, М.А. Правдова, Ю.К. Чернышенко, В.И. Усакова, от 30 % до 40 % детей старшего дошкольного возраста имеют низкий уровень физического развития.

Двигательная активность дошкольника должна быть целенаправленная и соответствовать его опыту, интересу, желаниям, функциональным возможностям организма. Поэтому мы должны позаботиться об организации детской двигательной деятельности, ее разнообразии, а также выполнении основных задач и требований к ее содержанию [1;3;8].

Одним из таких эффективных средств для решения данной задачи является использование давно забытого предмета для детей как скакалка.

Скакалка – очень доступный и полезный гимнастический снаряд. Игровые упражнения со скакалкой – это движения, требующие хорошей координации движений рук и ног, которые способствуют повышению двигательной активности детей, развитию скоростно-силовых качеств, ловкости, выносливости, прыгучести, быстроты. Кроме того, они являются хорошим средством для профилактики плоскостопия, формируют правильную осанку, укрепляют связки внутренних органов, ликвидируют застойные явления в организме, улучшают работу кишечника, развивают сердечнососудистую и дыхательную системы, развивают чувство ритма и координацию движений, укрепляют мышцы тазового дна. Для детей это также предмет для полезной и веселой игры, ведь со скакалкой можно придумать много различных забав, которые помогут прекрасно провести время в детской компании.

Поэтому педагогический коллектив детского сада начал поиск возможностей активного использования скакалки как средства физического развития и воспитания ребенка. Диагностика показала, что у 80 % детей низкий показатель развития скоростно-силовых качеств. Причины этого: низкая двигательная активность детей, недостаточное использование игр на развитие скоростно-силовых качеств, к которым относятся и игры со скакалкой во время прогулки, часах двигательной активности, в самостоятельной двигательной деятельности и на занятиях по физической культуре; незаинтересованность родителей к физическому совершенствованию ребенка. Поэтому, как показывают наши наблюдения, к моменту выпуска детей из детского сада в школу дети не умеют прыгать через скакалку, у них нет чувства ритма, способности одновременно выполнять разные по координации движения, что снижает их физические кондиции. Кроме того, проблемой обучения прыжкам через скакалку детей старшего дошкольного возраста стало и отсутствие разработанных методик [2;3;5].

Цель исследования – опыт внедрения проекта «Прыгалки-скакалки» в рамках апробации парциальной программы дошкольного образования «Выходи играть во двор» под ред. доктора педагогических наук, профессора Л.Н. Волошиной и др.

Методы исследования: теоретический анализ литературы, педагогический эксперимент.





Результаты исследования и их обсуждение. Целью проекта «Прыгалки-скакалки» стало повышение двигательной активности и формирование интереса к играм со скакалкой. Проект реализован в рамках педагогической деятельности по апробации парциальной программы дошкольного образования «Выходи играть во двор» (под ред. доктора педагогических наук, профессора Л.Н. Волошиной и др.).

Реализация проекта позволила комплексно решить оздоровительные, воспитательные, образовательные, развивающие задачи, а именно:

1. Сформировать устойчивый интерес к игровым упражнениям, подвижным и народным играм с использованием скакалок, желание использовать их в самостоятельной двигательной деятельности.
2. Обогатить двигательный опыт детей новыми двигательными действиями со скакалкой.
3. Закрепить технику выполнения прыжка через скакалку, основных движений, ОРУ.
4. Содействовать развитию двигательных способностей детей: ловкости, быстроты, координации движений, гибкости, силы, выносливости.
5. Способствовать укреплению опорно-двигательного аппарата, профилактике плоскостопия и нарушений осанки, укреплению сердечно-сосудистой и дыхательной систем.
6. Воспитывать положительные нравственно-волевые качества.

Для реализации проекта были определены 3 этапа:

Первый этап – организационный, задачами которого стали:

1. Подбор и изучение литературы по методике обучения дошкольников прыжкам со скакалкой.
2. Разработка перспективного плана, конспектов занятий, картотеки подвижных игр и игровых упражнений со скакалкой.
3. Оформление папок-передвижек в родительских уголках групп.
4. Планирование тем консультаций для родительских собраний, индивидуальных бесед с родителями.
5. Приобретение скакалок для каждого ребенка.

Второй этап - практический, задачами которого стали:

1. Показ презентации «История возникновения скакалки».
2. Проведение бесед с детьми о пользе движений, прыжков со скакалкой.
3. Обучение детей упражнениям, которые нужны для прыжков со скакалкой.
4. Обучение, закрепление и совершенствование навыка выполнения прыжка со скакалкой.
5. Развитие творческих способностей при использовании прыжков со скакалкой в самостоятельной двигательной деятельности детей.

Третий этап – заключительный, задачами которого стали:

1. Организация физкультурных праздников с участием родителей, досугов, соревнований со скакалкой среди детей.
2. Выпуск стенгазеты, сделанной совместно с детьми и родителями «Прыгалки-скакалки», составление картотеки игровых упражнений и подвижных игр со скакалкой в соответствии с возрастом, организация выставки рисунков «Мой



друг - скакалка» [4;6;7].

Выводы. В результате реализации проекта у детей развился интерес к играм и игровым упражнениям со скакалкой. Для них скакалка стала лучшим другом, которую они используют в своей игровой деятельности, как в саду, так и на игровых площадках во дворах со сверстниками. Дети в полной мере овладели базовыми прыжками, сформировалась самостоятельность в двигательной деятельности, двигательные действия стали разнообразными, развилось воображение, творческие способности, мелкая моторика. Мы считаем, что игровые упражнения со скакалкой – это самое универсальное средство для физического развития и оздоровления детей.

Перспективы дальнейших исследований с разработкой рекомендаций для родителей по использованию подвижных игр и упражнений со скакалкой в домашних условиях для повышения двигательной активности дошкольников.

Список використаної літератури

1. Вавилова, Е.Н. (1981). *Развивайте у дошкольников ловкость, силу, выносливость*. Москва: Просвещение.
2. Веракса, Н.Е., Комапова, Т.С., Васильева, М.А. (Ред.). (2015). *От рождения до школы: Примерная общеобразовательная программа дошкольного образования*. Москва: Мозаика-Синтез.
3. Волошина, Л.Н. (2015). *Планирование образовательной деятельности по парциальной программе физического развития «Выходи играть во двор»: парциальная программа*. Белгород: издательство БелИРО.
4. Глазырина, Л.Д. (1999). *Физическая культура - дошкольникам. Средний возраст*. Москва: Гуманитарно-издательский центр ВЛАДОС.
5. Голубева, Г.Н. (2006). *Формирование двигательного режима ребенка (до 6 лет)*. Москва: Теория и практика физической культуры и спорта.
6. Коломыченко, С.С., Ермакова, С.Н. (2016). Обогащение двигательного опыта дошкольников с использованием игр со скакалкой. *Дошкольное воспитание*, 6, 31-43.
7. Осокина, Т.И., Тимофеева, Е.А., Фурмина, Л.С. (1983). *Игры и развлечения детей на воздухе*. Москва: Просвещение.
8. Рунова, М.А. (2007). *Дифференцированные занятия по физической культуре с детьми 3-4 лет (с учетом уровня двигательной активности)*. Москва: Просвещение.
9. Полковник-Маркова, В. С., & Дугіна, Л. В. (2016). «Використання рухливих ігор у заняттях з дітьми, хворими на бронхіальну астму». *Слобожанський науково-спортивний вісник*, №1, 67-71.
10. Filenko, L., Ashanin, V., Basenko, O., Petrenko, Y., Poltorarska, G., Tserkovna, O., Kalmykova, Y., Kalmykov, S., Petrenko Y. (2017). «Teaching and learning informatization at the universities of physical culture». *Journal of Physical Education and Sport*, 17(4), 2454-2461.





Відомості про авторів

Ермакова Светлана Николаевна – інструктор по фізической культурі
муниципального бюджетного дошкільного образовательного учреждения
детского сада комбинированного вида № 68 г. Белгорода.

Коломыченко Светлана Сергеевна – заведуючий
муниципального бюджетного дошкільного образовательного учреждения
детского сада комбинированного вида № 68 г. Белгорода

Стаття надійшла до редакції: 21.03.2018 р.
Опубліковано: 23.03.2018



Повышение интереса к физической культуре у детей дошкольного возраста через подвижные игры

Кочеткова Т.Н.¹, Шеломенцева О.В.²

¹Лесосибирский педагогический институт – филиал
Сибирского федерального университета, г. Лесосибирск

²«Красноярский медицинский университет
им. В.Ф. Войно-Ясенецкого» г. Красноярск

Аннотация: Данная статья посвящена анализу и поиску решения актуальной проблемы обучения ребенка движениям и развития физических качеств в детских садах. Помимо физкультурных занятий два раза в неделю во время прогулки дети занимаются подвижными играми и физическими упражнениями. Основное внимание на занятиях, проводимых на воздухе, уделяется ходьбе, бегу, разнообразным видам игр. **Цель:** улучшение основных движений, координации движений, скорости, ловкости, умение действовать в коллективе. **Материал и методы:** анализ научно-методической литературы; врачебно-педагогические наблюдения. **Результаты:** рассмотрены данные физкультурных занятий, учитывались различные способы организации детей при проведении физической нагрузки. **Выводы:** правильно подобранные подвижные игры для определенного возраста детей, способствуют лучшему и быстрому физическому развитию. Развиваются такие физические качества, как: быстрота, ловкость, гибкость. Активные движения повышают устойчивость ребенка к заболеваниям, вызывают мобилизацию защитных сил организма, повышают деятельность лейкоцитов. Физические упражнения способствуют развитию у детей умственных способностей, восприятия, мышления, внимания, пространственных и временных представлений.

Ключевые слова: Ребёнок, подвижные игры, общеразвивающие упражнения, русские народные игры, физические качества, баскетбол.

Abstract. This article is devoted to the analysis and search of the solution of an actual problem of training of the child in the movements and developments of physical qualities in kindergartens. Besides sports occupations two times a week during walk children are engaged in outdoor games and physical exercises. The main attention on the classes given on air is given to walking, run, various types of games. **Purpose:** improvement of the main movements, coordination of movements, speed, dexterity, ability to work in collective. **Materials and methods:** analysis of scientific and methodical literature; medical and pedagogical supervision. **Results:** data of sports occupations are considered, various ways of the organization of children when carrying out physical activity were considered.. **Conclusions:** correctly picked up outdoor games for a certain age of children, promote the best and fast physical development. Such physical qualities, as develop: speed, dexterity, flexibility. The active movements increase resistance of the child to diseases, cause mobilization of protective forces of an organism, increase activity of leukocytes. Physical exercises promote development in children of mental capacities, perception, thinking, attention, spatial and temporary representations. **Keywords:** The child, the outdoor games all-developing exercises, the Russian national games, physical qualities, basketball.





Введение. Период раннего детства является одним из важнейших и критических этапов развития ребенка. Самостоятельная предметная деятельность и усложняющиеся системы речи и социальных контактов приводят в этот период к формированию таких психологических категорий, как творческая активность, мышление и самосознание.

Основной формой обучения ребенка движениям и развития физических качеств являются физкультурные занятия, проводимые в детских садах 3 раза в неделю. В холодное время года и неблагоприятную погоду два из них организуются в помещении, одно - на воздухе, во время первой прогулки. В теплое время все три занятия проводятся на воздухе.

Помимо физкультурных занятий два раза в неделю во время прогулки дети занимаются подвижными играми и физическими упражнениями. Основное внимание на занятиях, проводимых на воздухе, уделяется ходьбе, бегу, разнообразным видам прыжков, езде на велосипеде. Играм в бадминтон, баскетбол. Зимой содержание занятий на воздухе составляют: ходьба на лыжах, ходьба и бег по снежному валу со спрыгиванием, метание снежков в горизонтальную, вертикальную, движущуюся цель и на расстояние, скольжение на ногах по ледяной дорожке с разнообразными упражнениями (приседания, ловля предметов, повороты и т.д.), катание на санках, используются более динамичные движения, чем в теплое время года.

Общеразвивающие упражнения зимой на воздухе, как правило, не проводятся. Но для подготовки организма к предстоящей нагрузке выполняют упражнения типа похлопываний, притопываний, приседаний и подпрыгиваний без фиксации исходных положений, чаще на ходу или во время бега. Подвижные игры и эстафеты можно проводить на лыжах и санках[2].

Большой эмоциональный подъем и интерес вызывают занятия в парке, лесу, сквере, на пересеченной местности, специально оборудованном для дошкольников берегу водоемов. Они включают физические упражнения с использованием естественных условий: прыжки с пня на пень, с кочки на кочку, через ручейки, канавы; переправы через ручейки по доске, бревну; подпрыгивание с доставанием веток; бег по пересеченной местности с преодолением естественных препятствий (лежащий ствол дерева, пень и т.д.); метание шишек в цель и на расстояние и другие [6].

Используют простейшие формы туризма: летом - пешеходные прогулки с чередованием ходьбы и бега на расстояние, зимой - лыжные походы в парк, лес, по пересеченной местности. Длительность ходьбы в умеренном темпе с ускорением, переходящими в бег - 15 мин. в одну сторону и такое же время в другую. В промежутке обязательны активный отдых в виде игры малой или средней подвижности. Общая длительность прогулок не должна превышать 45 минут.

А вот физкультурные занятия в помещении должны включать упражнения на развитие равновесия, лазания, метания в цель и другие виды движения, а также упражнения статистического характера, способствующие развитию выносливости и силы: висы с опорой на одну или обе ноги, непродолжительное удержание позы в неподвижном состоянии и т.д. Однако их применение должно





быть строго регламентировано в связи с тем, что дети быстро утомляются. В конце физкультурных занятий осваиваются упражнения на расслабление, которые предупреждают утомление, успокаивают функциональные системы организма. Известно, что лучше всего организм восстанавливается, когда заторможенные центры энергично включаются в деятельность, а активно действующие - переходят в пассивное состояние. Лучшим положением тела для этого процесса является горизонтальное, когда все функции снижены, расслаблены конечности и позвоночник, и ребенок не затрачивает энергии для сохранения вертикального положения.

Медленный темп упражнений на расслабление, выполняемых без напряжения и с большой амплитудой, музыкальное сопровождение, спокойная обстановка способствует восстановлению организма в более короткий срок. Выполнение этих же упражнений с закрытыми глазами дает еще более положительный эффект. При физической нагрузке, в результате которой пульс ребенка учащается на 90 - 100 %, такая заключительная часть ведет к восстановлению организма уже к концу 1-2-ой минут после занятия.

При выборе формы и типа занятий должны учитываться различные способы организации детей: индивидуальный, поточный, сменный, фронтальный, групповой. Наиболее целесообразно комплексное использование различных способов. Так на одном и том же занятии при обучении прыжку в длину с места можно рекомендовать все способы. Однако в программе предусмотрены движения (лазание, удержание равновесия, прыжки в длину и высоту с разбега), выполнение которых следует организовать индивидуально с тем, чтобы воспитатель мог обеспечить страховку детей.

Зимой занятия на воздухе проводят в облегченной одежде, состоящей из 3-4 слоев. В жаркие, солнечные дни дети могут заниматься без майки, босиком, но в легком головном уборе.

Подготовленной к занятиям должна быть площадка или пересеченная местность.

"Спортивные занятия обычно организуются в первой половине дня. Если они проходят на воздухе, то их место в режиме дня в разные сезоны года различно. Летом - в начале первой прогулки, когда температура воздуха не достигла наивысшей величины" [4].

В холодный период занятия целесообразны в конце первой прогулки, перед обедом, что позволяет детям переодеться в спортивный костюм один раз, перед занятием, и снижает возможность заболеваний, так как после физической нагрузки, вспотев, дети не остаются на воздухе.

В конце каждого квартала проводят контрольно-учетное занятие, цель которого - выявить степень усвоения детьми программного материала.

В те дни, когда запланировано физкультурное занятие, проводятся физические упражнения и подвижные игры длительностью 10 - 15 минут. Во время второй прогулки их нужно планировать ежедневно. Одежда детей в этом случае лишь облегчается, они не передеваются в спортивную форму.

Во время занятий закрепляются двигательные умения и навыки, предусмотренные программой. Проводятся эстафеты, 1 - 2 подвижные игры, в





сочетании с которыми используются любые движения: ходьба на лыжах, езда на велосипеде, метание, прыжки, элементы игр в футбол, баскетбол, бадминтон, городки.

"На прогулках, как правило, вначале организуются физические упражнения, а затем игра. Например, сначала прыжки в игровой форме "с кочки на кочку", а затем игра "Найди свой домик". При сочетании подвижных игр со спортивными упражнениями порядок их проведения может быть обратным - вначале игра, чтобы разогреть детей ("Мы веселые ребята" и другие), а затем - ходьба на лыжах, катание на санках, езда на велосипеде" [6].

В содержание подвижной игры могут быть включены различные движения. В игре "Поезд" дети "приезжают" в лес; а там бегают, прыгают и т.д.

Не рекомендуется включать, особенно во вторую прогулку, общеразвивающие упражнения, их достаточно много в недельном цикле, и они не вызывают такого, интереса, как игры.

Также в детском саду присутствуют физкультминутки. Они проводятся в паузах на занятиях по развитию речи, рисованию, формированию элементарных математических представлений. Их цель - поддержание умственной работоспособности детей на достаточно высоком уровне. Продолжительность физкультминуток 2-3 мин. Их проводят в момент, когда у детей снижается внимание и наступает утомление (обычно 12-16-я минуты). Ребята выполняют физические упражнения стоя у столов или выходя на свободное место (потягивания, наклоны, движения рук вверх и вниз, полуприседая, подпрыгивая, ходьба)[3].

Физкультминутка может сопровождаться текстом связанным или не связанным с содержанием занятия. При произнесении текста детьми необходимо следить чтобы выдох выполнялся при произнесении слов данной строки, а до начала следующей - глубокий и спокойный выдох, тогда после физкультминутки дыхание у ребенка остается спокойным и ритмичным[1].

Интересно и эмоционально проходят физкультминутки с музыкальным сопровождением. Дети могут выполнять под музыку несколько видов танцевальных шагов или спеть 1-2 куплета песни, сопровождая их импровизированными движениями (кружение, наклоны, приседания и т.п.). Если на занятиях у детей не наблюдается признаков утомления, физкультминутку можно не проводить.

В качестве исходного материала для повышения интереса к физической культуре у детей многие педагоги предлагают методики дифференцированного обучения. Этот метод за детьми показал, что их можно разделить на группы по уровню проявления двигательных возможностей.

Методы исследования: анализ научно-методической литературы; врачебно-педагогические наблюдения.

Материал и методы исследования. Дети с высоким уровнем физической подготовленности (условно назовем их группой "А") , со средним уровнем физической подготовленности (условно назовем группой "Б"), с низким уровнем физической подготовленности (группа "В") на занятиях почти не прилагают усилий, чтобы заставить себя работать.





Результаты исследования их обсуждение. Дети с высоким уровнем физической подготовленности (условно назовем их группой "А") характеризуются быстротой и уверенностью действий, при неудаче не отступают от цели, прилагают все усилия для достижения результата, умеют своевременно принимать решения, находят целесообразный способ действия, сдерживать свои чувства и желания, когда этого требуют задания. Они высоко активны и самостоятельны при выполнении упражнений, умеют слушать воспитателя, выполнять указания и поручения. Перед такими детьми важно лишь поставить задачу и обсудить план ее выполнения, организационные вопросы они решают самостоятельно.

Детям со средним уровнем физической подготовленности (условно назовем группой "Б") свойственен разнохарактерный тип поведения. Одни на занятиях возбуждены, беспокойны, но все делают с полной самоотдачей, стремясь утвердить себя. Другие отличаются уравновешенностью, но даже при постоянном побуждении воспитателя выполняют упражнения недоброкачественно, уклоняются от заданий, требующих длительного волевого напряжения.

Некоторых характеризует безразличное отношение ко всему, занятии они никому не мешают, но и им ни до кого и ни до чего нет дела. Есть и такие дети, которые проявляют педантичную исполнительность в выполнении рекомендаций воспитателя, но при неудачах или ошибках снижают активность и не обращают внимания на качество выполнения задания.

Дети с низким уровнем физической подготовленности (группа "В") на занятиях почти не прилагают усилий, чтобы заставить себя работать. Многие ведут себя так, будто требования или необходимость мобилизоваться для успешного выполнения заданий их не касается. В ситуациях, требующих решительности, энергичности действия, они проявляют медлительность, недостаточную уверенность, неспособность преодолеть чувство страха. При неудачах они испытывают состояние угнетенности, им свойственно неумение подавлять в себе отдельные желания. Лишь в несложной обстановке они проявляют активность, которая при возникновении трудностей уступает место более привычным формам поведения (пассивность, безразличие и т.п.).

Неодинаковые двигательные-волевые возможности детей требуют индивидуально - дифференцированного подхода к ним. Его сущность заключается в том, что воспитатель, руководя коллективной деятельностью детей, соединенных в группы по уровню их физической подготовленности, учитывает индивидуальные проявления каждой группы и каждого входящего в нее ребенка, обращая особое внимание на усвоение рациональных способов выполнения детьми движений.

Основной формой дифференцированного обучения являются двигательные задания, которые разработаны для каждой группы детей.

Разновидность их может быть следующей:

1-й вариант. Дети получают задания одинаковые по содержанию, но различные по способу выполнения. Например, задания по обучению прыжку в длину с места в этом варианте могут носить такой характер:

А - выполнять прыжок из низкого приседа;





Б - прыгать, отталкиваясь одной ногой от стены;

В - прыгать из обруча в обруч.

2-й вариант. Каждой группе может определяться разный по содержанию учебный материал, но одинаковый по способам выполнения. Например: задания по обучению подпрыгиванию на одной ноге могут иметь следующую разновидность:

А - прыжки на одной ноге, перепрыгивая кубики, положенные на пол;

Б - прыжки через начерченные линии;

В - подпрыгивание на одной ноге.

3-й вариант. Каждая группа может получать задание разное по содержанию и способу выполнения:

А - прыжки с места на возвышение;

Б - прыжки в длину с места, перепрыгивая препятствие;

В - подпрыгивание на двух ногах, продвигаясь боком вперед.

Варианты заданий были разработаны с учетом индивидуальных особенностей детей. Так, для детей с высокими двигательными возможностями планируются задания, связанные с обогащением их двигательных умений и навыков.

Детям со средними двигательными возможностями предлагаются задания, направленные на совершенствование техники физических упражнений, развитие физических и волевых качеств.

Детями с низкими двигательными возможностями используются задания, направленные на усвоение техники разучиваемых упражнений и способствующие общему физическому и волевому развитию.

Дифференцированная работа на занятии зависела от этапа обучения детей движению. На первом этапе, когда объяснялось и показывалось новое упражнение, двигательное задание могло носить общий характер, т.е. для всех групп быть одинаковым по содержанию и способу выполнения.

На втором этапе, когда осуществлялось усвоение учебного материала и вырабатывалось правильное представление об элементах движения, дети распределялись по группам, каждая из которых выполняла специально предназначенное для нее задание.

На третьем этапе, когда закреплялась и совершенствовалась техника движения, двигательное задание носило общий характер, так как занятия здесь часто содержали игровую или сюжетную форму и требовали коллективных действий детей.

При выборе наглядных методов руководствовались умением детей воспринимать пространственные и временные отношения между предметами и явлениями окружающего мира. Чем ниже двигательные способности и умения, тем конкретнее и полнее следовало представить наглядность. Так, если детям группы "А" для создания точных представлений о выполнении какого-либо движения достаточно демонстрации его в нормальном темпе, то для групп "Б" и "В" необходим замедленный показ с разъяснением, на какой элемент техники необходимо обратить особое внимание. Наиболее сложные упражнения следует демонстрировать в различных плоскостях, многократно повторяя их в процессе



заняття.

Осознанному восприятию детьми движений способствуют объяснение, анализ, оценка. Подробное и последовательное изложение техники выполнения упражнения с демонстрацией каждого элемента необходимо для детей низкого уровня физической подготовленности. Детям среднего уровня в объяснении важно подчеркнуть особенности наиболее сложных элементов техники, указать на необходимость сохранения нужного положения тела и отдельных его частей. Для высокого уровня физической подготовленности уместно сжатое объяснение, ссылка на уже известные элементы (одно и то же исходное положение, сходство в отталкивании, полете, приземлении). При разработке дифференцированных заданий было обращено особое внимание на упражнения, способствующие проявлению у дошкольников того или иного физического и волевого качества. Так, для развития быстроты необходимы знакомые, хорошо усвоенные детьми в небыстром темпе упражнения, включающие движения рук, ног, туловища (особенно сгибание и разгибание), т.е. упражнения для развития частоты движений и быстроты мышечных сокращений. Могут планироваться и упражнения, в которых высокий темп движений поддерживается в течении непродолжительного времени (бег, ходьба на лыжах, плавание, подвижные и спортивные игры).

Развитию ловкости способствует выполнение знакомых движений в новых сочетаниях. Для этого используются одновременные действия нескольких детей (упражнения в парах, с большим обручем, длинным шнуром, шестом, подвижные игры с постоянно изменяющимися игровыми ситуациями).

Задания по развитию силы включают динамическое напряжение при прыжковых и метательных движениях, лазаний по шесту, канату, плавание, общеразвивающих упражнениях, выполняемых из исходного положения лежа (на спине, животе); в состязаниях с партнером (сталкивание друг друга с места, выпрямление рук, преодоление сопротивления партнера, перетягивание каната и др.).

Для развития выносливости используется бег в умеренном темпе (можно в чередовании с быстрой ходьбой) на расстояние 800 - 1000 м.

Выводы.

При развитии физических качеств, следует учитывать предрасположенность отдельных детей к физическому утомлению, эмоциональному перевозбуждению. В связи с этим необходимо уменьшать дозировки, выполнять упражнения без зрителей и т.п. Задания, направленные на развитие физических качеств, были подобраны так, чтобы их выполнение требовало проявления воли. Например, спрыгивание с высоты с закрытыми глазами развивает смелость, решительность; челночный бег - выдержку; лазание по шесту - настойчивость. Таким образом, можно сделать вывод, что правильно подобранные подвижные игры, для определенного возраста, способствуют лучшему и быстрому физическому развитию. Развиваются такие физические качества, как: быстрота, ловкость, гибкость. Активные движения повышают устойчивость ребенка к заболеваниям, вызывают мобилизацию защитных сил организма, повышают деятельность лейкоцитов. Физические упражнения





способствуют развитию у детей умственных способностей, восприятия, мышления, внимания, пространственных и временных представлений. Необходимая двигательная активность способствует улучшению питания тканей, формированию скелета, правильной осанки и повышению иммунитета к заболеваниям. Представленные в работе методики позволяют всесторонне физически развивать детей, в результате их внедрения дети выполняют физические упражнения с большей охотой, это значит, что у них стал проявляться интерес к физической культуре. Через проведения подвижных игр проявляется интерес к занятиям по спортивным играм. Дети старшей и подготовительных групп любят играть в баскетбол и волейбол, правда, пока по упрощённым правилам игры.

Список использованной литературы:

1. Кочеткова, Т.Н. Физическое воспитание в вузе / Т.Н.Кочеткова. – Красноярск: КГПУ им.В.П.Астафьева, 2017. – 163с.
2. Осокина, Т.И. Физическая культура в детском саду / Т.И.Осокина. – Москва: "Просвещение", 2015.
3. Рукова, М.А. Особенности организации занятий по физкультуре // Дошкольное воспитание, №9-2012.
4. Страковская, В.Л. 300 подвижных игр для оздоровления детей от 1 года до 14 лет / В.Л. Страковская. – Москва: Новая школа, 2014. – 124с.
5. Утробина, К. И. Занимательная физкультура в детском саду для детей 3-5 лет / К.И.Утробина. – Москва : ГНОМ, 2014.
6. Фомина, А.И. Физкультурные занятия и спортивные игры в детском саду Пособие для воспитателя подготовительной группы к школе 2-е изд., дораб. / А.И.Фомина. – Москва: Просвещение, 2015.
7. Шебеко, В.Н. Теория и методика физического воспитания детей дошкольного возраста : учеб. пособие / В.Н. Шебеко. – Минск : Выш. шк., 2010. – 288 с.
8. Концепція формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді // Наказ МОН України № 605 від 21.07.2004 р.
9. Filenko, L., Ashanin, V., Basenko, O., Petrenko, Y., Poltorarska, G., Tserkovna, O., Kalmykova, Y., Kalmykov, S., Petrenko Y. (2017). «Teaching and learning informatization at the universities of physical culture». Journal of Physical Education and Sport, 17(4), 2454-2461.

Сведения об авторах

Кочеткова Татьяна Николаевна, канд.пед.наук, доцент.
Лесосибирский педагогический институт – филиал Сибирского федерального университета, Красноярский край, г. Лесосибирск
E-mail: Kochetkova20@mail.ru





Шеломенцева Ольга Викторовна, канд.биологич.наук, доцент.
«Красноярский медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого»,
г.Красноярск

Стаття надійшла до редакції: 05.03.2018 р.
Опубліковано: 23.03.2018 р.





Комплексна фізична післяопераційна реабілітація пацієнтів із синдромом латеральної гіперпресії надколінка в постімобілізаційному періоді

Пустовойт Б.А.¹, Пустовойт К.Б.²

¹Харківська державна академія фізичної культури,
²Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків, Україна

Мета: проаналізувати вплив розробленої комплексної реабілітаційної програми пацієнтів із синдромом латеральної гіперпресії надколінка в постімобілізаційному періоді після хірургічного лікування. **Матеріал і методи:** в дослідженні взяло участь 24 хворих з діагнозом хондромалія надколінка I-III ступеня, синдром латеральної гіперпресії спадково схильного тенезу. Хворі були рандомізовано розподілені на дві групи: основна – 13 осіб, контрольна – 11 осіб. Всім хворим зроблені ідентичні хірургічні втручання – реконструкція розгинального апарату колінного суглобу. Контроль больового синдрому оцінювався за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), а також проводилось вимірювання кута згинання в колінному суглобі. Після операційного втручання пацієнти на протязі 4 тижнів отримували курс комплексної реабілітації. В основній групі комплекс реабілітації крім лікувальної фізкультури та фізіотерапії включав ще аквааеробіку та підводний масаж. В контрольній групі пацієнти отримували реабілітацію у вигляді лікувальної фізкультури, масажу та фізіотерапії. Отримані результати були оброблені за допомогою програми математичної статистики «StatSoft» (Dell). **Результати:** при проведенні першого тесту, на 14 добу після операції, показник болю у колінному суглобі хворих в основній групі склав $59,8 \pm 11,1$ балів, у хворих контрольної групи - $67,7 \pm 11,0$; різниця показників не досягала статистично значущого рівня ($p=0,847$). Після проведеної реабілітації при проведенні другого тесту, на 42 добу після операції, показники болю в обох групах статистично значущо ($p=0,001$) стали меншими. Але показник болю у хворих основної групи склав $14,2 \pm 11,1$ балів, та був статистично значущо ($p=0,001$) меншим, ніж у хворих контрольної групи $53,6 \pm 9,2$. Обсяг рухів в колінному суглобі при першому тестуванні в обох групах в середньому становив $14,0 \pm 2,0^\circ$, після проведення реабілітації при повторному тестуванні обсяг рухів в колінному суглобі в обох групах статистично значущо збільшився ($p=0,001$). В основній групі він склав $102,0 \pm 3,0^\circ$, в контрольній - був статистично значущо ($p=0,001$) меншим – $82,0 \pm 8,0^\circ$. **Висновки:** проведення комплексної післяопераційної реабілітації - ефективно та обов'язково. Включення в реабілітаційний комплекс аквааеробіки та підводного масажу є інноваційним та ефективним в післяопераційній реабілітації у пацієнтів з синдромом латеральної гіперпресії надколінка. **Ключові слова:** синдром латеральної гіперпресії надколінка, фізична реабілітація, підводний масаж, аквааеробіка.

Цель: проанализировать воздействие разработанной программы комплексной реабилитации больных с латеральной гиперпрессией надколенника в постиммобилизационном периоде после	Purpose: analysis of the effect of integrated rehabilitation programme after surgical treatment of patients with lateral patellar hyperpressure in postimmobilization period. Material and methods: 24 patients
---	---





хирургического лечения. **Материал и методы:** в исследовании приняли участие 24 больных с диагнозом хондромалиция надколенника III степени, синдром латеральной гиперпрессии наследственно предрасположенного генеза. Пациенты были рандомизированно распределены на две группы: основная – 13 больных, контрольная – 11 больных. Всем больным произведены аналогичные оперативные вмешательства – реконструкция разгибательного аппарата коленного сустава. Контроль болевого синдрома оценивался с помощью аналоговой визуальной шкалы (ВАШ), а также проводилось измерение угла сгибания в коленном суставе. После оперативного вмешательства больные на протяжении 4 недель получали курс комплексной физической реабилитации. В основной группе комплексная реабилитация наряду с лечебной физкультурой и физиотерапией включала еще аквааэробику и подводный массаж. Реабилитация пациентов контрольной группы заключалась в проведении лечебной физкультуры, массажа и физиотерапии. Полученные результаты были обработаны с помощью программы математической статистики «StatSoft (Dell). **Результаты:** При проведении первого теста, на 14 день после операции, боль в коленном суставе у больных основной группы составила $59,8 \pm 11,1$ баллов, у больных контрольной группы – $67,7 \pm 11,0$ баллов. Разница не была статистически значимой ($p = 0,847$). После проведенной реабилитации во время проведения второго исследования на 42 день после операции, показатель боли в обеих группах статистически уменьшилась ($p = 0,001$). Однако показатель боли у больных основной группы составлял $14,2 \pm 11,1$ баллов и был статистически меньше ($p = 0,001$), чем показатель у больных контрольной группы $53,6 \pm 9,2$. Движения в коленном суставе при первом тестировании в обеих группах был равен $14,0 \pm 2,0^\circ$, после проведения реабилитации при повторном тестировании объем движения в коленном суставе у пациентов обеих группах увеличился ($p = 0,001$). В

with diagnosed grade 1-3 chondromalacia of the patella, lateral hyperpressure of hereditary disposed genesis were treated surgically. The patients were divided into two groups: 13 patients were included in the main group, and 11 in the control group. All patients underwent the same surgical intervention - reconstruction of the knee joint extensor, control of pain syndrome by the pain visual analogue scale, and measurement of the knee flexion angle. The patients received a comprehensive 4 week rehabilitation course. The patients of the main group at postoperative day 14. Pain syndrome was investigated using the Visual analog scale (VAC), measured the bending of the knee joints. Patients receive a comprehensive physical rehabilitation course, lasting 4 weeks. In the main group integrated rehabilitation included aerobics and underwater massage. All the data obtained were processed with mathematical statistical Dell's "StatSoft" program. **Results:** 42 days postoperatively, and 28 days after the commencement of the complex rehabilitation, the patients of both groups underwent the second test. Test one, at the postoperative day 14, demonstrated that knee pain visual analogue scale score was 67.7 ± 1.0 in controls and 59.8 ± 11.1 in those of the main group. The difference of the values did not reach statistically significant level ($p = 0.847$). Test two which was performed at the postoperative day 42 showed that the visual analogue scale pain scores reduced statistically significantly ($p = 0.001$) in both groups. Meanwhile, on the observation day 42 the knee pains in patients of the main group 14.2 ± 11.1 were statistically significantly ($p = 0.01$) less than those in patients in the control group 53.6 ± 9.2 . The knee range of motions during the test one was on the average of $14.0 \pm 2.0^\circ$ in both groups, after the performed rehabilitation (test two), the range of motions in the knee joint in both groups increased statistically significantly ($p = 0.001$), but in the main group it reached the level of $102.0 \pm 3.0^\circ$, and in the control group it was statistically significantly





основной группе он составил $102,0 \pm 3.0^\circ$, в контрольной группе – $82,0 \pm 8.0^\circ$, что было статистически меньше ($p=0,001$).

Выводы: проведение комплексной послеоперационной реабилитации - эффективно и необходимо. Включение в комплекс реабилитации аквааэробики и подводного массажа является инновационным и эффективным в постиммобилизационном периоде у больных с синдромом латеральной гиперпрессии надколенника. **Ключевые слова:** синдром латеральной гиперпрессии надколенника, физическая реабилитация, подводный массаж, аквааэробика.

($p=0.001$) less – of $82.0 \pm 8.0^\circ$.

Conclusions: Comprehensive postoperative rehabilitation is essential and effective in the rehabilitation complex is considered to be an innovation for postoperative rehabilitation in the patients with the syndrome of lateral hyperpressure of the patella. **Keywords:** lateral hyperpressure of the patella syndrome, physical rehabilitation, included aerobics, underwater massage

Вступ. Остеоартроз на сьогодні є одним з найпоширеніх захворювань опорно-рухового апарату. За останні десятиріччя спостерігається зростання кількості хворих на остеоартроз від 19,8% до 63 %, з них на долю остеоартрозу колінного суглоба припадає від 51,6% до 72,0 %, що вказує не тільки на медичну, але і на соціальну проблему [1].

Природжена дисплазія колінного суглоба являє собою одну з причин розвитку гонартроза в молодому та зрілому віці. Для диспластичних деформацій колінного суглоба характерна поліморфність клінічної симптоматики та ураження усіх структур. Синдром латеральної гіперпресії надколінка - найпоширена форма серед них [2;3].

Хірургічне лікування даної патології включає різноманітні реконструктивні оперативні втручання, як відкриті так і артроскопічні. Зазвичай ми виконуємо пластику зв'язок, що підтримують надколінок, транспозицію горбистості великогомілкової кістки тощо. [3;4;5]. Не залежно від оперативного втручання останнім важливим етапом лікування є комплексна післяопераційна реабілітація.

Базовими на усіх етапах реабілітації є фізичні вправи, лікувальний масаж, фізіотерапія та інше. Відновне лікування після операції починається на стаціонарному етапі і продовжується на поліклінічному (санаторному) і диспансерному [6].

Фізичні чинники підвищують тонус м'язів, попереджають тугорухливість суглоба, мають протизапальну, знеболювальну і регенеруючу дію. Доведений корисний вплив при реабілітації на суглоби нижніх кінцівок гідрокінезотерапії [7]. Але на цей час відсутні науково обґрунтовані дані впливу занять у воді в постімобілізаційному періоді реабілітації у хворих з диспластичною патологією колінних суглобів після проведення хірургічного лікування.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконувалась згідно пріоритетного тематичного напрямку 76.35. «Медико-біологічне обґрунтування проведення відновлювальних заходів та призначення засобів фізичної реабілітації особам молодого віку різного рівня тренуваності». Номер державної реєстрації – 0116U004081.



Мета роботи. Науково обґрунтувати використання комплексу фізичної реабілітації в постімобілізаційному періоді після хірургічного лікування пацієнтів із синдромом латеральної гіперпресії надколінка в комбінації з гідрокінезотерапією у вигляді підводного масажу та аквааеробіки.

Завдання дослідження:

1. Дослідити особливості скарг хворих із синдромом латеральної гіперпресії надколінка та функціональні можливості їх колінного суглоба в постімобілізаційному періоді після хірургічного лікування перед початком реабілітаційних впливів.
2. Розробити програму фізичної реабілітації для хворих із синдромом латеральної гіперпресії надколінка в постімобілізаційному періоді після хірургічного лікування, яка включає лікувальну фізичну культуру, масаж, гідрокінезотерапію (підводний масаж, аквааеробіку).
3. Оцінити ефективність розробленої нами програми фізичної реабілітації на підставі вивчення динаміки досліджуваних показників хворих з синдромом латеральної гіперпресії надколінка після хірургічного лікування в ході реабілітаційного процесу.

Матеріал і методи. Дослідження проводилося в клінічній базі ХМАПО, Харківській обласній клінічній травматологічній лікарні з 2012 до 2017 року. За цей час нами були хірургічно проліковані 29 хворих з діагнозом хондромалія надколінка II-III ступеня, синдром латеральної гіперпресії надколінка спадково схильного ґенезу, з них до даного дослідження були включені 24, які були розподілені на дві групи – основну - 13 осіб і контрольну - 11 осіб. За полом хворі були розподілені наступним чином: чоловіків – 7, з них 3 - в контрольній групі та 4 - в основній; жінок, відповідно було 17, з них 9 - в основній групі та 8 – в контрольній (рис.1).

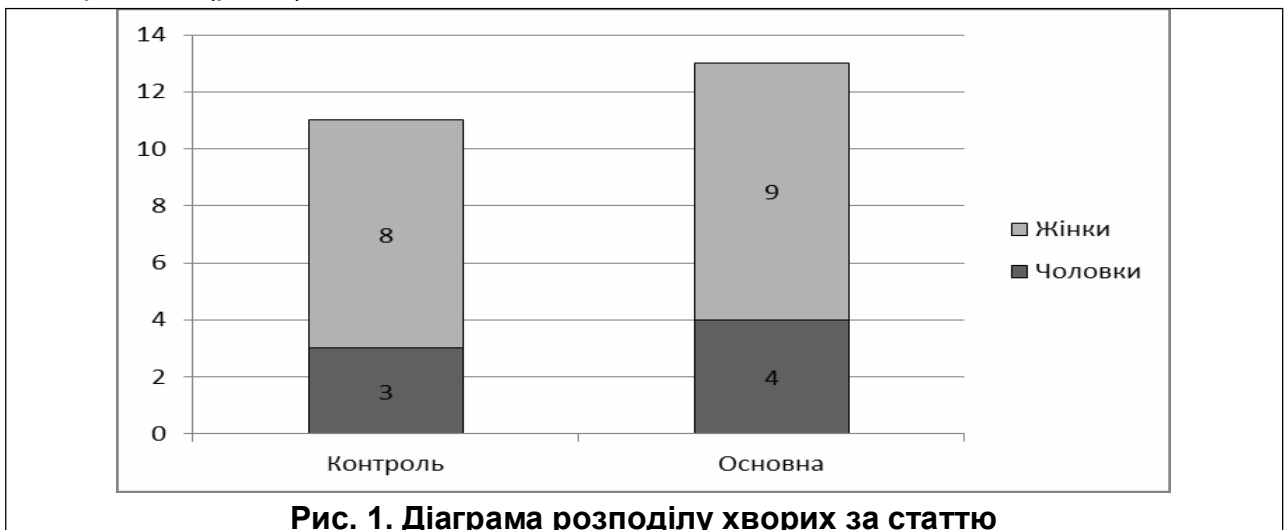


Рис. 1. Діаграма розподілу хворих за статтю

За результатами статистичного аналізу групи були однорідні ($\chi^2=0,038$; $p=0,851$). За віком групи хворих також були однорідні ($t=-0,699$; $p=0,492$). Середній вік в основній групі становив $27,4 \pm 8,6$ років, в контрольній групі - $25,3 \pm 5,6$ років (табл.1).



Таблиця 1

Розподіл хворих за статтю і віком

Група		Стать		Вік
		Чоловіки	Жінки	
Контрольна (n=11)	абс.	3	8	25,3±5,6
	% в групі	27,3	72,7	18,0÷36,0
Основна (n=13)	абс.	4	9	27,4±8,6
	% в групі	30,8	69,2	16,0÷46,0
Статистична значущість різниці між групами		$\chi^2=0,038$; P=0,851		t=-0,699 p=0,492

Всім хворим були зроблені ідентичні хірургічні втручання – реконструкція розгинального апарату колінного суглобу. Післяопераційний період складався з 1-ого - іммобілізаційного, 2-го - постіммобілізаційного і 3-го - тренувально-відновного етапів. Іммобілізація колінного суглоба шиною, у відповідності до протоколу лікування даної патології, тривала 14 діб після втручання. Всім хворим проведено тестування больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) та вимірювання кута згинання в колінному суглобі.

Надалі оперовані пацієнти проходили курс комплексної реабілітації (постіммобілізаційний етап) на протязі 4 тижнів. Була розроблена комплексна програма реабілітації для обох груп.

В основній групі до програми входили:

- лікувальна фізична культура (ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика в залі з інструктором і дозована ходьба (45 хвилин на день);
- ампліпульстерапія №12;
- підводний масаж №16;
- заняття в басейні аквааеробікою з інструктором.

В контрольній групі до програми входили:

- лікувальна фізична культура (ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика в залі з інструктором і дозована ходьба (45 хвилин на день);
- класичний масаж нижніх кінцівок №16;
- ампліпульстерапія №12.

Всі показники, отримані за час дослідження, були оброблені за допомогою програми математичної статистики «StatSoft» (Dell).

Результати та обговорення. Через 42 доби після хірургічного втручання та через 28 доби після початку комплексної реабілітації хворим обох груп було проведено друге тестування.

При проведенні першого тесту, на 14 добу після оперативного втручання, біль у колінному суглобі у хворих контрольної групи в середньому становили 67,7±11,0 балів за ВАШ, а в основній 59,8±11,1 балів. Різниця не досягала статистично значущого рівня (p=0,847). Після проведеної реабілітації при проведенні другого тесту, на 42 добу після операції, біль за ВАШ в обох групах статистично значущо (p=0,001) стали меншими. Але на 42 добу спостереження біль у колінному суглобі у хворих основної групи - 14,2±11,1 балів, була статистично значущо (p=0,001) меншою, ніж у хворих контрольної групи 53,6±9,2 бали (рис.2, табл.2).



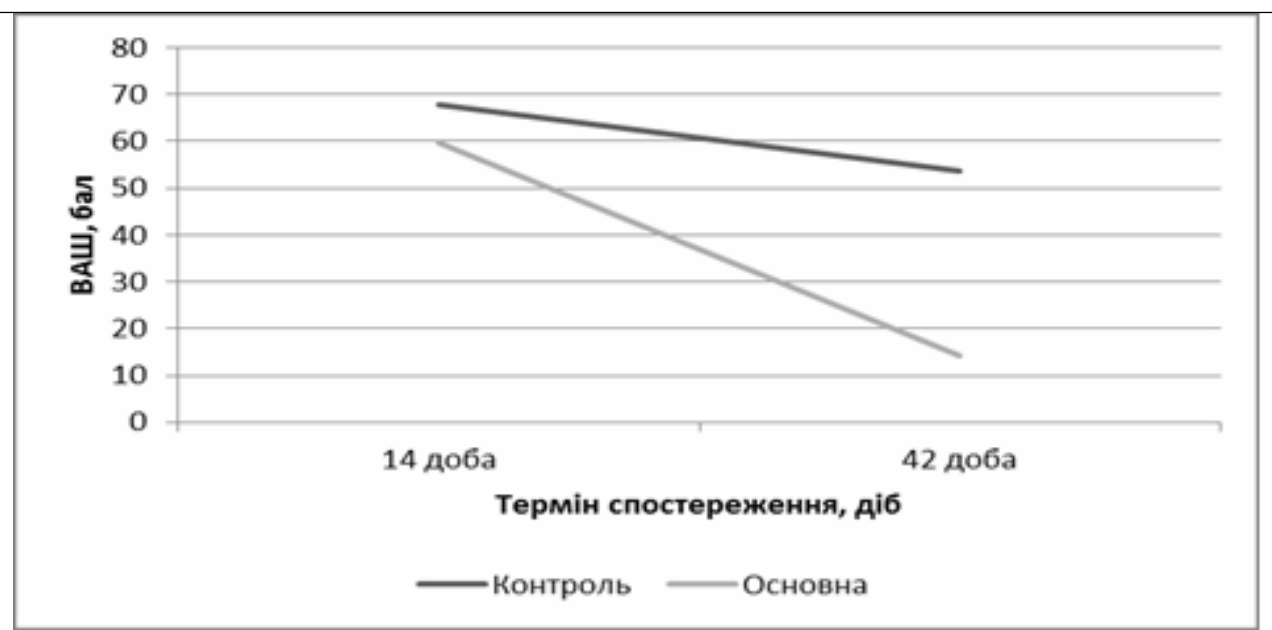


Рис.2. Діаграма тестів болі (за ВАШ) основної та контрольної груп

Таблиця 2.

Результати статистичного аналізу зміни болі за ВАШ та кута згинання колінного суглоба

Параметр	Контроль		Основна		Різниця між групами	
	14 доба	42 доба	14 доба	42 доба	14 доба	42 доба
Біль за ВАШ	67,7±11,0 50÷90	53,6±9,2 40÷70	59,8±11,1 40÷80	14,2±6,1 0÷20	t=0,195 p=0,847	t=-7,711 p=0,001
Різниця між строкам	t=4,951 p=0,001		t=12,997 p=0,001			
Обсяг згинання (градуси)	14,0±2,0 11,0÷17,0	82,0±8,0 69,0÷94,00	14,0±2,0 11,0÷16,0	102,0±3,0 97,0÷106,0	t=1,751 p=0,094	t=12,528 p=0,001
Різниця між строкам	t=-28,134 p=0,001		t=-99,049 p=0,001			

Обсяг рухів в колінному суглобі при першому тестуванні в обох групах в середньому становив 14,0±2,0°, після проведення реабілітації (друге тестування) обсяг рухів в колінному суглобі в обох групах статистично значущо збільшився (p=0,001), але якщо в основній групі від сягнув рівня 102,0±3,0°, то в контрольній був статистично значущо (p=0,001) меншим – 82,0±8,0° (рис.3).





Рис.3. Діаграма тестів обсягу згинання в колінному суглобі у хворих основної та контрольної груп

Спираючись на вищевказані дані обстеження основної та контрольної груп хворих, які пройшли 4-х тижневу комплексну реабілітацію, вважаємо доведеним те, що реабілітаційні заходи надали статистично підтверджений ефект у всіх обстежених. Втім найбільш значущі результати реабілітації були отримані в основній групі хворих, що може бути пояснено включенням до програми реабілітації гідрокінезотерапії (підводний масаж та аквааеробіка).

Висновки.

- проведення комплексної реабілітації хворих з хондромалією надколінка I-III ступеня, синдромом латеральної гіперпресії спадково схильного ґенезу у післяопераційному періоді - ефективно та обов’язково;
- включення в реабілітаційний комплекс гідрокінезотерапії (підводний масаж та аквааеробіка) є інноваційним та ефективним (статистично доведено) в післяопераційній реабілітації пацієнтів з синдромом латеральної гіперпресії надколінка.

Перспективи подальших досліджень – визначити вплив розробленої комплексної програми на тренувально-відновний період реабілітації.

Список використаної літератури

1. Корж Н.А. Филиппенко В.А., Дедух Н.В. (2004), « Остеоартроз – подходы к лечению», Вісник ортопедії, травматології та протезування, №3. С.75–78.
2. Сименач Б.И., Бабуркина Е.П., Пустовойт Б.А. (2015), Заболевания коленного сустава, обусловленные наследственной предрасположенностью (лечебно-диагностическая тактика), Харьков, 477 с.
3. Пустовойт К.Б. (2013), Роль диспластичних деформацій кісткових компонентів колінного суглоба у формуванні гонартрозу, прогноз його розвитку: автореф. дис. канд. мед. наук з травмат. та ортоп. , Харків, 20 с.
4. Пустовойт Б.А. (1996), Хірургічна профілактика диспластичного гонартрозу:





- автореф. дис. д-р мед. наук з травмат. та ортоп., Харків, 43с.
5. Герасименко М.А. (2011), Современный подход к диагностике и лечению острой и хронической латеральной нестабильности надколенника в молодом возрасте, Медицинский журнал, № 3. С.40-43.
 6. Мухін В.М. (2009), Фізична реабілітація, Київ, 486 с.
 7. Каптелін А. Ф. (1986), Гідрокінезотерапія в ортопедії і травматології, Москва, 224 с.
 8. Kalmykova, Yu.S. (2014), Metody doslidzhennya u fizychniy reabilitatsiyi: doslidzhennya fizychnoho rozvytku [Methods of research in physical rehabilitation: research on physical development], KhSAPC, Kharkiv.

Відомості про авторів

Пустовойт Борис Анатолійович, д-р мед. наук, професор. Харківська державна академія фізичної культури

E-mail: pustovoit203@gmail.com

ORCID.ORG/ 0000-0001-7534-4404

Пустовойт Катерина Борисівна, канд.мед.наук, асистент, Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра травматології, анестезіології та військової хірургії

E-mail: doctor.kat@rambler.ru

Стаття надійшла до редакції: 18.03.2018 р.
Опубліковано: 23.03.2018 р.



Можливості індивідуальної корекції тренувального процесу у легкоатлетів, тренуваних на витривалість

Станкевич Л.Г., Земцова І.І., Томілова Т.А.
Національний університет фізичного виховання і спорту
України, м. Київ, Україна

Мета: оптимальне керування тренувальним процесом можливе при наявності достовірної інформації про стан працездатності спортсменів і про досягаєми ефект керуючих впливів, тобто про наслідки застосованих засобів і методів тренування, спрямованих на підвищення економічності функціонування організму спортсмена.

Матеріали і методи: У дослідженні взяли участь 10 спортсменів (бігуни на середні дистанції та стайєри) кваліфікації МС, МСМК. Испитовані знаходились на етапі спеціалізованої підготовки підготовчого періоду. Концентрацію лактату у крові визначали з використанням швидкодіючого біохімічного варіофотометра фірми

«DiaglobalGmbH» (Німеччина) з використанням готових наборів реактивів. Реєстрація частоти серцевих скорочень проводилась за допомогою «SportTesterPolar» (Фінляндія).

Результати: при роботі на витривалість співвідношення аеробних і анаеробних процесів енергозабезпечення визначає всю її структуру і метаболічне забезпечення. Визначення ПАНО за показником лактату у крові легкоатлетів та визначенням залежності ЧСС/потужність дозволило визначити середнє рекомендоване значення швидкості бігу, для здійснення цілеспрямованого підвищення рівня спеціальної працездатності – збільшення швидкості бігу за вмістом лактату у крові.

Висновки: розглянуто напрями підвищення ефективності управління тренувальним процесом в легкій атлетичі, та рекомендована індивідуальна корекція тренувального процесу легкоатлетів, тренуваних на витривалість, за допомогою визначення анаеробного порогу на етапі спеціалізованої підготовки підготовчого періоду.

Ключові слова: спорт, ПАНО, лактат, кров, метаболізм.

Цель: оптимальное управление тренировочным процессом возможно при наличии достоверной информации о состоянии работоспособности спортсменов и о достигаемом эффекте управляющих воздействий, то есть о последствиях применяемых средств и методов тренировки, направленных на повышение экономичности функционирования организма спортсмена.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 10 спортсменов (бегуны на средние дистанции и стайеры) квалификации МС, МСМК. Спортсмены находились на этапе специализированной подготовки подготовительного периода. Концентрацию лактата в крови определяли

Purpose: optimal control of the training process is possible in the presence of reliable information about the state performance of athletes' and about the achievable effect of the controlling influences, that is, the consequences of the used means and methods of training, aimed at increasing the efficiency of the functioning of athlete's body. **Materials and methods:** 10 athletes (mid-range runner and starter) qualification MS, MSMC participated in the study. They were at the stage of specialized preparation of the preparatory period. The concentration of lactate in the blood was determined using a fast-acting biochemical vario photometer of the company "DiaglobalGmbH" (Germany)





с использованием быстродействующего биохимического вариофотометра фирмы «DiaglobalGmbH» (Германия) с использованием готовых наборов реактивов. Регистрация частоты сердечных сокращений проводилась с помощью "SportTesterPolar" (Финляндия). **Результаты:** при работе на выносливость соотношение аэробных и анаэробных процессов энергообеспечения определяет всю ее структуру и метаболическое обеспечение. Определение ПАНО по показателю лактата в крови легкоатлетов и определения зависимости ЧСС / мощность позволило определить среднее рекомендуемое значение скорости бега, для осуществления целенаправленного повышения уровня специальной работоспособности - увеличение скорости бега по содержанию лактата в крови. **Выводы:** рассмотрены направления повышения эффективности управления тренировочным процессом в легкой атлетике, и рекомендована индивидуальная коррекция тренировочного процесса легкоатлетов, тренирующихся на выносливость, посредством определения анаэробного порога на этапе специализированной подготовки подготовительного периода. **Ключевые слова:** спорт, ПАНО, лактат, кровь, метаболизм.

using ready-made reagent sets. The registration of heart rate (heart rate, bpm-1) was performed with the help of "SportTesterPolar" (Finland). **Results:** During the endurance work the ratio of aerobic and anaerobic energy supply processes determines its entire structure and metabolic supply. Determination of PANO by the indicator of lactate in the blood of athletes and determining the dependence of heart rate/power allowed to determine the average recommended speed value for the purposeful increase of the level of special ability to work – an increase in the speed of running according to the content of lactate in the blood of 4 mmol/l. **Conclusions:** the directions of increasing the efficiency of management of the training process in athletics are considered, and one-way correction of the training process of athletes trained for endurance by means of determining the anaerobic threshold at the stage of specialized preparation of the preparatory period is recommended. **Keywords:** sport, PANO, lactate, blood, metabolism.

Вступ. У сучасному спорті вищих досягнень обов'язковою складовою тренувального процесу є використання граничних навантажень. Однак тренувальні та змагальні навантаження викликають ряд функціональних порушень у спортсменів, призводять до перенапруження діяльності органів та фізіологічних систем, зростанню травматизму, зниженню рівня спортивних результатів і скороченню тривалості виступів на етапі збереження спортивних досягнень [1;8]. Тому вдосконалення системи контролю за функціональним станом спортсменів має важливе значення, оскільки це необхідно для вирішення питань, пов'язаних з адекватним використанням тренувальних і відновлювальних засобів [4;7]. Особливо актуальним є використання комплексного контролю за підготовкою спортсменів-легкоатлетів, що відображає зміни, які відбуваються в окремих органах і тканинах, а також стан всього організму [2;3;14]. Зокрема біохімічна характеристика впливу тренувальних навантажень в різних зонах інтенсивності в процесі контролю, який здійснюється в польових умовах обстеження спортсменів, дозволяє судити про стан тренуваності, резервні можливості організму,



спрямованість і ефективність використання тренувальних впливів [3;5].

Систематичні тренувальні заняття викликають в організмі спортсмена адаптаційні зміни, що зумовлюють певний рівень його підготовленості. Основу цих змін становить пошук організмом оптимальних шляхів переходу з одного функціонального стану в інший за рахунок тимчасової перебудови пристосувальних реакцій з метою досягнення необхідного адаптаційного результату - якісно нового стану, що дозволяє спортсменові проявити максимальну працездатність. Цей стан зумовлений перемиканням організму на більш високий рівень регуляції і координації функцій організму та метаболізму.

При бігу на середні дистанції істотну роль відіграють всі три шляхи енергозабезпечення і концентрація лактату в крові може значно підвищуватися знижуючи буферні резерви до 50%. Велику роль в енергозабезпеченні роботи на цих дистанціях відіграють аеробні механізми, що посилюються до максимального рівня.

Накопичення молочної кислоти при анаеробної роботі знаходиться в прямій залежності від потужності і тривалості фізичного навантаження. Потужність фізичного навантаження, при якому виявляється виразне посилення анаеробних реакцій, називають порогом анаеробного обміну (ПАНО). Концентрація молочної кислоти в крові на рівні ПАНО становить 4 ммоль·л-1.

Для визначення ПАНО можна використовувати і непрямі методи, використовуючи насамперед, реєстрацію частоти серцевих скорочень в процесі виконання тестувальних фізичних навантажень зростаючої потужності [2;3;5].

Визначення ПАНО дозволяє оцінити функціональні і енергетичні можливості спортсменів, рівень метаболічної і функціональної реакції організму на тестові навантаження різної енергетичної спрямованості, здійснювати індивідуальну корекцію тренувального процесу [4;6;8;9;10].

Якість тренувальної роботи в першу чергу визначається ступенем відповідності спрямованості тренувального впливу необхідним адаптаційним перебудовам в організмі спортсмена [11;12]. Дослідниками засвідчено [7;8;13], що для об'єктивної оцінки спрямованості впливу навантаження в видах діяльності на витривалість найбільш перспективним критерієм є визначення ПАНО. Цьому показнику відповідає інтенсивність навантаження, що виконується переважно в аеробному режимі, і дозволяє підтримувати її тривалий час [2;3;5]. Отже, підвищення рівня ПАНО - одна з найважливіших задач підготовки легкоатлетів, які тренуються на витривалість - бігунів на довгі та середні дистанції і для її вирішення оптимальними вважаються навантаження з інтенсивністю навантаження на рівні ПАНО (порогові навантаження) [1;4;10].

Встановлено, що ефективність підготовки спортсменів, які тренуються на витривалість, залежить від точності контролю інтенсивності порогового навантаження, яка може бути забезпечена тільки при індивідуальному підході, оскільки орієнтація на середні норми серед спортсменів певних спеціалізацій - один із серйозних недоліків сучасних методичних рекомендацій з дозування граничних навантажень [2]. На кожному з виділених рівнів підготовленості існує обсяг навантажень, перевищення або недовиконання якого призводить до зниження ефективності підготовки, тобто існує оптимум обсягу граничних





навантажень [5;8;12]. Цей оптимум, виражений у відсотках від загального обсягу, збільшується в міру зростання підготовленості [9;11;13].

Зв'язок роботи з науковими планами, темами. Робота виконувалась в рамках держбюджетної теми: 2.8 "Особливості соматичних, вісцеральних та сенсорних систем у кваліфікованих спортсменів на різних етапах підготовки» та 2015-1 «Використання ерогенних факторів у практиці підготовки кваліфікованих спортсменів» Зведеного плану НДР у галузі фізичної культури та спорту на 2016 – 2020 рр.

Формулювання мети та завдань роботи – науково-практичне обґрунтування визначення ПАНО методом побудови лактатної і пульсової кривої з метою використання індивідуальних тренувальних режимів спортсменами – легкоатлетами, які спеціалізуються у прояві витривалості (бігуни на середні дистанції та стайери).

Методи та організація досліджень. Дослідження проведено на експериментальній базі Державного науково-дослідного інституту фізичної культури і спорту за участю спортсменів, які спеціалізуються в бігу на витривалість (стайери марафонці) спортивної кваліфікації МС, МСМК. Всього було обстежено 10 спортсменів віком від 17 до 25 років, стаж занять спортом 6 - 15 років. Спортсмени знаходились на спеціалізованому етапі підготовчого періоду річного циклу підготовки.

Визначення концентрації лактату в крові здійснювали за допомогою швидкодіючого біохімічного варіофотометра фірми «DiaglobalGmbH» (Німеччина) з використанням готових наборів реактивів. Реєстрація частоти серцевих скорочень (ЧСС, уд • хв⁻¹) під впливом тестувальних фізичних навантажень проводилась за допомогою "SportTesterPolar" (Фінляндія). Для визначення анаеробного порогу досліджувані спортсмени виконували тестові фізичні навантаження – серію повторних відрізків дистанції з поступовим збільшенням їх інтенсивності. Результати дослідження та їх обговорення.

Результати дослідження та їх обговорення. Управління та корекція тренувального процесу в спорті передбачає вибір оптимальних тренувальних впливів на організм спортсмена (вправ, методів, програм тренування), які є адекватними його стану і сприяють зростанню тренуваності. Управління станом спортсмена і переведення його діяльності на новий, більш ефективний рівень працездатності можливо лише в випадку об'єктивної комплексної інформації про стан різних сторін його підготовленості.

Дослідження біохімічних і фізіологічних процесів, що відбуваються в організмі спортсмена при напруженій м'язовій діяльності, створює основу для використання різних засобів і методів, що підвищують фізичну працездатність, і є однією з найважливіших завдань наукових досліджень в підготовці спортсменів. У зв'язку з цим науковий інтерес представляють питання, пов'язані з уточненням ролі деяких проміжних продуктів обміну речовин, оскільки їм, відповідно із законами складних внутрішньосистемних взаємозв'язків, належить суттєва роль у забезпеченні процесу адаптації організму до фізичних навантажень. Однією з таких речовин, які проявляють певну біологічну активність в організмі, є лактат, який є важливим фактором формування спрямованого тренувального ефекту [5;7;8]. Показник лактату у крові не можна розглядати тільки як фактор, що ушкоджує. Він стимулює прояв повної реалізації резервів функціональних систем і





розвиток їх потужності [2;3]. Показано, що робота при значенні лактату у крові в межах 3,5 – 6 ммоль/л є стимулом розвитку витривалості. Тому показником спеціальної витривалості є порог анаеробного обміну (ПАНО), тобто потужність роботи при лактаті у крові 4 ммоль/л [3;4;5].

Одне з найважливіших положень визначення ПАНО ґрунтується на основі порівняння результатів вимірювання ПАНО за характерними змінами (злами) в динаміці ЧСС і концентрації лактату в крові при подоланні повторних відрізках дистанції з поступовим збільшенням інтенсивності навантаження, або зменшенням часу виконання відрізка.

Однак виражені відмінності форми і положення лактатної кривої відзначаються у спортсменів різної спортивної спеціалізації [6;13]. Для підвищення адаптаційного потенціалу та запобігання стану перенапруження спортсменів нами був проведений контроль індивідуальної метаболічної та функціональної реакції спортсменів, які спеціалізуються в бігу на середні та стаєрські дистанції.

Індивідуальну реакцію спортсменів на навантаження за показником ПАНО визначали, аналізуючи працездатність в ході виконання спеціального теста: серії повторних відрізків дистанції з поступовим збільшенням їх інтенсивності.

У іспитованих спортсменів різної спортивної спеціалізації спостерігалися виражені відмінності форми і положення лактатної кривої. Її значимість для оцінки функціональної підготовленості спортсменів знижується в міру скорочення дистанції бігу. Виразні відмінності відмічались і в залежності ЧСС/потужність.

Розглянемо першу групу спортсменів (табл. 1), які спеціалізуються в бігу на середні дистанції (800м та 1500м). Спортсмени виконували роботу, яка складалась із серії відрізків із запланованим часом виконання. Виявилось, що швидкість бігу на рівні анаеробного порогу у спортсменів були індивідуальними.

Таблиця 1

Швидкість пересування бігунів на середні дистанції (800 –1500м) при вмісті лактату у крові 4 ммоль·л⁻¹ та точці зламу залежності ЧСС/потужність

№ за/п /стать	Порогові значення швидкості бігу, м/сек		Середні рекомендовані значення
	при вмісті лактату у крові 4 ммоль·л ⁻¹	на точці зламу залежності ЧСС/потужність	
1(м)	5,45	150 /6, 06	5,75
2(ж)	4,86	180/4,86	4,86
3 (ж)	4,80	156/5,17	4,98
4(ж)	9,45	174/9,48	9,46

Аналіз одержаних даних свідчить, що у трьох іспитованих (1 – 3) значення порогових швидкостей є більш близькими, ніж у іспитованої 4. Суттєво відрізняються і значення порогової ЧСС: у іспитованих 1 і 3 – в аеробно – анаеробній зоні енергозабезпечення, а у іспитованих 2 і 4 – при інтенсивності, яка відповідає переважно анаеробному енергозабезпеченню роботи.

Порівнюючи порогові значення швидкості бігу легкоатлетів на даному етапі підготовки, можна констатувати значно більший рівень спеціальної тренуваності спортсменки 4. Першим трьом іспитованим доцільно тренуватись на рівнях порогових значень швидкості, які сприяють росту витривалості. Виходячи із одержаних даних видно, що порогові значення швидкості бігу і ЧСС в усіх іспитованих є індивідуальними і їх необхідно враховувати в процесі тренувальної діяльності.

Для зростання досягнень бігунів на середні дистанції виключне значення мають можливості анаеробного і аеробного гліколізу, ємність буферних систем,





можливості серцево-судинної системи та дихання, підвищення можливостей яких внаслідок правильної організації тренувального процесу має сприяти покращенню спортивних результатів [4;5].

Проте, дані джерел літератури свідчать про залежність значущості визначення ПАНО від дистанції: найбільш висока кореляція між швидкістю бігу при ЧСС анаеробного порогу і результатом в змаганнях відзначається у бігунів на довгі дистанції ($r=0,99$), для бігу на 5 км ця кореляція зменшується ($r=0,92$); значно менше вона для подолання дистанції 1500 м і нижче [2;3;5], тобто в бігу на середні дистанції.

Наступна група спортсменів-легкоатлетів (стайери) виконувала серію повторних відрізків довжиною 1200м з поступовим зменшенням часу їх виконання. Із поступовим переходом функціонування біоенергетичних систем від одних умов до інших визначали порогові значення ЧСС і швидкість бігу на рівні ПАНО. Визначення індивідуальних порогових швидкостей виконання серії відрізків зростаючої потужності має істотне значення для управління тренувальним процесом.

Інтенсивність навантаження задалась за темпом проходження відрізків, час виконання яких поступово зменшувався. За вмістом молочної кислоти у крові і значенням ЧСС, визначених у спортсмена в кінці кожного відрізка, можна побудувати лактатні криві і залежність ЧСС/потужність, що дозволяють досить точно визначити середні індивідуальне значення ПАНО (табл. 2).

Таблиця 2

Швидкість бігу у легкоатлетів – стаєрів при вмісті лактату у крові 4 ммоль·л⁻¹ і точці зламу залежності ЧСС/потужність

№ за/п /стать	Порогові значення швидкості бігу, м/сек		Рекомендовані середні значення швидкості
	при вмісті лактату у крові 4 ммоль·л ⁻¹	на точці зламу залежності ЧСС/потужність	
5 (м)	5,85	174/6,19	6,02
6 (м)	6,06	174/5,91	5,98
7 (ж)	5,67	182/5,45	5,56
8 (м)	6,35	190/6,35	6,35
9 (ж)	5,85	178/5,29	5,57
10 (ж)	3,77	174/3,77	3,77
Середнє значення			5,58

Одержані при тестуванні стайєрів значення швидкості бігу при вмісті лактату у крові 4 ммоль·л⁻¹ суттєво відрізнялися. Особливо це стосується іспитованої 10, у якої порогова швидкість була найменшою. В усіх інших бігунів – стаєрів ці значення були близькими. Проте, спортсмени досягали значення ПАНО за різних значень ЧСС: найбільші пульсові режими були у спортсменів 7 і 8 при такій же приблизній швидкості бігу, як у інших легкоатлетів цієї ж групи, тобто більшою ціною, що не на користь економічності м'язової діяльності. Тому основними напрямками тренувальної роботи стаєрів повинно бути проведення основного обсягу тренувальної діяльності при швидкості бігу на рівні 4 ммоль/л, яка повинна визначатися кожні місяць – півтора.

Таким чином визначення анаеробного порогу в практиці біохімічного контролю може бути використано як показник рівня спеціальної підготовленості спортсмена. Цей показник застосовується для оцінки динаміки якісних змін стану витривалості у спортсменів, визначення ефективності впливу різних фізичних





вправ і їх комбінацій на розвиток витривалості, для корекції і управління процесом підготовки спортсмена, є підставою для застосування медико-біологічних чинників - біологічно активних речовин, дієтичних добавок, продуктів підвищеної біологічної цінності та фармакологічних засобів з метою підвищення ефективності м'язової діяльності.

Висновки. Визначення порогу анаеробного процесу (ПАНО) є дієвим механізмом, використовуваним для управління і корекції тренувального процесу у спортсменів, тренуваних на витривалість. Для його визначення можна використовувати інвазивні методи (з використанням крові) і неінвазивні (за легеневою вентиляцією, ЧСС й ін..), а також їх поєднання.

Значущість визначення ПАНО зростає із збільшенням дистанції: найбільш висока кореляція між швидкістю бігу при ЧСС анаеробного порогу і результатом в змаганнях відзначається у бігунів на довгі дистанції ($r=0,99$), для бігу на 5 км ця кореляція зменшується ($r=0,92$); значно менше вона для подолання дистанції 1500 м і нижче.

Визначення ПАНО за показником лактату у крові легкоатлетів та визначенням залежності ЧСС/потужність дозволяє визначити середнє рекомендоване значення швидкості бігу, яке є основою для здійснення цілеспрямованого підвищення рівня спеціальної працездатності – збільшення швидкості бігу за вмістом лактату у крові 4 ммоль/л.

Особливості тілобудови та функцій організму окремих легкоатлетів, які визначають специфічність процесу адаптації до певних фізичних вправ, диктують необхідність здійснення індивідуального моніторингу ПАНО.

Визначення ПАНО є основою для можливого використання додаткових (медико-біологічних) чинників підвищення спеціальної працездатності – дієтичних добавок, продуктів підвищеної біологічної цінності, фізичних та фармакологічних засобів й ін.

Перспективи подальших досліджень. Наступні дослідження планується проводити в динаміці в різні періоди підготовки спортсменів.

Список використаної літератури

1. Земцова І. І., Олійник С. А. (2010) Практикум з біохімії спорту: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. – Київ: Олімп. література.
2. Зорин А.И. (1990) Использование критерия «анаэробный порог» для развития выносливости стайэров: Научно-спортивный вестник, №1, 30-36.
3. Державний науково-дослідний інститут фізичної культури і спорту. (1997). Лактатный порог и его использование для управления тренировочным процессом: Мет. рек. для трен. и спорт. 4 вып. Київ: ГНИИФКС.
4. Аврутин С.Ю., Артюшенко А.Ф., Беца Н.Н., Бобровника В.И., Совенко С.П., Колота А.В. (Ред.). (2017). Легкая атлетика: учебник. Київ: Логос.
5. Платонов В. Н. (2015). Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и её практические приложения: учебник. Т. 1. Київ: Олимпийская литература.
6. Полищук В.Д. (2001). Легкоатлетическое десятиборье. Київ: Наук. світ.
7. Станкевич Л.Г., Земцова І.І. (2016). Метаболічні зміни в організмі лижників-гонщиків внаслідок дії комплексу тесту вальних навантажень:Актуальні проблеми фізичної культури і спорту. Науково-теоретичний журнал, №37 (3), 44-48.





8. Станкевич Л.Г., Земцова І.І., Осипенко Г.А. (2015). Індивідуальні адаптаційні реакції організму спортсменів на комплекс контрольних-тестувальних навантажень: I Міжнародна заочна науково-практична конференція «Проблеми, досягнення та перспективи розвитку медико-біологічних і спортивних наук». Укр.журн.мед. біології та спорту, №1 (1), 268-272.
9. Хмельницька Ю.К., Філіппов М.М. (2015). Характеристика функціональної напруженості кваліфікованих лижниць при проходженні підйомів різної складності: Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фіз.вих. і спорту, №10, 70-76.
10. Aedma M., Timpmann S., Ööpik V., Eur J (2015). Dietary sodium citrate supplementation does not improve upper-body anaerobic performance in trained wrestlers in simulated competition-day conditions: Appl Physiol, Vol. 115 (2), 387-396.
11. Dunkin J. E., Phillips S. M., Strength J. (2017). The Effect of a carbohydrate mouth rinse on upper-body muscular strength and endurance: Cond Res, Vol. 31(7), 1948-1953.
12. Jäger R., Kerksick C. M., Campbell B. I. (2017). International society of sports nutrition position stand: protein and exercise: J Int Soc Sports Nutr, Vol. 20, 14-20.
13. Khodae M., Olewinski L., Shadgan B., Kiningham R. R. (2015). Rapid weight loss in sports with weight classes: Curr Sports Med Rep, Vol. 14 (6), 435-441.
14. Filenko, L., Ashanin, V., Basenko, O., Petrenko, Y., Poltorarska, G., Tserkovna, O., Kalmykova, Y., Kalmykov, S., Petrenko Y. (2017). «Teaching and learning informatization at the universities of physical culture». Journal of Physical Education and Sport, 17(4), 2454-2461.

Відомості про авторів

Станкевич Людмила Григорівна, канд. наук з фіз. виховання і спорту, доцент. Національний університет фізичного виховання і спорту України, кафедра медико-біологічних дисциплін

E-mail: Redka65@ukr.net

ORCID.ORG/ 0000-0002-8521-5363

Земцова Ірина Іванівна, канд. біол. наук, доцент. Національний університет фізичного виховання і спорту України, кафедра медико-біологічних дисциплін

Томілова Тетяна Аркадіївна, викладач фізичної культури. Київ, Школа №40

Стаття надійшла до редакції: 05.03.2018 р.
Опубліковано: 23.03.2018 р.





Комплексна фізична реабілітація осіб другого зрілого віку при великовогнищевому інфаркті міокарда на санаторному етапі

Хвостенко А.І., Дугіна Л.В.
Харківська державна академія фізичної культури
м. Харків, Україна

Мета: науково обґрунтувати, розробити й оцінити ефективність програми фізичної реабілітаційної осіб другого зрілого віку хворих на великовогнищевий інфаркт міокарда на санаторному етапі. **Матеріал і методи дослідження:** Дослідження проводилося на базі санаторію «Сосновий бір» м. Зіньків. В експерименті взяли участь 48 осіб, які були довільно розділені на основну та контрольну групи (по 24 особи). **Результати:** виявлено низький рівень фізичної активності та толерантності до фізичних навантажень, повторне обстеження довело, що толерантність до фізичного навантаження збільшилась і загальний стан покращився, поліпшення переносимості фізичного навантаження значно зросло. **Висновки:** аналіз проведеного експериментального дослідження виявив статистично значуще поліпшення функціонального стану хворих з великовогнищевим інфарктом міокарда, їх фізичної активності, а отже, і доцільність застосування запропонованої програми фізичної реабілітації осіб з великовогнищевим інфарктом міокарда.

Ключові слова: великовогнищевий інфаркт міокарда, лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, санаторний етап.

Аннотація. Физическая реабилитация лиц второго зрілого віку при крупноочаговом інфаркте міокарда на санаторном етапі. **Цель:** научно обосновать, разработать и оценить эффективность программы физической реабилитационной больных крупноочаговий інфаркт міокарда на санаторном етапі человек среднего віку. **Материал и методы исследования:** Исследование проводилось на базе санатория «Сосновий бор» г. Зеньков. В эксперименте приняли участие 48 человек, которые были разделены на контрольную и основную группы (по 24 человека). **Результаты:** выявлен низкий уровень физической активности, и толерантности к физическим нагрузкам, повторное обследование показало, что толерантность к физической нагрузке увеличилась и общее состояние улучшилось, улучшения переносимости физической нагрузки значительно возросло. **Выводы:**

Abstract. Comprehensive physical rehabilitation with extensive myocardial infarction at the sanatorium of people of second adulthood. **Purpose:** to scientifically substantiate, develop and evaluate the effectiveness of the program of physical rehabilitation of patients with large-scale myocardial infarction at the sanatorium stage of middle-aged people. **Material and Methods:** theoretical analysis and generalization of modern scientific and methodological literature data on the methods of complex rehabilitation after myocardial infarction. The study was conducted on the basis of the sanatorium "Sosnovy Bor", Mr. Zenkov. 48 people took part in the experiment, 24 of them made up the main group, and others - the control group. **Results:** The results revealed a low level of physical activity, and tolerance to physical exertion, a re-examination showed that tolerance to physical activity increased and the general condition improved,





анализ проведенного экспериментального исследования показал статистически значимое улучшение функционального состояния больных с крупноочаговым инфарктом миокарда, их физической активности, а следовательно, и целесообразность применения предложенной программы физической реабилитации лиц с крупноочаговым инфарктом миокарда. **Ключевые слова:** крупноочаговый инфаркт миокарда, лечебная физическая культура, лечебный массаж, санаторный этап.

improving the tolerance of exercise increased significantly. **Conclusions:** the analysis of the conducted experimental study showed a statistically significant improvement in the functional state of patients with large-heart attack of myocardium, their physical activity, and, consequently, the expediency of using the proposed program of physical rehabilitation of persons with large-focal myocardial infarction. **Keywords:** large myocardial infarction, therapeutic physical culture, therapeutic massage, sanatorium stage.

Вступ. Впродовж останніх 20 років інфаркт міокарда, як одна з форм ішемічної хвороби серця [19], є основною причиною смертності населення в більшості країн світу. Інфаркт міокарду – це гостре захворювання, зумовлене виникненням одного або декількох вогнищ ішемічного некрозу в серцевому м'язі, причиною яких є тромбоз і спазм судин серця [1;14]. У виникненні інфаркту мають значення такі фактори: гіперхолестеринемія, артеріальна гіпертонія [9;17], куріння, цукровий діабет, ожиріння [21;22], малорухливий спосіб життя [3;13]. Інфаркт міокарда є однією з основних причин інвалідності й смертності працездатного населення. Летальність при інфаркті міокарда становить 18,5 - 40%, значне число хворих вмирає від початку приступу й у більшості випадків до госпіталізації [2;4;11].

Фундаментальними дослідженнями на сьогодні доведено, що артеріальна гіпертензія [6;8;10] є провідним основним чинником розвитку ішемічної хвороби серця, інфаркт міокарда, цереброваскулярних захворювань, ниркової недостатності [1;15]. Роботи численних дослідників свідчать про позитивний вплив фізичних навантажень на організм хворих на інфаркт міокарда в процесі проведення програми фізичної реабілітації [5, 12, 15, 18].

Санаторний етап реабілітації проводиться у фазі одужання в місцевому кардіологічному санаторії, куди направляють хворого після стаціонарного лікування. Санаторний етап є природним продовженням програм стаціонарного етапу реабілітації, побудова і вміст яких, як і в попередньому, залежить від міри тягаря стану хворих інфарктом міокарду у фазі одужання. Вони визначаються мірою коронарної недостатності, наявністю ускладнень, супутніх захворювань і синдромів, характером поразки міокарду [16;20].

Зв'язок дослідження з науковими програмами, планами, темами. Магістерська робота виконувалась згідно пріоритетного тематичного напрямку 76.35. «Медико-біологічне обґрунтування проведення відновлювальних заходів і призначення засобів фізичної реабілітації особам молодого віку різного ступеня тренуваності». Номер державної реєстрації — 0116U004081».

Роль автора полягала в обґрунтуванні й апробації комплексної програми фізичної реабілітації у осіб другого зрілого віку, хворих на великовогнищевий інфаркт міокарда, на санаторному етапі та вивченні її впливу на функцію дихальної та





серцево-судинної систем.

Мета дослідження – науково обґрунтувати, розробити й оцінити ефективність програми фізичної реабілітаційної хворих на великовогнищевий інфаркт міокарда на санаторному етапі.

Методи дослідження: соціологічні (опитування та збір анамнезу для уточнення самопочуття, визначення суб'єктивної оцінки попередньо проведених реабілітаційних заходів на санаторному етапі реабілітації, експертне оцінювання якісних характеристик хворих на інфаркт міокарда); медико-біологічні методи (соматоскопія; антропометрія; використовувалися для дослідження гемодинамічних показників та рівня фізичної працездатності [7].); педагогічне спостереження (для отримання емпіричної інформації про стан осіб з інфарктом міокарда на санаторному етапі); педагогічний експеримент (перевірка ефективності авторської програми фізичної реабілітації осіб з інфарктом міокарда на стаціонарному етапі); методи математичної статистики (для опрацювання емпіричних даних на різних етапах дослідження).

Робота виконувалась на базі санаторію «Сосновий бір» м. Зіньків. В експерименті взяли участь 48 осіб з великовогнищевим інфарктом міокарда першого класу тяжкості, віком від 45 до 60 років. Було сформовано 2 групи: основну (чоловіки, n=13; жінки, n=11); та контрольну (чоловіки, n=16; жінки, n=8). Програма реабілітації при великовогнищевому інфаркті міокарда проходила 4 тижні за 3-ма руховими режимами: щадному, щадно-тренуючому та тренуючому.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз проведеного експериментального дослідження виявив позитивний вплив, а отже, і доцільність застосування запропонованої програми фізичної реабілітації при інфаркті міокарда на санаторному етапі. Авторська програма фізичної реабілітації осіб з великовогнищевим інфарктом міокарда на санаторному етапі будувалася із урахуванням таких загальноприйнятих принципів: свідомості, активності, індивідуалізації, наочності, послідовності, поступовості, повторності, системності [12;18].

Розроблений експеримент був підпорядкований вирішенню таких завдань:

1. Розробити комплексну програму реабілітації для осіб другого зрілого віку на санаторному етапі.
2. Простежити динаміку змін стану здоров'я пацієнтів до та після застосування програми фізичної реабілітації.
3. Визначити ефективність розробленої програми фізичної реабілітації.

До авторської програми реабілітації входило: кінезотерапія, масаж, психотерапія, фізіотерапія (апаратна), бальнеотерапія, кліматотерапія, дієтотерапія. Хворі контрольної групи займалися за програмою фізичної реабілітації за В.М. Мухіним, 2005 [12].

Сумарна товщина шкірної складки в основній групі зменшилась на 9,9% і складала $56,52 \pm 2,08$ см; в контрольній групі – зменшилась на 2,4% і складала $62,52 \pm 2,01$ см, що свідчить про вміст жирової тканини в організмі «вище середнього» – на рівні 26-30%. Порівнюючи антропометричні показники у хворих основної та контрольної груп, ми дійшли висновку, що при повторному обстеженні в основній





групі пацієнтів після застосування авторської програми фізичної реабілітації вони були кращими ($p < 0,05$). Дослідження гемодинамічних показників після застосування реабілітаційних заходів показало, що при повторному обстеженні достовірно зменшилися показники частоти серцевих скорочень, систолічного і діастолічного артеріального тиску у осіб основної групи ($p < 0,001$), в контрольній групі динаміка діастолічного тиску була статистично незначущою ($p > 0,05$) (таблиця 1).

Таблиця 1

Антропометричні показники обстежених хворих при первинному та повторному дослідженні ($M \pm m$)

Показники	Періоди дослідження		t	p
	Первинне дослідження	Повторне дослідження		
1	2	3	4	5
Основна група, n=24				
Маса тіла, кг	84,66±1,57	74,81±1,50	4,53	>0,001
Індекс маси тіла, кг/м ²	31,67±0,46	27,89±0,48	5,70	>0,001
Окружність живота, см	86,56±1,24	79,68±1,01	4,31	>0,001
Сумарна товщина шкірної складки: на задній поверхні плеча, на боці, на животі, мм	62,72±1,94	56,52±2,08	2,18	>0,05
Контрольна група, n=24				
Маса тіла, кг	86,30±1,69	81,95±1,70	1,82	<0,05
Індекс маси тіла, кг/м ²	31,48±0,49	29,73±0,45	2,62	<0,05
Окружність живота, см	85,40±1,28	83,28±1,20	1,21	<0,05
Сумарна товщина шкірної складки: на задній поверхні плеча, на боці, на животі, мм	64,08±2,04	62,52±2,01	0,55	<0,05

У основній групі частота серцевих скорочень при повторному обстеженні в порівнянні з первинним зменшилась на 19,8%, рівень систолічного артеріального тиску зменшився на 9,1%, рівень діастолічного артеріального тиску зменшився на 11,0%. Крім того, в основній групі зменшилась кількість хворих з наявністю підвищеного систолічного тиску з 19 осіб при первинному обстеженні до 8 осіб після застосування авторської програми фізичної реабілітації, підвищений діастолічний тиск реєструвався в 7 осіб при первинному обстеженні, при повторному – осіб з підвищеним діастолічним тиском зареєстровано не було. В основній групі збільшився рівень ударного об'єму з 66,98±1,74 до 68,23±1,12 мл ($p > 0,05$), при цьому хвилиний об'єм крові зменшився за рахунок зменшення частоти серцевих скорочень у обстежуваних хворих. Зменшення серцевий індекс з 3,16±0,09 до 2,68±0,07 л/хв./м², що свідчить про поліпшення функціонального стану серцево-судинної системи. Зростання ударного індексу до 37,01±0,88 мл/м² свідчить про наближення типу кровообігу у основній групі до найбільш оптимального. У хворих контрольної групи частота серцевих скорочень при повторному дослідженні в порівнянні з первинним





зменшилась на 8,8%, рівень систолічного артеріального тиску зменшився на 5,2%, рівень діастолічного тиску зменшився на 3,9% ($p > 0,05$). Кількість осіб з підвищеним систолічним артеріальним тиском зменшилась з 19 осіб при первинному до 18 осіб при повторному обстеженні. Кількість осіб контрольної групи з підвищеним діастолічним тиском зменшилась з 9 осіб при первинному до 6 – при повторному обстеженні. У пацієнтів контрольної групи при повторному обстеженні спостерігалось статистично незначуще зменшення рівня ударного об'єму з $65,42 \pm 1,95$ до $63,67 \pm 1,64$ мл та зменшення рівня хвилинного об'єму крові з $5949,7 \pm 133,5$ до $5286,9 \pm 116,1$ мл/хв. за рахунок як частоти серцевих скорочень, так і ударного об'єму крові. Зменшення ударного індекса у хворих контрольної групи з $34,08 \pm 1,19$ до $33,89 \pm 1,09$ мл/м² свідчить про наявність гіпокінетичного типу кровообігу. Порівнюючи показники діяльності серцево-судинної системи у хворих основної та контрольної груп, ми дійшли висновку, що при повторному обстеженні в основній групі пацієнтів після застосування авторської програми фізичної реабілітації вони (крім серцевого індексу) були кращими, що свідчить про економізацію роботи серцево-судинної системи ($p < 0,05$) (таблиця 2).

Таблиця 2

Динаміка гемодинамічних показників у хворих обох груп при первинному та повторному дослідженні (M±m)

Показники	Норма	Періоди дослідження		t	p
		Первинне дослідження	Повторне дослідження		
Основна група (n=24)					
ЧСС, уд./хв.	60-84	90,56±1,43	72,60±1,54	8,57	<0,001
САТ, мм рт.ст.	100-139	150,28±2,72	136,56±2,23	3,90	<0,001
ДАТ, мм рт.ст	60-89	81,60±2,39	72,60±1,39	3,26	<0,001
УО, мл	60-120	66,98±1,74	68,23±1,12	0,61	>0,05
ХОК, мл/хв.	3000-7000	6025,0±115,5	4933,5±95,0	7,34	<0,001
СІ, л/хв./м ²	2,5-4,5	3,16±0,09	2,68±0,07	4,28	<0,001
УІ, мл/м ²	40-50	35,29±1,19	37,01±0,88	1,16	>0,05
Контрольна група (n=24)					
ЧСС, уд./хв	60-84	91,68±1,53	83,60±1,51	3,76	<0,001
САТ, мм рт.ст.	100-139	152,36±2,94	144,48±2,52	2,03	<0,05
ДАТ, мм рт.ст	60-89	83,48±2,56	80,20±1,95	1,02	>0,05
УО, мл	60-120	65,42±1,95	63,67±1,64	0,69	>0,05
ХОК, мл/хв	3000-7000	5949,7±133,5	5286,9±116,1	3,75	<0,001
СІ, л/хв./м ²	2,5-4,5	3,08±0,09	2,81±0,08	2,14	<0,05
УІ, мл/м ²	40-50	34,08±1,19	33,89±1,09	0,12	>0,05

Примітка: ЧСС – частота серцевих скорочень; САТ і ДАТ – систолічний і діастолічний артеріальний тиск; УО – ударний об'єм крові; ХОК – хвилинний об'єм крові; СІ – серцевий індекс; УІ – ударний індекс.





Висновки.

1. Ґрунтуючись на аналізі наукової і методичної літератури, нами була складена комплексна програма фізичної реабілітації осіб другого зрілого віку при великогогнищевому інфаркті міокарда на санаторному етапі. Особливості даної програми полягають у використанні комплексу реабілітаційних заходів: кінезотерапії, масажу, психотерапії, фізіотерапії, бальнеотерапії, кліматотерапії, дієтотерапії.
2. Перевірено ефективність запропонованої програми фізичної реабілітації осіб другого зрілого віку при великогогнищевому інфаркті міокарда на санаторному етапі. Результати проведеного експериментального дослідження підтверджують статистичну значущість поліпшення функціонального та психоемоційного стану.
3. Проведення лікувальних реабілітаційних заходів дало можливість більш швидко здійснити повернення до повноцінного життя хворих на великогогнищевий інфаркт міокарда.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою алгоритму реабілітаційних заходів після великогогнищевого інфаркту міокарда на диспансерному етапі.

Список використаної літератури

1. Авдулина, А.С. (1995). Лечебная физическая культура при сердечно-сосудистых заболеваниях. Москва: Медицина.
2. Банникова, Р.А. (2010). Физическая реабилитация больных инфарктом миокарда на стационарном этапе лечения. Київ: УГУВФС.
3. Грацианский, Н.А. (2000). Лечение и предупреждение обострения ишемической болезни сердца (острых коронарных синдромов). Международный журнал в медицинской практике, 11, 44-45.
4. Епифанов, В. А. (2009). Лечебная физическая культура и спортивная медицина. Київ.
5. Єфіменко, П.Б. (2001). Техніка та методика масажу. Харків : ОВС.
6. Калмиков, С.А., Калмыкова, Ю.С., & Поруччикова, Л.Г. (2015). «Оценка эффективности методик лечебной физкультуры при гипертонической болезни». Проблеми безперервної медичної науки та освіти, №1(17), 19-24.
7. Калмикова, Ю.С. (2014). Методи дослідження у фізичній реабілітації: дослідження фізичного розвитку. Харків: ХДАФК.
8. Калмикова, Ю.С., & Яковенко, Л.Ю. (2015). «Особенности застосування методик лікувальної фізичної культури при гіпертонічній хворобі I стадії». Фізична культура, спорт та здоров'я: матеріали II Всеукраїнської студентської наукової інтернет-конференції, 10-11 грудня 2015 року. ХДАФК, Харків, 195-197.
9. Калмикова, Ю.С., Калмиков, С.А., & Садат, К.Н. (2017). «Застосування засобів фізичної терапії у відновному лікуванні гіпертонічної хвороби». Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології, №1, 16-26.





10. Калмыков, С.А., & Феде, Б.С. (2016). «Актуальные вопросы немедикаментозной терапии начальных стадий гипертонической болезни». Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології, №3, 101-108.
11. Макарова, И.Н. (Ред.). (2010). Реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Москва: ГЭОТАР-Медиа.
12. Мухін, В.М. (2005). Фізична реабілітація. Київ: Олімпійська література.
13. Николаева, Л.Ф., Аронов, Д.М. (1988). Реабилитация больных ИБС. Москва: Медицина.
14. Оганов, Р.Г., Фомина, И.Г. (2006). Болезни сердца. Москва: Литтерра.
15. Пешкова, О.В. (2011). Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів. Харків: СПДФО Бровін О.В.
16. Поллок, М.Л., Шмидт, Д.Х. (2000). Заболевания сердца и реабилитация. Киев: Олимпийская литература.
17. Рацун, М., Пешкова, О.В., & Калмиков, С.А. (2015). «Комплексна фізична реабілітація при гіпертонічній хворобі I стадії на санаторному етапі реабілітації». Актуальні проблеми медико-біологічного забезпечення фізичної культури, спорту та фізичної реабілітації: матеріали I Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., 23 квітня 2015 року, Харків, ХДАФК, 127-130.
18. Сидоренко, Г.И. (2000). Проблема защиты миокарда при неотложных состояниях. Медицинская панорама, 4, 14-16.
19. Турко, Л.В., & Калмиков, С.А. (2015). «Застосування засобів фізичної реабілітації при ішемічній хворобі серця». Збірник наукових праць Харківської державної академії фізичної культури, № 2, 219-225.
20. Швед, М.І., Левицька, Л.В. (2013). Сучасні стратегії лікування та реабілітації хворих на інфаркт міокарда. Київ: Медкнига.
21. Kalmykov, S. A., Kalmykova, Y. S., & Bezyazichnaya, O. V. (2014). «Study of variability of antropometric and hemodynamic parameters in patients with alimentary obesity on the background of application of physical rehabilitation techniques». Современный научный вестник, №3(2), 3-15.
22. Кириченко, М. П., Калмиков, С. А., & Калмикова, Ю. С. (2012). «Особенности реакций сердечно-судинної системи на фізичне навантаження у хворих на цукровий діабет 2-го типу під впливом засобів фізичної реабілітації». Експериментальна і клінічна медицина, №4, 71-73.

Відомості про авторів

Хвостенко Алла Іванівна, студентка магістратури МЗ-17ФР, кафедра фізичної реабілітації і рекреації. Харківська державна академія фізичної культури
E-mail: allaxvostenko@yandex.ru

Дугіна Ліана Вячеславівна, канд. наук з фіз. виховання і спорту, доцент.
Харківська державна академія фізичної культури

E-mail: lianadugina@gmail.com

ORCID.ORG/ 0000-0002-4278-4830

Стаття надійшла до редакції: 19.03.2018 р.
Опубліковано: 23.03.2018 р.





Совместная проектно-исследовательская деятельность педагогов, детей и родителей, как условие воспитания интереса к русским видам спорта

Черкашина Е.Н., Подгорная Е.Н.

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад комбинированного вида № 1 г. Белгорода

Цель: теоретическое обоснование и экспериментальная проверка эффективности применения игры «Городки» в процессе физического воспитания детей дошкольного возраста. **Материал и методы:** анализ и обобщение данных научно-методической литературы, педагогическое наблюдение, анкетирование и интервьюирование, педагогический эксперимент, оценка темпов прироста физических качеств по формуле В.И. Усаков, методы математической статистики. **Результаты:** выявлено высокий уровень интереса учащихся к игре «Городки». **Выводы:** зафиксировано положительное влияние игры «Городки» как на двигательную активность, уровень интересов, ценностей, так и на развитие физических качеств детей дошкольного возраста.

Ключевые слова: игра «Городки», дошкольный возраст, проект, физическое воспитание.

Мета: теоретичне обґрунтування та експериментальна перевірка ефективності застосування гри «Городки» в процесі фізичного виховання дітей дошкільного віку. **Матеріал і методи:** аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури, педагогічне спостереження, анкетування і інтерв'ювання, педагогічний експеримент, оцінка темпів приросту фізичних якостей за формулою В.І. Усакова, методи математичної статистики. **Результати:** виявлено високий рівень інтересу учнів до гри «Городки». **Висновки:** зафіксовано позитивний вплив гри «Городки» як на рухову активність, рівень інтересів, цінностей, так і на розвиток фізичних якостей дітей дошкільного віку. **Ключові слова:** гра «Городки», дошкільний вік, проект, фізичне виховання.

Purpose: theoretical justification and experimental verification of the effectiveness of the game "Gorodki" in the process of physical education of preschool children. **Material and methods:** analysis and generalization of data from scientific and methodological literature, pedagogical observation, questioning and interviewing, pedagogical experiment, assessment of the rates of growth of physical qualities according to the formula VI. Usakov, methods of mathematical statistics. **Results:** a high level of students' interest in the game "Gorodki" was revealed. **Conclusions:** the positive effect of the game "Gorodki" on movement activity, the level of interests, values, and on the development of physical qualities of preschool children was recorded. **Keywords:** game "Gorodki", preschool age, project, physical education.

Введение. В последние годы понятия «проект», «проектная деятельность», «социальные проекты» глубоко проникли в наш лексикон, в нашу жизнь. И






дошкольные образовательные учреждения не остаются в стороне от этого явления. Если еще каких-то пару лет назад мы только пытались разобраться, что же такое есть проект, то сегодня мы уже становимся призёрами в конкурсе городских проектов.

Чем вызван интерес к этому виду деятельности? Ведь метод проектов не нов и уже использовался в России в 1905 году. Под руководством С.Т.Шацкого работала группа российских педагогов по внедрению этого метода в образовательную практику. После революции метод проектов применялся в школах по личному распоряжению Н. К. Крупской. В 1931 г. постановлением ЦК ВКП(б) метод проектов был осужден как чуждый советской школе и не использовался вплоть до конца 80-х годов. Скорее всего, востребованность метода проектов в современных условиях вызвана новым видением модели выпускника детского сада, которая предполагает изменение характера и содержания педагогического взаимодействия с ребенком: если раньше на первый план выходила задача воспитания стандартного члена коллектива с определенным набором знаний, умений и навыков. То сейчас, стоит необходимость формирования компетентной, социально-адаптированной личности, способной ориентироваться в информационном пространстве, отстаивать свою точку зрения, продуктивно и конструктивно взаимодействовать со сверстниками и взрослыми. То есть акцент идет на развитие коммуникативных, нравственных качеств и социальную адаптацию. А коллективная проектная деятельность обеспечивает формирование этих качеств [1;3;4].

Метод проектов – это педагогическая технология, основой которой является самостоятельная деятельность детей: познавательно-исследовательская, игровая, коммуникативная, продуктивная, двигательная, в процессе поэтапной, спланированной практической деятельности по достижению намеченных целей. Через объединение различных видов деятельности формируется целостное видение картины окружающего мира.

Основное предназначение метода проектов — предоставление детям возможности самостоятельного приобретения знаний при решении практических задач или проблем, требующих интеграции знаний из различных образовательных областей. Из этого следует, что выбранная тема «проецируется» на все виды детской деятельности и на все структурные единицы образовательного процесса. Таким образом, получается целостный, а не разбитый на части образовательный процесс. Это позволит ребенку «прожить» тему в разных видах деятельности, не испытывая сложности перехода от предмета к предмету, усвоить большой объем информации, осмыслить связи между предметами и явлениями. На наш взгляд, широкие возможности для развития проектной деятельности предоставляет часть ООП, формируемая участниками образовательных отношений, которая планируется по инициативе участников образовательного процесса. Уже много лет в этой части ООП наше ДОУ использует парциальную программу «Играйте на здоровье», которая несёт в себе целостное, гуманистическое воздействие на личность, обеспечивает реализацию права каждого ребенка на постоянное физическое развитие. И надо сказать, создаёт условия для развития проектной деятельности [2;7].





Цель исследования состоит в теоретическом обосновании и экспериментальной проверке эффективности применения игры городки (спортивно-игрового комплекса игры городки) в процессе физического воспитания детей дошкольного возраста.

Объект исследования - процесс физического воспитания детей дошкольного возраста.

Предмет исследования - спортивно-игровой комплекс игры городки как средство обогащения двигательного развития и воспитание интереса к русским видам спорта детей дошкольного возраста.

Материал и методы исследования. Анализ и обобщение данных научно-методической литературы, педагогическое наблюдение, анкетирование и интервьюирование, педагогический эксперимент, оценка темпов прироста физических качеств по формуле В.И. Усакова, методы математической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. В нашем дошкольном образовательном учреждении разрабатывались и реализовывались 2 проекта с использованием парциальной программы и технологии физического воспитания детей 3-7 лет «Играйте на здоровье». Одним из них является познавательный-исследовательский проект: «ГОРОДКИ в каждый двор!».

«Городки» – неотъемлемая часть нашей истории и традиций. Последние 2 десятилетия среди массовых слоёв населения с городошным спортом ассоциируется только фрагмент из мультфильма «Ну, погоди!», когда Волк в погоне за Зайцем пронёсся через городошную площадку, по пути разметав все фигуры у Бегемота. Утрата былого интереса к «городкам» - факт, безусловно, печальный. Ведь городошный спорт, несомненно, относится к концепции национальной идеи – прежде всего в бережном отношении народа к своей истории, культуре, традициям, ко всему тому, что его объединяет [5;8;9].

Белгородские старожилы, вероятно, помнят, что много лет назад в нашем городе не были редкостью площадки для игры в городки. Исконно русский вид спорта пользовался особой любовью. Недаром в Белгороде тогда жило много классных мастеров биты. И лидером городошников по праву считался Григорий Емельянович Кукушкин. Не раз он отличался во всероссийских и всесоюзных соревнованиях. Любопытно, что Григорий Емельянович -единственный в нашей области спортсмен, удостоенный звания «Почётный мастер спорта» - за то, что в течение многих лет подтверждал нормативы мастера спорта СССР по городкам, за фанатичную преданность этому виду спорта и за высокие результаты, показанные на соревнованиях. По его инициативе в 1946 году в освобожденном Белгороде была создана детская спортивная школа, директором которой он стал. Его девизом стали замечательные слова: «Делай как я!». И его воспитанники учились терпеть, сжав зубы, идти настойчиво к поставленной цели, учились побеждать. И это всё мы узнали, когда вместе с детьми и родителями готовились к реализации проекта.

Реализация проекта позволила комплексно решить оздоровительные, воспитательные, образовательные, развивающие задачи, а именно [2;6;7]:

1. Формировать интерес к русской народной игре, познакомить с историей её





- возникновения, с фигурами для игр; развивать умения строить фигуры.
2. Развивать силу, координацию и точность движений, глазомер.
3. Развивать познавательные и творческие способности детей.
4. Формировать самостоятельность дошкольников в двигательной деятельности, умение сосредоточиться на поставленной задаче, чувство уверенности в своих силах.
5. Формировать положительное отношение к физической культуре и спорту, а также потребность к самостоятельным занятиям, к здоровому образу жизни.
6. Создать условия для участия родителей в образовательном процессе.

Что изменилось в результате реализации проекта?

У наших воспитанников появился свой собственный набор для игры в городки дома, который они используют на своих игровых площадках во дворах, во время летнего отдыха с родителями. А это значит, что игра увлекла, покорила и подарила радость. Игра в городки влияет не только на развитие ребенка, но и на его взаимоотношения с родителем. Если родитель вместе с ребенком вовлечен в процесс игры, то он становится ему лучшим другом и ему можно доверить все свои тайны.

Вот как ответили на вопрос анкеты родители: «Нужно ли вместе с детьми играть в городки?»:

1. Сушков Олег Иванович (папа Оли): «Игра интересная, не требует больших затрат».
2. Ковалёва Ирина Анатольевна (мама Алины): «Ребёнок с таким интересом увлёкся городками, что мы тоже теперь играем вместе с ней».
3. Кобзаренко Екатерина Александровна (мама Максима): «Мне кажется, что эта одна из немногих игра, которая подходит детям и взрослым разного возраста».

Мы убеждены, что совместная деятельность педагогов, родителей, детей по созданию и реализации проекта стимулировала интерес к исследовательской деятельности всех субъектов образовательного процесса, а именно:

1. В ходе исследования мы узнали, что игра в городки несёт не только развлекательный, но и тренирующий характер. Городки – игра не только народная, но и всепогодная. Может прав был наш русский полководец А.В. Суворов, который так объяснял своё страстное увлечение городками: "Игра в городки развивает глазомер, быстроту, натиск. Битою мечусь - это глазомер, битую бью - это быстрота, битую выбиваю - это натиск".
2. Сформировалась самостоятельность дошкольников в двигательной деятельности, умение сосредоточиться на поставленной задаче, чувство уверенности в своих силах. Дети самостоятельно могут играть в городки по правилам.
3. Дети стали авторами новых фигур для игры в городки.
4. У детей сформировался интерес к русской народной игре Городки, что подтверждают результаты интервьюирования детей. Перед дошкольниками были разложены карточки с видами спорта, и было предложено выбрать тот вид спорта, в который они хотели бы поиграть (рис. 1).



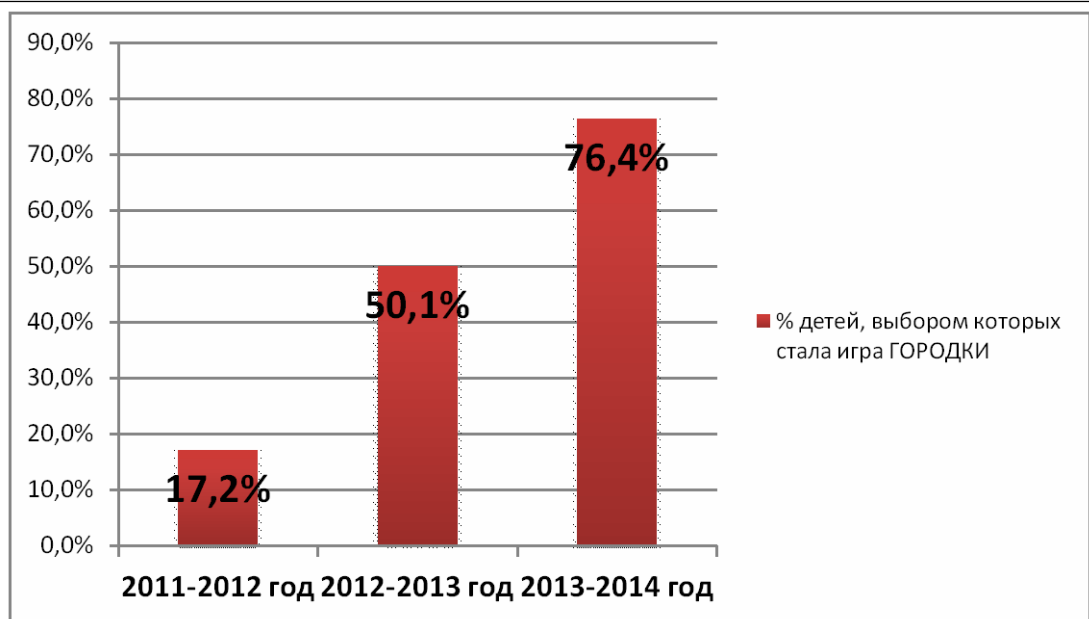


Рис. 1. Выбор видов спорта по интересам

Оценка темпов прироста физических качеств детей определялась по формуле В.И. Усакова (1):

$$W = (100 \times (V2 - V1)) / (0,5 \times (V1 + V2)) \quad (1)$$

- W - темп прироста показателей, %;
- V1 - исходный уровень;
- V2 - конечный уровень.

Игра положительно отразилась на развитии двигательных способностей детей, что подтверждает прирост показателей метания городка на дальность (рис. 2) и на меткость (рис. 3).

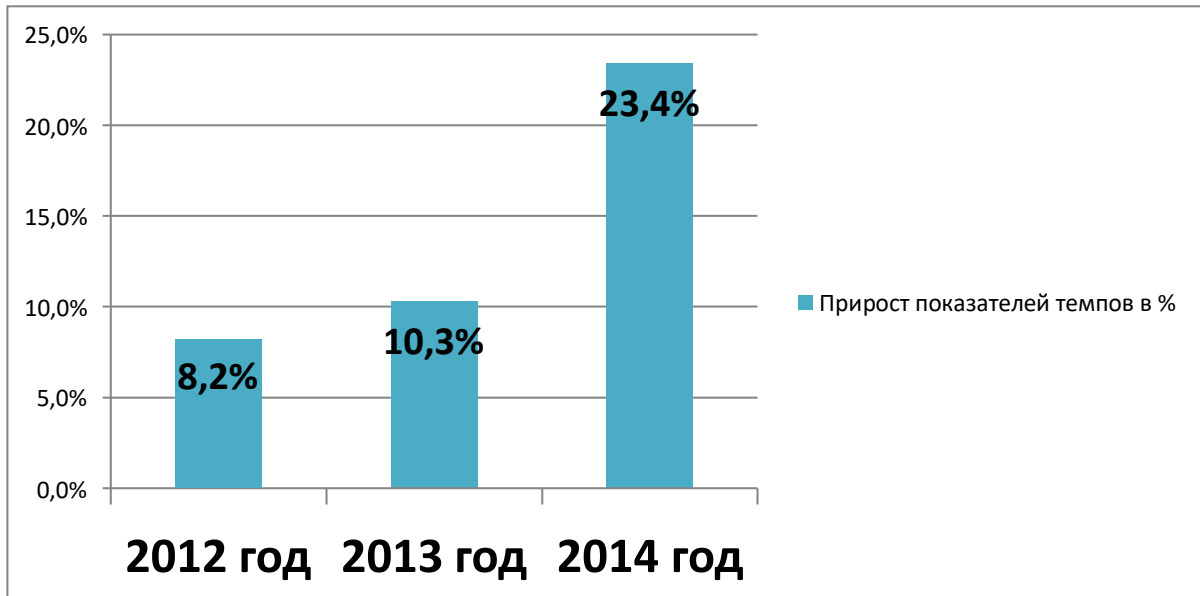


Рис. 2. Оценка темпов прироста показателей на дальность



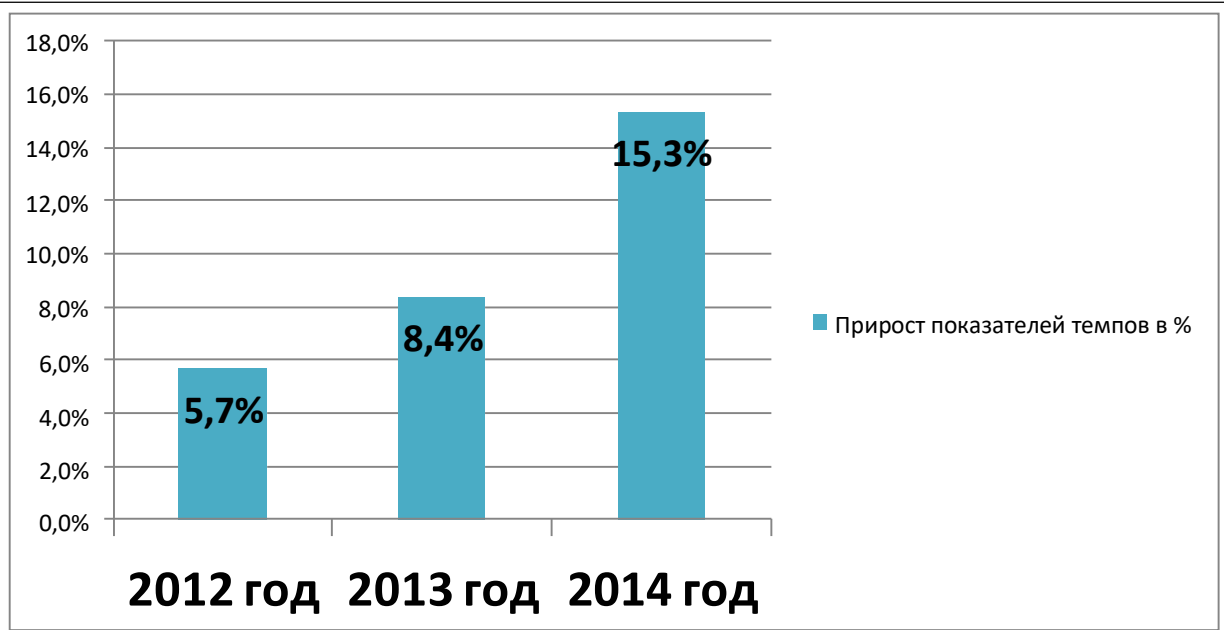


Рис. 3. Оценка темпов прироста показателей на меткость

Наши воспитатели, наблюдая за играми своих воспитанников, то же увлеклись игрой в городки. Мы провели в саду небольшие соревнования между воспитателями, и между воспитателями и детьми, после чего мы узнали, что и дети, и взрослые получали массу положительных эмоций от игры. Обстановка соревнований побуждает детей к движению и таким образом повышает двигательную активность детей, побуждает к общению. При этом малоактивные дети так увлекаются движением, что забывают об усталости, о том, что что-то не умеют делать, о своей неуверенности, что способствует формированию у малоподвижных детей силы воли и организационные умения.

А гиперактивные дети стали целенаправленно осваивать броски биты на точность, стремиться к результату, а не просто к действию. Играйте в Городки и будьте здоровы!

Выводы. Как показала практика, метод проектов очень актуален и эффективен. Сочетание различных видов детской деятельности во взаимодействии взрослых и детей в одном целом – проекте, закрепляет навыки воспитанников, помогает им открывать и познавать окружающую действительность гораздо быстрее и глубже. Ведь только заинтересовав каждого ребенка конкретным творческим делом, поддерживая детскую любознательность и инициативу, можно решить любую проблему.

Полученные в исследовании данные позволили подтвердить выдвинутое нами предположение относительно роли игры городки (спортивно-игрового комплекса игры городки) в формировании оптимальной двигательной активности и интереса к русским видам спорта детей дошкольного возраста. Они показали, что физкультурные занятия, построенные на игровом методе, эффективны в процессе формирования двигательной активности, способствуют проявлению творческой инициативы, самостоятельности, возникновению положительных эмоций.

Проведенное нами исследование не исчерпывает всех вопросов по





заданной проблеме. Нами определены **перспективные линии дальнейшей научной работы** о возможности применения спортивно-игровых комплексов на основе игры городки в системе физического воспитания младших школьников и детей младшего дошкольного возраста.

Список використаної літератури

1. Веракса, Н.Е., Веракса, А.Н. (2011). *Проектная деятельность дошкольников*. Москва: Мозаика Синтез.
2. Гагарова, Л.А., Самсонова, Е.В., Иванова, Н.В. (2017). Образовательный проект «Детский сад – дом дружбы». *Современное дошкольное образование. Теория и практика*, 9, 72–78.
3. Зайцева, Т.Ю. (Ред.). (2015). *Проектная деятельность в детском саду*, Материалы ежегодной международной научно-практической конференции «Воспитание и обучение детей младшего возраста». Москва.
4. Киселева, Л.С., Данилина, Т.А., Лагода, Т.С., Зуйкова, М.Б. (2006). *Проектный метод в деятельности дошкольного учреждения*. Москва: АРКТИ.
5. Ковалевский, А.К. (2005). *Обогащение двигательного развития детей старшего дошкольного возраста при использовании игры «городки»*. (Дис. канд. пед. наук). ГОУ ВПО «Уральский государственный педагогический университет», Екатеринбург.
6. Министерство образования и науки Российской Федерации. (2013). *Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования*: Москва.
7. Рунова, М.А. (2000). *Двигательная активность ребенка в детском саду*. Москва: Мозаика-Синтез.
8. Тохтарова, Э. Э. (2017). *Подвижные игры как средство физического развития детей среднего дошкольного возраста*, Материалы VI Международной научной конференции «Инновационные педагогические технологии». Казань.
9. Овчарова, И.В., Мячина, Т.Н., Борисюк, Е.В. (2016). *Развитие двигательной активности детей через разнообразные подвижные игры*, Материалы VI Международной научно–практической конференции «Образование и наука в современных условиях». Чебоксары.
10. Filenko, L., Ashanin, V., Basenko, O., Petrenko, Y., Poltorarska, G., Tserkovna, O., Kalmykova, Y., Kalmykov, S., Petrenko Y. (2017). «Teaching and learning informatization at the universities of physical culture». *Journal of Physical Education and Sport*, 17(4), 2454-2461.

Відомості про авторів

Черкашина Елена Николаевна, заведующий муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения детского сада комбинированного вида № 1 г. Белгорода. Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад комбинированного вида № 1 г. Белгорода.





Подгорная Елена Николаевна, инструктор по физической культуре.
Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад комбинированного вида № 1 г. Белгорода
E-mail: fktyrf79@mail.ru

Стаття надійшла до редакції: 21.03.2018 р.
Опубліковано: 23.03.2018 р.





Критерії сформованості ціннісного ставлення до свого здоров'я в учнів із вадами зору

Щелкунов Д.А., Богович С.В.
Державний вищий навчальний заклад «Донбаський державний педагогічний університет»
м Слов'янськ, Україна

Метою дослідження є визначити критерії оцінки сформованості в учнів із вадами зору ціннісного ставлення до свого здоров'я як пізнавально-емоційної структури. **Матеріал і методи:** для виявлення критерії оцінки сформованості в учнів школи-інтернату м. Слов'янська із вадами зору ціннісного ставлення до свого здоров'я були досліджені теоретико-методологічні закономірності виховання учнів. **Результати:** виявлено низку організаційно-педагогічних протиріч при формованні в учнів із вадами зору ціннісного ставлення до свого здоров'я як пізнавально-емоційної структури, встановлено критеріїв оцінки ефективності виховання в учнів із вадами зору ціннісного ставлення до свого здоров'я як до духовно-соціальної категорії. **Висновки:** охарактеризовано критерії, їхні структурні показники, рівні сформованості психолого-педагогічних явищ, що підлягають дослідженню, дозволяють нам у повному обсязі визначити ефективність розроблених організаційно-педагогічних умов і технологій виховання в учнів із вадами зору ціннісного ставлення до свого здоров'я як до духовно-соціального.

Ключові слова. вади зору, ціннісне ставлення, здоров'я, закономірності, сформованість, соціальна цінність.

<p>Целью исследования является определить критерии оценки сформированности у учеников с недостатками зрения ценностного отношения к своему здоровью как познавательно-эмоциональной структуры. Материал и методы: для выявления критерии оценки сформированности у учеников с нарушениями зрения школы-интерната г. Славянска ценностного отношения к своему здоровью были исследованы теоретико-методологические закономерности воспитания учащихся. Результаты: выявлен ряд организационно-педагогических противоречий при сформованные у учащихся с нарушениями зрения ценностного отношения к своему здоровью как познавательно-эмоциональной структуры, установлено критериев оценки эффективности воспитания у учащихся с нарушениями зрения ценностного отношения к своему здоровью как к духовно-социальной</p>	<p>Purpose: the purpose is to determine the criteria for assessing the formation of students with visual impairments of a value attitude to their health as a cognitive-emotional structure. Material and Methods: to identify the criteria for assessing the formation for schoolchildren of the with visual impairments boarding school Slavyansk valuable relation of theoretical and methodological patterns of education students have been investigated for their health. Results: the criteria, their structural indicators, levels of the formation of psychological and pedagogical phenomena. Conclusions: the criteria, their structural indicators, the levels of the formation of psychological and pedagogical phenomena are characterized. Keywords. Impaired vision, value attitude, health, regularities, formation, and social value.</p>
--	--





категорії. **Висновки:** охарактеризовані критерії, їх структурні показники, рівні сформованості психолого-педагогічних явищ. **Ключові слова.** порушення зору, ціннісне ставлення, здоров'я, закономірності, сформованість, соціальна цінність.

Вступ. Сучасний стан цивілізаційного розвитку висуває нові вимоги до системи національної освіти і виховання молодого покоління українців. Особливо це стосується дітей, які мають вади психічного і фізичного розвитку. У зв'язку з цим у Концепції національного виховання зазначено, що суспільство, вступаючи в нову еру історичного існування, разом з перспективами вільного розвитку України, отримує широкі можливості для гуманістичного розвитку освіти, науки, культури. Це вимагає докорінної перебудови і реформування процесу виховання молодого покоління.

Існуюча система фізичної і соціальної реабілітації учнів із вадами зору спрямована на досягнення кожного з них потенційно можливого рівня освіченості, формування компенсаторних способів діяльності водночас з корекцією первинних і вторинних відхилень у психічному і фізичному розвитку для забезпечення оптимальної інтеграції в сучасні умови життєдіяльності. Відзначаючи позитивні тенденції в розвитку національної системи спеціальної освіти, корекції і реабілітації учнів із вадами зору, вчені наголошують на тому, що в спеціальних загальноосвітніх школах-інтернатах для сліпих і слабозорих дітей I – III ступенів ще не повною мірою реалізуються програми, методики, інтерактивні технології, організаційно-педагогічні умови виховання ціннісного ставлення до здоров'я як духовної і соціальної цінності.

Фізична культура є важливим складником системи освіти, виховання, фізичної і соціальної реабілітації учнів спеціальної загальноосвітньої школи для осіб з порушеннями зору, але вона може бути ефективною тільки за умови формування в дітей ціннісного ставлення до здоров'я [4; 8; 10; 13]. М.Амосов, Г. Апанасенко, І.Бех, Л.Ващенко, В.Григоренко наголошують на тому, що тільки ціннісне ставлення учнів із вадами зору до здоров'я є тим пізнавально-емоційним чинником, який ефективно забезпечує діахронну діяльність у різних аспектах духовної, фізичної і соціальної реабілітації, розвитку та збереження здоров'я [2; 3; 4; 5; 6; 8].

Теоретико-методологічні дослідження закономірностей виховання дітей і підлітків свідчать про те, що лише свідомо оволодіваючи в доцільно організованому педагогічному процесі здобутками духовної культури, учень розвиває свої сутнісні сили, стає повноцінною особистістю, якій притаманні здібності до самовиховання, самоосвіти, самоорганізації, самоактуалізації, соціальної й особистісної самореалізації.

У зв'язку з викладеними науково-практичними положеннями І. Бех, В. Горашук, В.Григоренко наголошують на тому, що цілі оздоровчо спрямованого виховання молодого покоління досягаються на основі розробки інноваційних виховних технологій, яким притаманна ознака гарантованого досягнення педагогічного результату [4; 7; 8]. Це твердження свідчить про те, що така виховна ідея є перспективною і вимагає подальшої наукової розробки.





Мета дослідження. На основі результатів теоретичного дослідження й сутності понятійного апарату дослідження визначити критерії оцінки сформованості в учнів із вадами зору ціннісного ставлення до свого здоров'я як пізнавально-емоційної структури. Основні завдання дослідження розглянути як фіксоване за ознакою цінності здоров'я позиціонування учнів із вадами зору до об'єктів та їхніх якостей, суб'єктивних, які забезпечують збереження й розвиток психічних, духовних і соматичних параметрів здоров'я для фізичної, духовної, соціальної й особистісної самореалізації учнів цієї нозології.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проводилось на базі школи-інтернату для сліпих та слабкозорих дітей м. Слов'янська. Участь у дослідженні брали 62 учні у віці 13-15 років.

Досягнення поставленої мети дослідження здійснювалося в три взаємопов'язані етапи:

- на першому етапі нами вивчалась педагогічна, психологічна, соціологічна, медико-біологічна та корекційно-реабілітаційна література з проблеми структурування особистісно-ціннісного ставлення учнів до здоров'я в процесі формування їх особистості в умовах загальноосвітньої й спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату для учнів з вадами зору;

- на другому етапі проводилася дослідно-експериментальна робота; розроблялись організаційно-педагогічні умови, інтерактивні педагогічні технології виховання в учнів з вадами зору особистісно-ціннісного ставлення до здоров'я (іманентно до духовної структури їх особистості); здійснювалися констатуючий та формуючий педагогічні експерименти;

- на третьому етапі здійснювалась експериментальна перевірка ефективності розроблених організаційно-педагогічних умов і інтерактивних педагогічних технологій виховання в учнів з вадами зору особистісно-ціннісного ставлення до здоров'я, як соціально-духовної цінності (контрольний експеримент); оформлялись узагальнюючі висновки, систематизувалися результати дослідження.

Так як діти із вадами зору, то і методи для визначення критеріїв оцінки сформованості в учнів із вадами зору ціннісного ставлення до свого здоров'я були обрані наступні: бесіди, зустрічі із видатними Параолімпійцями з вадами зору: багаторазовим чемпіоном і призером Паралімпійських ігор Віктором Смирновим, який нині є депутатом міської ради, багаторазовою чемпіонкою і призеркою Паралімпійських ігор Волковою Юлією – тренером по плаванню в "Інваспорт, тестування на початку та в кінці дослідження.

Результати дослідження. Теоретичне і методологічне дослідження цієї проблеми дозволило встановити низку організаційно-педагогічних протиріч:

- між змістом нової парадигми освіти, яка передбачає особистісно орієнтований підхід до структурування освітньо-виховного процесу учнів загальноосвітньої школи і застарілими педагогічними формами розвитку особистості учнів спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату для сліпих і слабкозорих дітей (відсутність організаційно-педагогічних умов і технологій „суб'єкт-суб'єктивних" взаємодій учасників виховного процесу);

- між багатофакторною природою формування здоров'я учнів із вадами зору і відсутністю науково-технологічного забезпечення процесу виховання в них





пріоритетних орієнтацій ціннісного ставлення до здоров'я;

– між соціальною потребою суспільства в ефективній інтеграції випускників спеціальних загальноосвітніх шкіл-інтернатів для сліпих і слабозорих дітей і відсутністю виховних технологій формування внутрішньої єдності цінності здоров'я з морально-духовними, сенсожиттєвими цінностями, приведення цих цінностей у єдину систему;

– між сутністю соціальної самореалізації учнів із вадами зору і відсутністю інтерактивних технологій формування здатності адаптуватися до навколишнього світу, розвитку і реалізації фізичних і психічних ресурсів, якості освіти і життя, здорового способу життя, світогляду, культури здоров'я;

– між потребою суспільства у створенні соціокультурної ситуації ціннісного ставлення до здоров'я дітей і підлітків з особливими психофізичними потребами і відсутністю виховних технологій розв'язання цієї актуальної соціально-педагогічної проблеми.

Отже, сучасні проблеми виховання ціннісного ставлення учнів із вадами зору до свого здоров'я, встановлені науково-практичні протиріччя, що також підтверджуються теоретичними й експериментальними роботами відомих учених у галузі теорії і методики виховання.

На засадах результатів теоретичного дослідження й сутності понятійного апарату дослідження були сформульовані критерії оцінки сформованості в учнів із вадами зору ціннісного ставлення до свого здоров'я як пізнавально-емоційної структури.

Теоретичною основою розробки критеріїв оцінки сформованості ціннісного ставлення учнів із вадами зору до свого здоров'я ми визначили мету виховної й корекційно-реабілітаційної діяльності цих учнів у системі їхніх ціннісних орієнтацій. На нашу думку, такий підхід є доцільним і ефективним тому, що в цьому випадку наукова новизна роботи повинна забезпечувати не стільки оригінальне трактування цих критеріїв, а, насамперед, їх зміст оцінки кількісних і якісних параметрів явища, що формується в експериментальній педагогічній системі.

Виходячи з викладеного вище теоретичного матеріалу, ми приступаємо до формулювання критеріїв оцінки ефективності виховання в учнів із вадами зору ціннісного ставлення до свого здоров'я як до духовно-соціальної категорії.

Перший критерій ми визначаємо як критерій пізнавально-емоційної діяльності означених учнів у галузі формування здоров'я в площині ціннісних пріоритетів особистості. Тобто цей критерій вимірює й характеризує рівень виховання в учнів цієї нозології свідомого ставлення до знань, навичок і вмінь збереження, розвитку й удосконалення психічного й соматичного здоров'я в духовно-соціальному вимірі, який включає: самооцінку, самоорганізацію, професійне самовизначення, самоактуалізацію й особистісно-соціальну самореалізацію особистості.

Другий критерій ми визначили як критерій, що відображає ставлення учнів із вадами зору до педагогічних систем, програм, технологій, засобів і методів виховання, корекційно-реабілітаційної діяльності, спрямованих на формування в них ціннісного ставлення до свого здоров'я як до духовно-соціальної категорії.

Ураховуючи багаторічний досвід використання в науково-дослідницькій та практично-педагогічній практиці трирівневої шкали оцінки інформативності показників





кількісних та якісних характеристик тих явищ, що досліджуються, формується й розвиваються, ми відокремили такі параметричні рівні:

- перший рівень розглядався як низький;
- другий рівень трактувався як достатній;
- третій рівень оцінювався як високий.

Кожен критерій оцінки рівня ставлення учнів із вадами зору до свого здоров'я як до особистісно-ціннісної категорії складається з шести комплементарно пов'язаних показників. Кожен показник визначався на основі структурно-функціональної їх валідності в системі пізнавально-емоційної діяльності учнів цієї нозології, результатом якої було виховання ціннісного ставлення до здоров'я як до духовно-соціальної цінності людини. Кількісні та якісні параметри цього психолого-педагогічного явища ми оцінювали на основі дванадцятибальної поступово зростаючої (прогресуючої шкали оцінок) шкали оцінок, яка використовується в сучасній системі національної освіти.

Висновок. Отже, охарактеризовані критерії, їхні структурні показники, рівні сформованості психолого-педагогічних явищ, що підлягають дослідженню, дозволяють нам у повному обсязі визначити ефективність розроблених організаційно-педагогічних умов і технологій виховання в учнів із вадами зору ціннісного ставлення до свого здоров'я як до духовно-соціального.

Перспективи подальшого дослідження. Результати системно реалізованого теоретичного дослідження означеної соціально-педагогічної проблеми надають необхідні концептуальні положення, за допомогою яких ми будемо здійснювати розробку та систематизацію ефективних організаційно-педагогічних умов і технологій виховання в учнів цієї нозології ціннісного ставлення до свого здоров'я як до духовно-соціальної цінності. їхньої категорії.

Список використаної літератури

1. Аветисов Э.С., Е.Ливадо, Ю.А.Курпан. (1993) Физкультура при близорукости (Ред.Э.С.Аветисов),– М.: Советский спорт.
2. Амосов Н М. (1994) Регуляция жизненных функций и кибернетика (Ред. Н. М. Амосов) – К.: Наук. Думка.
3. Апанасенко Г. Л. (2006). Як зупинити депопуляцію в Україні /– К.: Наук. світ, № 11(88).
4. Бех Д. (2003). Виховання особистості. Кн. 1: Особистісно орієнтований підхід (Ред І.Д.Бех.) К.: Либідь.
5. Білокопитова Ж. А. (2001) Основи теорії шейпінгу (Ред. Ж. А. Білокопитова. К.: Олімп. л-ра.
6. Ващенко Г. (1999). Виховний ідеал: підруч. для педагогів, виховників, молоді і батьків (Ред. Г. Ващенко). Полтава: Полтавський вісник.
7. Горащук В.П. (2003). Формирование культуры здоровья школьников (Ред. В. П. Горащук), Луганск: Альма-матер.
8. Григоренко В.Г. (2002). Теория мотивированного воздействия дифференциально-интегральных оптимумов педагогических факторов в





- процессе физической и социальной реабилитации человека (Ред. В. Г. Григоренко) М.: Изд-во ФСИ России.
9. Никифорова Г.С., (Ред. Г.С. Никифорова). (2006). Психология здоровья – СПб.: Питер.
 10. „Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам” від 16.11.2000 №2109 – 111.
 11. Пристинський В.М., В.Г. Григоренко. (2007). Словесні інструкції як фактор моделювання рухових дій в фізичній реабілітації школярів з порушенням зору. Молода спортивна наука України: збірник наук. пр. – Вип. 11 у 5-ти т. – Львів: НВФ Українські технології. – Т. 2.14 с.
 12. Пристинский В.Н. (2009). Психологические условия формирования мотивационно-ценностного отношения учащихся средних и старших классов к занятиям физической культурой. Вісник Чернігівського державного педагогічного університету ім. Т.Г. Шевченка. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт: збірник. Чернігів: ЧДПУ. (69) 178-183.
 13. Filenko, L., Ashanin, V., Basenko, O., Petrenko, Y., Poltorarska, G., Tserkovna, O., Kalmykova, Y., Kalmykov, S., Petrenko Y. (2017). «Teaching and learning informatization at the universities of physical culture». Journal of Physical Education and Sport, 17(4), 2454-2461.

Відомості про авторів

Щелкунов Денис Анатолійович, канд. пед. наук, доцент кафедри методики викладання спортивно-педагогічних дисциплін державного вищого навчального закладу «Донбаський державний педагогічний університет» (м Слов'янськ, Україна).

E-mail: mppspd@ukr.net

Богович Сергій Вікторович, студент 4 курсу факультету фізичного виховання державного вищого навчального закладу «Донбаський державний педагогічний університет» (м Слов'янськ, Україна).

E-mail: mppspd@ukr.net

Стаття надійшла до редакції: 19.03.2018 р.
Опубліковано: 23.03.2018 р.





Науковий журнал «Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології»

ДО УВАГИ АВТОРІВ

Надсилаючи статтю до редакції, необхідно дотримуватися певних вимог.

Структура статті

При підготовці статей просимо Вас обов'язково дотримуватися наступних вимог:

Текст обсягом 8 і більше сторінок (для оглядових мінімум 15) формату А4 в редакторі WORD 2003-07, у форматі *.doc.

Шрифт – Times New Roman 14, нормальний, без переносів, абзаци – 1,25, вирівнювання за шириною, текст таблиць – Times New Roman 14. Поля сторінки: справа, зліва, зверху та знизу 20 мм, орієнтація сторінки – книжкова, міжрядковий інтервал – 1,5 (в таблицях – 1).

Стаття обов'язково повинна бути написана чітко, логічно, грамотно, з додержанням наукового

мовного стилю. У разі комп'ютерного перекладу на іншу мову необхідно перевірити текст для запобігання можливим неточностям.

СТРУКТУРА СТАТТІ:

УДК (тематичний рубрикатор).

Прізвища, ініціали авторів із зазначенням учених ступенів і вчених звань.

Місце роботи або навчання (назва установи чи організації, її місцезнаходження). Назва країни (для іноземних авторів).

Назва статті (напівжирним шрифтом).

Анотація. 600–800 знаків (12-14 рядків). Структура анотації: **Мета:..., Матеріал і методи:..., Результати:..., Висновки:...** У тексті анотації використовують нескладні речення. Тут не повинно бути аббревіатур, скорочень, загальних фраз, не треба переносити речення з тексту статті, не повинна повторюватися назва статті. В анотації не повинно бути матеріалу, що відсутній у самій статті. Речення бажано починати словами: розглянуто, встановлено, відображено, проаналізовано, проведено, доведено і т.і.

Ключові слова: (5-8 слів). Відображають основний зміст статті, галузь науки, тему, мету; **не повинні повторювати слова із назви статті.** Наводяться в називному іменнику.

Анотація, прізвища та ініціали авторів, назва статті, ключові слова – трьома мовами: українською, російською, англійською.

Вступ. Постановка проблеми у загальному вигляді. Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми та на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття. (Необхідно розкрити важливість проблеми, що досліджується, провести аналіз публікацій, що стосуються питань вирішення саме даної проблеми, показати, що зроблено, дослідниками в плані її вирішення, а що ні, підкреслити необхідність проведення Ваших досліджень).

Зв'язок дослідження з науковими програмами, планами, темами.

Мета дослідження. Завдання дослідження. Метою повинно бути вирішення проблеми, або отримання знань щодо проблеми, яка сформульована в назві. Мета дослідження орієнтує на його кінцевий результат, завдання формулюють питання, на які повинна бути отримана відповідь для реалізації мети дослідження. Для формулювання мети бажано використовувати слова: встановити, виявити, розробити, довести та т.і.

Матеріал і методи дослідження. Треба вказати кількість, вік, спортивну кваліфікацію досліджуваних, умови, тривалість та послідовність проведення експерименту. Потрібно не просто назвати методи, що Ви використовували у своїх дослідженнях, потрібно **коротко** обґрунтувати їх вибір, пояснити чому взяті саме ці методи.

Результати дослідження та їх обговорення. Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів. Результати досліджень з обов'язковою статистичною обробкою даних необхідно представляти у вигляді таблиць, графіків, різних діаграм. Дані, які представляються в таблицях, повинні бути суттєвими, повними, порівнянними, достовірними. Заголовок таблиці, назва графіка або діаграми повинні відповідати їх змісту. Переказувати словами дані приведені в таблицях і графіках неприпустимо. Отримані результати дослідження мають бути обов'язково проаналізовані.

Висновки з даного дослідження. Висновки містять коротке формулювання результатів дослідження, осмислення та узагальнення теми. Повинні бути лаконічними, конкретними, обґрунтованими, відповідати меті дослідження та витікати з основного змісту роботи.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку.





Список використаної літератури (8-10, для оглядових – 20 і більше) повинен налічувати достатню кількість **сучасних** (за останні 5 років) джерел за проблемою дослідження, до якого необхідно включати наукові статті з українських та **зарубіжних фахових наукових журналів**. Відомості про них повинні відповідати вимогам **Гарвардського стандарту**.

Наприкінці статті обов'язково вкажіть для кожного автора українською, російською та англійською мовами: ORCID (цифровий ідентифікатор автора); **e-mail**; прізвище, ім'я та по батькові (повністю), місце роботи (офіційну назву та поштову адресу установи чи організації).

Вкажіть поштову адресу з індексом (для розсилки авторського примірника), **контактний телефон**.

Формули, таблиці, ілюстрації, посилання на них та на використані літературні джерела необхідно надавати і оформлювати відповідно до вимог державних стандартів. Формули повинні бути набраними в редакторі формул MS Equation.

Рисунки та графіки повинні бути виконані в форматі jpeg, якісно, з можливістю їх редагування.

Для всіх об'єктів повинно бути встановлено розміщення «в тексті». Через те, що друкована версія журналу виходить у чорнобілому кольорі, кольори на рисунках та графіках не повинні нести смислового навантаження.

До публікації приймаються матеріали, що раніше не видавалися. Не приймаються до друку раніше опубліковані чи надіслані в інші видання статті. Подаючи текст, автор погоджується з тим, що авторські права на неї переходять до видавця, за умови, що стаття приймається до публікації.

Статті, надані до цього журналу і прийняті до друку, не можуть бути подані для публікації в інших наукових журналах.

Статті рецензуються членами редакційної колегії видання та/або сторонніми незалежними експертами, виходячи з принципу об'єктивності й з позицій вищих міжнародних академічних стандартів якості.

У процесі редагування статті, редакція зберігає за собою право скорочувати статтю, змінювати стиль, лексику, але не зміст роботи.

Якщо стаття не відповідає вимогам та тематиці журналу або науковий рівень статті недостатній, а також статті, оформлені без дотримання наведених правил, редакційна рада не приймає її до публікації, та не реєструють. Не схвалені до друку статті не повертаються.

Редакція, за погодженням з автором, може скорочувати й редагувати матеріал.

У випадках виявлення плагіату відповідальність несуть автори наданих матеріалів.

Посилання при цитуванні є обов'язковим.

Журнал практикує політику негайного відкритого доступу до опублікованого змісту, підтримуючи принципи вільного поширення наукової інформації та глобального обміну знаннями задля загального суспільного прогресу.

Статті просимо надсилати у встановлений термін в електронному вигляді за адресою:

E-mail: hdafk.edu@gmail.com. Тема листа та ім'я файлу статті: **Прізвище автора_Стаття**.

Тел. редакції (057) 336-00-22.

При оформленні статті просимо обов'язково додержуватися даних вимог.

Журнал розміщений на сайті http://journals.uran.ua/frir_journal





НАУКОВЕ ВИДАННЯ

Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології, 2018. - №2. – 63 с.

Сайт журналу http://journals.uran.ua/frir_journal

Оригінал-макет підготовлений: Калмикова Ю.С.

Рисунки в оригінал-макеті: Калмикова Ю.С.

Менеджер сайтів: Калмикова Ю.С.



