

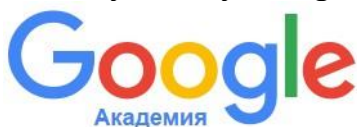
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ А.С. МАКАРЕНКА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ
ДЕПАРТАМЕНТ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОДА
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СУМСЬКОЇ ОДА
УПРАВЛІННЯ МОЛОДІ ТА СПОРТУ СУМСЬКОЇ ОДА



ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Матеріали II Всеукраїнської заочної
науково-практичної інтернет-конференції

журнал індексується у Google Scholar



26 грудня 2016 року

Суми
2016

Друкується згідно з рішенням вченої ради
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка
(протокол №4 від 28 листопада 2016)

Редакційна колегія:

- | | |
|--------------------------|---|
| Лянной Ю. О. | – кандидат педагогічних наук, професор, ректор СумДПУ імені А. С. Макаренка; |
| Лянной М. О. | – кандидат педагогічних наук, доцент, директор Навчально-наукового інституту фізичної культури (науковий редактор); |
| Томенко О. А. | – доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор; |
| Кобсяк В. А. | – доктор філософських наук, професор; |
| Калиниченко І. О. | – доктор медичних наук, професор; |
| Лоза Т. О. | – кандидат педагогічних наук, професор; |
| Кравченко А. І. | – кандидат педагогічних наук, професор, |
| Звіряка О. М. | – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент; |
| Корж Ю. М. | – кандидат педагогічних наук, доцент; |
| Кукса Н. В. | – кандидат педагогічних наук, доцент; |
| Литвиненко В. А. | – кандидат педагогічних наук, доцент; |
| Копитіна Я. М. | – кандидат наук з фізичного виховання і спорту (відповідальний редактор); |
| Дяченко Ю. Л. | – кандидат наук з фізичного виховання і спорту |

Рецензенти:

- | | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| Міхєєнко О. І. | – доктор педагогічних наук, доцент; |
| Дичко В. В. | – доктор біологічних наук, професор |

С 91 Проблеми здоров'я людини та фізичної реабілітації : матеріали II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції / відповід. ред. Я. М. Копитіна ; наук. ред. М. О. Лянной. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. – 206 с.

Збірник складають наукові статті студентів, аспірантів, провідних учених з історичних, управлінських, соціально-економічних та теоретико-методологічних аспектів розвитку сфери здоров'я людини та фізичної реабілітації. Розкрито особливості фізичної реабілітації при різних захворюваннях.

Матеріали конференції будуть корисними для фахівців галузі фізичного виховання, лікарів, фізичних реабілітологів, усіх, хто цікавиться сучасними проблемами розвитку фізичної реабілітації, корекційної освіти, спорту і здоров'я людини, здорового способу життя.

УДК 796.011.1/3+613.71 (477)
ББК 75.1(4УКР.)я43

© Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	7
Авраменко Н. Б., Беспалова О. О. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СПОРТСМЕНІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК.....	7
Андрійчук О. Я. ПІДВИЩЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ (ППМ) ЯК ФАКУЛЬТАТИВНА ДИСЦИПЛІНА ПРИ ПІДГОТОВЦІ БАКАЛАВРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ».....	12
Беспалова О. О. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК ІЗ ПЕРШОЮ ТА ДРУГОЮ СТАДІЄЮ ЦЕЛЮЛІТУ.....	14
Беспалова О. О. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВАГІТНИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ.....	18
Богун О.О., Дорошенко О.О. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	22
Зарудна К. В., Лянної М.О., Копитіна Я.М. ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПРОФІЛАКТИЦІ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНО ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ В УМОВАХ ДОШКІЛЬНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ.....	26
Котелевський В.І.,Ворожка О.М. ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ ТЕХНІК ІСПАНСЬКОГО МАСАЖУ.....	29
Литвиненко Б.М., Корж Ю.М., Корж З.О. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ДИХАЛЬНИХ ВПРАВ ПРИ ОЖИРІННІ У ЖІНОК.....	33
Литвиненко В.А., Гостєв С. В. ЗАСТОСУВАННЯ КІНЕЗОТЕРАПІЇ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.....	36
Литвиненко В.А., Алексенко А.В. ЗАСТОСУВАННЯ ПІСОЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	40
Литвиненко В.А., Данченко М.В. ЗАСТОСУВАННЯ МУЗИКОТЕРАПІЇ В ПРОЦЕСІ КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ.....	45
Литвиненко В.А., Остапенко М. С. ЗАСТОСУВАННЯ АПІТЕРАПІЇ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ПРОТРУЗІЯХ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ В ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА.....	49

Литвиненко В.А., Руденко Ю.П. ЗАСТОСУВАННЯ КАЗКОТЕРАПІЇ В КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	52
Логвин Я. О., Беспалова О. О. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ОЖИРІННЯМ.....	56
Логвин Я.О., Руденко А.М. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВАЛЬГУСНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ВЕЛИКОГО ПАЛЬЦЯ СТОПИ У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ.....	59
Лук'янова Н. С., Корж Ю. М. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ.....	64
Менська М.С., Беспалова О. О. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ВАЛЬГУСНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	67
Нагорна Я.Ю., Корж З.О., Корж Ю.М. ПРОГРАМА FITCURVES У ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.....	72
Пінк В. Є., Звіряка О.М. ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ-ЛУЧНИКІВ ІЗ СКОЛІОЗОМ І-ІІ СТУПЕНЯ У ТРЕНУВАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ.....	76
Руденко А.М. ФІТБОЛ-ГІМНАСТИКА ЯК ТЕХНОЛОГІЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА СТИМУЛЮВАННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ...	79
Соколова Т.Є. ГРА В НАСТІЛЬНИЙ ТЕНІС, ЯК ОДИН ІЗ ДОСТУПНИХ ВИДІВ РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ.....	83
Сидоренко К.О., Руденко А.М. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ВРОДЖЕНОЮ КЛИШОНОГІСТЮ.....	84
Тарасова А. В., Лянной Ю.О., Звіряка О.М. ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛФК ДЛЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З НАСЛІДКАМИ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ.....	90
Хіра К. А., Беспалова О. О. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ.....	95
Хіра К. А., Руденко А.М. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СПОРТСМЕНІВ З ТЕНДИНІТОМ ВЛАСНОЇ ЗВ'ЯЗКИ НАДКОЛІННИКА («КОЛІНО СТРИБУНА»).....	102
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	107
Булавацький Б.А., Лянна О.В. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.....	107

Дубовик К. Д., Міхєєнко О. І. ПРОГРАМНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.....	110
Кривопишина Я.В., Корж З.О. ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В УЧНІВ ПОЧАТКОВИХ КЛАСІВ.....	116
Кукса Н. В., Миненко О. О. ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ В ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ЛФК.....	120
Литвиненко В.А., Литвиненко А.Є. ЗАСТОСУВАННЯ ІМАГОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	124
Литвиненко В. А., Луценко І. О. ЗАСТОСУВАННЯ ТАНЦЕТЕРАПІЇ В ОЗДОРОВЧІЙ РОБОТІ З ДОРОСЛИМИ.....	127
Лянна Г. Ю., Міхєєнко О. І. ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ТА ЗАГАЛЬНА КУЛЬТУРА ОСОБИСТОСТІ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК, ФОРМУВАННЯ, ШЛЯХИ РОЗВИТКУ.....	131
Лянной М.О., Маслова Т.С., Копитіна Я.М. ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У СИСТЕМІ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ВИХОВАТЕЛІВ ДИТЯЧИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ.....	134
Приходько В. О., Кукса Н. В. ГІДРОКІНЕЗОТЕРАПІЯ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ.....	137
Христова Т.Є., Пюрко В.Є., Кучеренко Є.М. ЗМІНИ РЕЙТИНГУ ПОСТАВИ В ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННІ НА СКОЛІОЗ ПРИ ПРОВЕДЕННІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ.....	140
Шандригось Г.А., Шандригось В.І. МІСЦЕ ОЗДОРОВЧОЇ АЕРОБІКИ У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ З ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	144
РОЗДІЛ 3. МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ПИТАННЯ ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ.....	148
Задворний Б.Р. ТИП ТІЛОБУДОВИ ЯК ПОКАЗНИК ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ СТАРШОКЛАСНИЦЬ.....	148
Струбіцька Н.Ю. СТАВЛЕННЯ ЖІНОК ДО ЗДОРОВ'Я МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ.....	151
Казакова С.М., Пюрко В.Є. ОСОБЛИВОСТІ РЕЙТИНГУ ПОСТАВИ В ДІТЕЙ ПРИ ЗАХВОРЮВАННІ НА СКОЛІОЗ.....	155
Кукса Н. В., Самодій Ю. О. ГІПОДИНАМІЯ ЯК ПРОБЛЕМА СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА.....	160
Філенко Л.В., Філенко І. Ю. ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ АНАЛІЗУ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ У ШКОЛЯРІВ 10-11 КЛАСІВ...	164

Шандригось В.І., Латишев М.В., Яременко В.В., Первачук Р.В.	
ОСОБЛИВОСТІ ПОШКОДЖЕНЬ КОЛІННОГО СУГЛОБУ У БОРЦІВ І ЇХ ПРОФІЛАКТИКА.....	170
РОЗДІЛ 4. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ВАЛЕОЛОГІЇ, ЛОГОПЕДІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ.....	174
Максименко Л. М. ПОКРАЩЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ 5-ТИ І 6-ТИ РОКІВ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ.....	174
РОЗДІЛ 5. ПИТАННЯ ОЗДОРОВЧО-ТРЕНУЮЧИХ ФІТНЕС ТЕХНОЛОГІЙ.....	179
Карпенко Ю.М., Авраменко Н.Б. ЗАСТОСУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СУЧАСНІЙ ФІТНЕС-ІНДУСТРІЇ.....	179
Ольховская Л.А, Корж З.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПЕТЕЛЬ TRX В ПРОГРАММЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ.....	181
Максимова К.В. АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ФІТНЕС-ТЕХНОЛОГІЙ ОЗДОРОВЧОГО СПРЯМУВАННЯ ДЛЯ ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ В СФЕРІ СУЧАСНИХ ФІТНЕС КЛУБІВ.....	196
Романюк О.В., Романюк Ю.В., Тучак А.М. ЗМІНА КОРЕЛЯЦІЙНИХ ВЗАЄМОВІДНОШЕНЬ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО СТАНУ СТУДЕНТОК ЗІ СКОЛІОЗОМ ІІ-ІІІ СТУПЕНІВ У ПРОЦЕСІ ЗАНЯТЬ КАЛЛАНЕТИКОЮ.....	193
РОЗДІЛ 6. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ.....	201
Якобсон О.О., Андрійчук О.Я., Ушко Я.А., Якобсон Р.О. РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ВПЛИВИ НА СТАН РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ.....	201

РОЗДІЛ 1.

СУЧАСНИЙ СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Авраменко Н. Б.

викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Беспалова О. О.

викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СПОРТСМЕНІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

У статті теоретично обґрунтована комплексна програма фізичної реабілітації спортсменів з посттравматичною патологією верхніх кінцівок на основі лікувальної гімнастики, лікувальний масаж, релаксаційних процедур.

Ключові слова: травми верхніх кінцівок, лікувальний масаж, лікувальна фізична культура, релаксаційні процедури.

Постановка проблеми. Травматизм – серйозна медико-соціальна проблема сучасного суспільства. Слід зазначити, що серед причин летальності травми посідають 3-є місце, поступаючись лише серцево-судинним і онкологічним захворюванням [1]. В останнє десятиліття відзначається ускладнення травм, ріст численних ушкоджень серед найбільш працездатного контингенту населення, а особливо серед спортсменів.

Сучасний спорт характеризується фізичним навантаженням з великим об'ємом і максимальною інтенсивністю, емоційною напруженістю, фізичним контактом з суперником, складно координаційними рухами, все це пред'являє до організму спортсмена високі вимоги. Внаслідок чого збільшується потенційний ризик отримання спортсменом травми. Основна мета реабілітації спортсмена після травми – це якомога швидше повернути його до тренувальної і змагальної діяльності, тобто забезпечити повне відновлення його спортивної працездатності і фізичних якостей.

Досконало питанням травматизму спортсменів займаються провідні фахівці країн Європи та колишнього радянського союзу, а саме: А. А. Щукін(2004), В. А. Григор'єва (2006), М. І. Гершбург (2006), І. М. Товбін (2010), Р. Ш. Сайфуллах, В. А. Шестакова (2010), Н. А. Худадов (2011).

У зв'язку з вищевикладеним, необхідність організації відновлювальних заходів спортсменів з наслідками ушкоджень верхніх кінцівок очевидна; тією ж мірою очевидна доцільність пошуків нових форм і методів відновлювального лікування з метою організації своєчасної, раціональної й ефективної реабілітації цієї групи хворих.

Мета роботи: розробити та теоретично обґрунтувати програму комплексної реабілітації спортсменів з посттравматичною патологією верхніх кінцівок.

Результати дослідження та їх обговорення. Була обстежена група спортсменів, середній вік яких становив 22 роки. Залежно від місця та характеру ураження у хворих спостерігались такі травми: вивих акроміально-ключичного зчленування, розтягування зв'язок у акроміально-ключичному зчленуванні, тендиніти, вивих в ліктьовому суглобі.

Пацієнтам була запропонована реабілітаційна програма яка включала: лікувальну гімнастику, лікувальний масаж, релаксаційні процедури (рис. 1).



Рис. 1. Програма фізичної реабілітації хворих з наслідками травм верхніх кінцівок

Щоденний розклад занять був розрахований на 1–1,5 год.

Для реалізації поставленої мети програми вирішувалися такі задачі:

1. Сприяти формуванню стійкого бажання й усвідомленого ставлення до виконання програмних вимог.
2. Сприяти поліпшенню здатності і навичок самообслуговування.
3. Сприяти нормалізації рухової активності і розвитку м'язової сили травмованих сегментів.

Лікувальна фізична культура. Фізичні вправи є основним засобом для фізичного розвитку хворих. Природні сили природи і гігієнічні фактори – засоби, без обліку яких фізичні вправи не будуть такими ефективними.

У процесі фізичної реабілітації однією з провідних задач є виховання рухових здібностей, сила – одне з найважливіших фізичних якостей розвитку людини, під фізичною якістю "сила" розуміють здатність людини переборювати зовнішній опір чи протидіяти зовнішнім силам. Силові здібності виражаються м'язовими напруженнями, які виявляються в динамічному і статичному режимах роботи [4].

Основними засобами розвитку сили є динамічні вправи з обтяженнями, сценаризовані на силовому компоненті швидко-силових здібностей; а також спеціальні вправи, пов'язані з утриманням у просторі власного тіла чи його ланок.

Рухи нижніми кінцівками при ходьбі супроводжуються синхронними рухами рук і балансуванням тулуба: тіло зміщується нагору і вниз у межах 3–4 см і в сторони на 1–2 см.

У результаті ушкоджень опорно-рухового апарата відбувається порушення рухової сфери людини, корекція якої повинна здійснюватися педагогічним шляхом – навчання рухових дій, виховання основних рухових здібностей. Комплекс лікувальної гімнастики застосовувався щоденно, по 45 хвилин.

Методика проведення масажу верхніх кінцівок

Поверхневі лімфатичні судини покривають верхні кінцівки з усіх боків. Лімфатичні вузли розташовані в ліктьовому згині, вище внутрішнього мищелка; у пахвовій ямці, по нижньому краю великого грудного м'яза; у надключичній і підключичній областях. Найбільші лімфатичні вузли розташовані в пахвовій ямці і ліктьовому згині. Іннервація верхньої кінцівки здійснюється нервами плечового сплетіння. Кровообіг забезпечується підключичними артерією і веною [2; 3].

Масаж верхньої кінцівки здійснюється в такій послідовності: пальці, кисть, променезап'ястний суглоб, передпліччя, ліктьовий суглоб, плече і надпліччя, плечовий суглоб, нервові стовбури.

Масаж пальців і кисті. Вихідне положення хворого – сидючи або лежачи. Масаж проводиться однієї чи обома руками. На початку виконується погладжування пальців і кисті, потім розтирання кожного пальця окремо. Застосовуються такі прийоми розтирання: 1) «щипці», утворені великим і вказівним пальцями; 2) колоподібне подушечкою великого пальця (при цьому великий палець розтирає тил, а вказівний – долонну поверхню пальця); 3) прямолінійне подушечкою великого пальця; 4) концентричне всіма пальцями.

На тильній стороні кисті проводять розтирання міжкісткових проміжків. Тут застосовують розтирання 1) прямолінійне подушечками чотирьох пальців; 2) колоподібне подушечками чотирьох пальців; 3) прямолінійне і колоподібне подушечками великих пальців; 4) спіралевидне основою долоні. Виконуючи ці прийоми, масажист вільною рукою підтримує кисть, якій робить масаж.

Масаж променево-зап'ястного суглоба. Вихідне положення – кисть лежить на стегні масажиста чи на масажному столі. Спочатку масажують тильну, а потім долонну поверхню; таким чином, масаж проводиться в положенні пронації і супінації. В області цього суглоба проводять кругове охоплююче глибоке погладжування, розтирання за допомогою великих пальців обох рук як на тильній, так і на долонній поверхнях, а потім знову погладжування до середини передпліччя. Сила тиску при погладжування і розтиранні на тильній поверхні суглоба повинна бути меншою, ніж на долонній поверхні, тому що суглобна сумка на його тильній поверхні лежить безпосередньо під шкірою, на долонній же поверхні вона покрита сухожиллями згиначів кисті і пальців. Застосовуються такі види розтирання: 1) «щипці», утворені з однієї сторони великим пальцем, а з іншого боку – іншими; 2) колоподібне подушечками великих пальців уздовж променево-зап'ястної щілини від ліктьової кістки до променевої, і навпаки; 3) колоподібне подушечками великих пальців; 4) колоподібне подушечками всіх пальців; 5) основою долоні; 6) спіралевидне основою долоні. Ці ж прийоми можна використовувати на долонній поверхні променево-зап'ястного суглоба.

Масаж передпліччя. Лівою рукою масажист фіксує кисть хворого в положенні пронації, правої – виконує площинне погладжування тильної сторони кисті, починаючи від кінчиків пальців, а дійшовши до променево-зап'ястного суглоба, – охоплююче безперервне погладжування, продовжуючи його на тильній поверхні передпліччя і закінчуючи на нижній третині плеча. Далі кисть переводять у положення супінації й у тому ж напрямку роблять на долонній поверхні пальців і кисті площинне погладжування, а на передпліччя – охоплююче безперервне погладжування. При масуванні м'язів-розгиначів передпліччя масажист лівою рукою фіксує праву кисть хворого в положенні пронації, а правою робить охоплююче безперервне погладжування; при цьому великий палець ковзає по внутрішньому краю ліктьової кістки, а чотири пальці впливають уздовж борозни, що розділяє м'язи-згиначі і м'язи-розгиначі, у напрямку до зовнішнього мищелку плеча до нижньої третини плеча. При масажуванні м'язів-згиначів передпліччя кисті надають положення супінації; рухи виконують у напрямку до внутрішнього мищелку плечової кістки до нижньої третини плеча. З інших прийомів застосовують напівкругне розтирання і поперечне розминання м'язів плеча з променевої і ліктьової сторін і легку вібрацію кінчиками пальців основою долоні.

Масаж ліктьового суглоба. Зв'язковий апарат і суглобну сумку ліктьового суглоба масажують із променевої і ліктьової сторін, а також з передньої і задньої поверхонь. Найбільш доступна суглобна сумка позаду, де вона розташована по обидва боки ліктьового відростка.

Масаж здійснюється в злегка зігнутому положенні суглоба. Роблять перемінне погладжування правою, та лівою рукою, іншою підтримуючи кисть передпліччя хворого, що перебуває в положенні сидючи чи лежачи.

При наявності патологічних продуктів у ліктьовому суглобі (ексудату чи крові) в області прикріплення триглавого м'яза спостерігається припухлістьовальної або

півовальної форми, що часто поширюється з боків від сухожиль триглавого м'яза і по обидва боки ліктьового відростка. На стороні згинання пухлина мало помітна, але добре прощупується. Основними прийомами масажу є погладжування і розтирання. Проникаючи пальцями глибоко в суглоб, масажист легко доходить до тих частин суглобної сумки, що лежать над вінцевим відростком і внутрішнім краєм зчленування. Використовуються: кругові розтирання подушечками великих пальців і подушечками інших пальців; «щипці», утворені великим пальцем, що знаходяться з внутрішньої сторони ліктьового суглоба, і чотирма пальцями, що знаходяться з зовнішньої його сторони; спіралевидне розтирання тильної поверхні ліктьового суглоба між ліктьовим відростком і плечем; колоподібне розтирання подушечками чотирьох пальців. Закінчують масаж активно-пасивними рухами.

Масаж плеча і надпліччя. Спочатку проводять масаж усіх м'язів плеча, застосовуючи охоплююче безперервне погладжування, напівкružне розтирання. Після цього масажують роздільно кожну групу м'язів: згиначі, розгиначі і дельтоподібний м'яз.

При масажі дельтоподібного м'яза виконують охоплююче безперервне погладжування, концентричне розтирання, розминання однією і двома руками. Після масажу дельтоподібного м'яза приступають до надпліччя, тобто верхньої частини трапецієподібного м'яза і лежачого під ним надостного м'яза лопатки. При цьому хворий злегка нахилиє голову і повертає її в ту сторону, на якій масажують м'яз. Масажист стає позаду. Використовують розтирання: 1) колоподібне подушечками чотирьох пальців; 2) основою долоні; 3) колоподібне фалангами зігнутих пальців.

Після масажу надпліччя роздільно масажують м'язи-згиначі (двоголовий, внутрішній плечовий) і розгиначі (триглавий) плеча. Масажуючи м'язи-згиначі, використовують погладжування, розтирання, розминання.

Виконують такі прийоми розминання: 1) ординарне; 2) «щипці»; 3) подвійне кільцеве; 4) подовжнє і 5) поперечне.

З прийомів розтирання застосовуються: 1) колоподібне фалангами зігнутих пальців однієї чи двома руками; 2) колоподібне і спіралевидне основою долоні; 3) колоподібне і прямолінійне гребнями зігнутих пальців.

При масуванні триглавого м'яза плеча його захоплюють великим і чотирма іншими пальцями і ковзають до краю дельтоподібного м'яза до акроміального відростка, де великий і інший пальці сходяться. Крім названих прийомів використовують напівкružне розтирання, подовжнє і поперечне розминання у висхідному і спадному напрямках. Закінчують масаж погладжуванням.

Масаж плечового суглоба. Суглоб утворений голівкою плечової кістки і суглобною западиною лопатки. Суглобна капсула, тонка і велика, вільно облягає суглоб. Особливістю плечового суглоба є те, що через його порожнину проходить сухожилля довгої голівки двоголового м'яза плеча. Суглоб оточений м'язами, що зростаються з його сумкою і прикріплюються до великого і малого бугрів плечової кістки.

Масажувати плечовий суглоб найбільше зручно в положенні хворого сидячи; передпліччя при цьому трохи опущене на однойменне стегно масажиста чи на стіл. Можна використовувати й інше вихідне положення: рука заведена за спину, тильною стороною кисті торкається попереку, щоб краще промасажувати передню частину сумки; масажист стоїть позаду. І ще один варіант: рука лежить на протилежному плечі – так зручно масажувати задню сторону суглобної сумки.

Починають масаж з м'язів надпліччя. Роблять ординарне погладжування дельтоподібного м'яза і віялоподібне – всієї області суглоба. Розтирання виконується в такий спосіб: масажист кладе руку на область плечового суглоба і робить рухи знизу нагору над голівкою плечової кістки. У такому положенні виконують кругові розтирання, причому великий палець упирається в область плечової кістки, інші пальці круговими рухами глибоко входять у зв'язковий апарат по передньому краю суглоба до пахвової ямки. Коли опорою служать чотири пальці, великий палець, проробляючи обертальні рухи по задній частині суглоба, також спрямовується у бік пахвової ямки по зчленуванню суглоба.

Суглобна сумка масажується з передньої, задньої і нижньої поверхонь. Роблять концентричне погладжування і такі види розтирання: 1) прямолінійне подушечками чотирьох пальців, 2) колоподібне подушечками чотирьох пальців однієї руки з обтяженням; 3) колоподібне подушечкою великого пальця. Спочатку ці розтирання поєднують із погладжуванням на передній поверхні плечового суглоба, потім на задній поверхні (для чого потрібно намагатися по можливості глибше проникати кінчиками пальців у напрямку до акроміального відростка) і, нарешті, на нижній. Для масажу нижньої частини сумки плечового суглоба випрямлена рука хворого повинна лежати долонею вниз на надпліччі масажиста. Подушечками чотирьох пальців масажист упирається в область голівки плечової кістки, а подушечкою великого пальця проникає в підпахову западину, поки не намацає голівку плечової кістки. Потім починає кругове розтирання з боків підпахової западини, не надавляючи на лімфатичні вузли. При масажі акроміально-ключичного і грудино-ключичного зчленувань застосовують погладжування і штрихове розтирання.

Релаксаційні процедури. Вправи на розслаблення м'язів виконувалися в різних вихідних положеннях: лежачи, сидячи, стоячи. Осмислення та закріплення навички розслаблення найлегше досягти в положенні лежачи, коли відбувається значне зменшення тонічної напруги і увага зосереджена тільки на довільному розслабленні м'язів. Положення лежачи створює хороші умови для розслаблення м'язів рук, у в. п. сидячи до них можна підключити і розслаблення нижніх кінцівок, а в положенні стоячи можна розслабити м'язи тулуба. Доцільно при цьому закривати очі, так як тонус центральної нервової системи в цьому стані знижується, а це сприяє розслабленню м'язів.

Було запропоновано займатися під час релаксації пальпувати розслаблені м'язи при цьому їх потрушувати чи поколювати рукою. Далі рекомендується перейти до розслаблення окремої групи м'язів або м'язів цілої кінцівки, потім до поступового розслаблення м'язів всього тіла і, нарешті, до розслаблення обраних м'язів.

Рекомендується умовно розбити вправи в чергуванні розслаблення і напруження на дві групи: а) чергування швидких, динамічних; б) чергування поступове, що вимагає уміння зосереджуватися. Крім того, слід застосовувати різні комбінації: швидке напруження м'язів і поступове розслаблення, швидке розслаблення і поступове напруження. Пропонувалося напружувати м'язи як можна сильніше, так як за законом негативної послідовної індукції чим більше буде збудження у певній ділянці кори головного мозку, тим глибше і значніше буде подальше гальмування.

Багатьма авторами відзначено, що більш ефективно розслаблення відбувається при настанні стомлення. Інші дослідники вважають, що робота, що не викликає стомлення (наприклад, робота в півсили), супроводжується збільшенням ступеня м'язового розслаблення.

Наведемо приблизні вправи, що сприяють довільного розслаблення м'язів. Ці вправи пацієнти використовували самостійно, з партнером або в групі. Комплекс вправ для розслаблення м'язів у різних вихідних положеннях.

1. В. п. – стоячи (або сидячи), руки зігнути в ліктях або опущені. Струшування рук.

2. В. п. – стоячи, ноги на ширині плечей, руки вниз, спину прогнути. Ритмічні підйоми плечей вгору на вдиху і різкі розслаблення м'язів на видиху, як би опускаючи і струшуючи плечовий пояс і руки.

3. В. п. – стоячи, ноги нарізно. Повороти тулуба в сторони з розслабленим поясом верхніх кінцівок. При поворотах тулуба руки повинні розслаблено звисати "як батого", відстаючи від руху плечей.

4. В. п. – у висі на перекладині. Махи з невеликою амплітудою, "скручування" тулуба вправо-вліво.

5. В. п. лежачи на спині, ноги зігнути в колінах і злегка розвести в сторони, спираючись на всю ступню. Струшування м'язів задньої поверхні стегон і гомілок.

6. В. п. лежачи на животі, руки під підборіддя, ноги зігнути в колінах. Струшування м'язів ніг.

7. В. п. – стоячи або лежачи на спині, одну ногу зігнути. Струшування м'язів гомілки і стопи.

Висновки. Розроблена та теоретично обґрунтована програма комплексної реабілітації спортсменів з посттравматичною патологією верхніх кінцівок. Основними завданнями даної програми стали: нормалізація рухової активності і розвитку м'язової сили травмованих сегментів; сприяння формуванню стійкого бажання й усвідомленого ставлення до виконання програмних вимог, поліпшення здатності і навичок самообслуговування.

Список використаної літератури

1. Башкиров В.Ф. Комплексна реабілітація спортсменів після травм опорно-рухового апарата / В. Ф. Башкиров. – М.: 1984. – 190с.
2. Вербов А.Ф. Основи лікувального масажу / А. Ф. Вербов. – М., 1976. – 120с.
3. Дубровський В.І. Масаж при травмах і захворюваннях у спортсменів / В. І. Дубровський. – М.: 1979. – 338 с.
4. Дубровський В.І. Лікувальна фізична культура / В. І. Дубровський. – М.: Владос, 1998. – 608 с.

Стаття надійшла до редакції 15.12.2016 р.

Андрійчук О. Я.

доктор наук з фізичного виховання та спорту,
доцент кафедра здоров'я людини та фізичної реабілітації
Факультет фізичної культури, спорту та здоров'я
СНУ імені Лесі Українки

ПІДВИЩЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ (ППМ) ЯК ФАКУЛЬТАТИВНА ДИСЦИПЛІНА ПРИ ПІДГОТОВЦІ БАКАЛАВРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ»

Піднімається питання підвищення підготовки фахівців з фізичної реабілітації. Подаються основні моменти апробованого курсу факультативної дисципліни «Підвищення професійної майстерності»

Ключові слова: професійна підготовка, фізичний реабілітолог, професійна майстерність.

Сучасна підготовка майбутніх фахівців з фізичної реабілітації вимагає переосмислення сутності, змісту та технології підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації [1], єдиного тлумачення змісту їх майбутньої професії в системі охорони здоров'я [3]. Для підвищення ефективності їх теоретичної та практичної підготовки рекомендується застосування теорії та практики міжпредметних зв'язків, що створює умови для ефективної професійної підготовки фізичних реабілітологів у педагогічних ВНЗ [2], при цьому педагогічними умовами є розвиток особистісно-зорієнтованих характеристик навчально-виховного процесу, впровадження інновацій у зміст професійної підготовки майбутніх реабілітологів [5], використання науково-доказової практики [4] та залучення студентів до самостійних занять [6].

Ми вважаємо, що покращенню готовності фахівців до практичної діяльності сприятиме удосконалення діючих навчальних планів. Згідно з класичним навчальним планом щодо підготовки бакалаврів, навчальні дисципліни поділено на групи: нормативні навчальні дисципліни та вибіркові навчальні дисципліни. З метою поетапної адаптації студентів до практичної діяльності з різними групами населення, ми ввели до навчального плану факультативний курс – підвищення професійної майстерності (ППМ).

При розробці наскрізної навчальної програми, ми виходили з того, що протягом всього чотирьохрічного періоду навчання бакалаврів, зміст дисципліни «Підвищення професійної майстерності» повинен доповнювати й поглиблювати теоретичну та практичну підготовку студентів, створювати умови для закріплення набутих та отримання нових умінь і навичок, удосконалення практичних навичок самостійного виконання професійних завдань, необхідних у практичній роботі фізичних реабілітологів.

Згідно з розробленою навчальною програмою, дисципліна «Підвищення професійної майстерності» складається з чотирьох послідовних блоків, які відповідають курсу навчання студентів. На першому курсі (I блок) передбачається ознайомлення студентів з роботою фізичних реабілітологів та участь студентів у волонтерському русі. На другому курсі (II блок) передбачається подальше ознайомлення з роботою фізичних реабілітологів та вивчення основ загального догляду за хворими з особливими потребами. На третьому курсі (III блок) студенти приймають участь у практичній роботі фахівця-реабітолога в оздоровчо-реабілітаційному спрямуванні. Вивчають особливості організації роботи реабілітологів різних відділень лікувально-профілактичних закладів. На четвертому курсі (IV блок) студенти беруть участь у практичній роботі відділень (кабінетів) реабілітації (фізіотерапія, механотерапія, ЛФК, лікувальний масаж, працетерапія тощо).

Кожен запропонований блок поділений на два змістовних модуля. Таким чином, наскрізна програма складається з восьми змістовних модулів: Організаційна структура та діяльність реабілітаційних установ в Україні; Волонтерська робота; Загальний догляд за хворими на лікарняному періоді реабілітації (основний зміст догляду за кардіологічними, неврологічними, гінекологічними, травматологічними, післяопераційними хворими різного віку та його роль у структурі реабілітаційних заходів); Загальний догляд за хворими різного віку на післястаціонарному періоді реабілітації; Оздоровчо-реабілітаційна робота у відділеннях терапевтичного профілю (кардіологічному, пульмонологічному, ендокринологічному, неврологічному, ревматологічному, гастроентерологічному); Оздоровчо-реабілітаційна робота у відділеннях хірургічного профілю (плановій хірургії, ургентній хірургії, нейрохірургії, малоінвазивній хірургії, урологічному відділенні, опіковому центрі); Робота асистента-реабітолога в фізіотерапевтичному відділенні; Робота асистента-реабітолога в кабінетах ЛФК, масажу, механотерапії, працетерапії.

На всіх етапах вивчення дисципліни заняття проводяться в умовах максимально наближених до професійної діяльності. Базовими практиками для студентів 1– 4 курсів є Центр волонтерської допомоги воїнам АТО та членам їх сімей, лікувально-профілактичні заклади, санаторії, будинки-інтернати та інші заклади м. Луцька й Волинської області. Студенти ведуть тісну співпрацю з відділенням Червоного хреста.

Після опанування факультативної дисципліни «Підвищення професійної майстерності», студенти повинні поглибити свої теоретичних знань та відпрацювати практичні навички щодо: організації фізичної реабілітації (види, періоди, принципи реабілітації); етичних аспектів роботи реабітолога; основ техніки безпеки та охорони праці у відділеннях (кабінетах) реабілітації; особливостей реалізації програми фізичної реабілітації при різних видах патології в дорослих і дітей; планування та застосовування засобів фізичної реабілітації в комплексному відновлюваному лікуванні хворих на стаціонарному, поліклінічному та санаторному етапах при захворюваннях, травмах, ушкодженнях та після хірургічних втручань, а також, в акушерсько-гінекологічній практиці, педіатрії та геріатрії; лікарсько-педагогічного контролю та методики оцінки ефективності проведеної індивідуальної програми фізичної реабілітації.

Отже, поетапне підвищення професійної майстерності протягом усього періоду навчання є важливою складовою частиною в підготовці та формуванні фахівців із фізичної реабілітації. Ми вважаємо, що викладання факультативної дисципліни

«Підвищення професійної майстерності» повинно бути побудоване на принципах етапності, безперервності та поступовості «входження» студентів у професійну атмосферу, адже фахівець реабілітолог повинен бути не лише озброєним теоретичними знаннями та практичними навичками, але й мати психологічну готовність до співпраці з різними категоріями пацієнтів.

Література:

1. Белікова Н. О. Теоретичні і методичні засади підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації до здоров'язбережувальної діяльності : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04 / Н. О. Белікова; КМ України, Нац. ун-т біоресурсів і природокористування України. – К., 2012. – 45 с.
2. Бугеря Т. М. Використання міжпредметних зв'язків в удосконалюванні навчальної діяльності майбутніх фахівців із фізичної реабілітації / Т. М. Бугеря // Педагогіка, психологія та мед.-біол. пробл. фіз. виховання і спорту. – 2006. – № 3. – С. 10–12.
3. Герцик А. М. Фізичний реабілітолог чи фізичний терапевт: національне та міжнародне тлумачення назв професій / А. М. Герцик // Мед. реабілітація, курортологія і фізіотерапія. – 2010. – № 4. – С. 43–47.
4. Романишин М. Я. Використання науково-доказової практики у фізичній реабілітації в неврології / М. Я. Романишин // Фіз. виховання, спорт і культура здоров'я у сучас. сусп-ві. – 2013. – № 1. – С. 302–306.
5. Романишин М. Я. Професійна підготовка фахівців з фізичної реабілітації до роботи із спортсменами : автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04 / М. Я. Романишин; Житомир. держ. ун-т ім. І.Франка. – Житомир, 2009. – 20 с
6. Цьось А. В. Програма самостійних занять фізичними вправами студентів вищих закладів освіти / А. В. Цьось, Є. О. Котов // Фіз. виховання, спорт і культура здоров'я у сучас. сусп-ві. – 2008. – № 2. – С. 271–275.

Стаття надійшла до редакції 10.12.2016 р.

Беспалова О. О.

викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК ІЗ ПЕРШОЮ ТА ДРУГОЮ СТАДІЄЮ ЦЕЛЮЛІТУ

У статті розглянуті особливості комплексної фізреабілітаційної програми, направленої на корекцію целюліту першої та другої стадії за допомогою природних засобів; визначені найбільш ефективні природні чинники впливу на організм жінок з целюлітом з урахуванням стадії його розвитку.

Ключові слова: целюліт, медовий скраб, кавовий скраб, антицелюлітний масаж.

Постановка проблеми. На сьогоднішній день кожна жінка у тій чи іншій мірі мають проблеми, пов'язані з погіршенням фігури. Найпоширенішою з них є целюліт, який визначається як дегенеративно-дистрофічні зміни структури волокон сполучної тканини та адипоцитів підшкірної жирової клітковини із специфічними змінами шкіри [1].

Незважаючи на різні погляди лікарів, які вважають целюліт захворюванням або косметичним недоліком, варто визнати, що проблема існує, і для її вирішення пропонується різноманітна кількість різних сучасних фізреабілітаційних методик, заснованих в основному на теоретичних знаннях які потребують наукового обґрунтування [2].

Целюліт не можна розглядати як симптом надмірної ваги. Целюліт є окремою хворобою, результатом сукупності симптомів, які і призводять до утворення специфічних дефектів на шкірі. На сьогодні проблема дослідження целюліту обумовлена багатьма причинами. Значимими з них є шкідливі звички, стресові ситуації, порушення режиму харчування (низька якість використаних продуктів, їх незбалансованість за основними компонентами, вживання надмірної кількості кави, харчових добавок), порушення гормонального фону, малорухливий спосіб життя.

У сукупності з вимогами сучасного суспільства целюліт на сьогодні є домінуючою проблемою в центрах естетичної медицини і косметичних салонах. Але велика кількість засобів, запропонованих в косметології проти целюліту, спрямовується лише на тимчасове усунення косметичного дефекту, а не на усунення проблеми в цілому. Для того, щоб досягти справжніх та довготривалих результатів варто усувати проблему комплексним підходом [1].

У зв'язку з цим є актуальним пошук нових перспективних оздоровчо-реабілітаційних методик, які дадуть бажаний результат. До числа таких засобів і методик відноситься антицелюлітний масаж в поєднанні з іншими засобами фізичної реабілітації: дієтотерапія, ароматерапія, обгортання, лікувальна фізична культура, гідротерапія та ін.

Дотримуючись всіх рекомендацій здорового способу життя та використання комплексної програми боротьби із целюлітом можливо досягти бажаних результатів у зміні своєї зовнішності.

Мета дослідження: дослідити найбільш ефективні засоби фізичної реабілітації для корекції целюліту у жінок.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-методичну літературу та реабілітаційні засоби з даної проблеми.
2. Визначити інструментальні методи оцінки целюліту у жінок.
3. Визначити найбільш ефективні засоби фізичної реабілітації при целюліті.

Аналіз та узагальнення науково-методичної літератури дозволяє нам відокремити найбільш ефективні засоби реабілітації при целюліті, а саме: дієтотерапія, медовий масаж, лікувальна фізична культура, обгортання блакитною глиною та кавовий скраб. Розглянемо їх докладніше.

Загально відомо, що основою будь-якої програми фізичної реабілітації, в тому числі і антицелюлітної програми, є організація правильного харчування або дієтотерапія. Антицелюлітне харчування – це збалансоване харчування, яке допомагає організму звільнитися від накопичених шлаків і токсинів. З целюлітом боротися потрібно не дієтами, а правильно підібраним харчуванням, спеціальними косметичними засобами у поєднанні з комплексом спеціальних фізичних вправ [3].

Раціональна система позбавлення від зайвої ваги передбачає оволодіння навичкою правильного харчування використання регулярних занять фізичними вправами. Така збалансована система харчування та фізичного навантаження в повсякденному житті є єдиним способом для досягнення ідеальної ваги і збереження її на майбутнє [4].

Але корекції целюліту не можливо досягнути, використовуючи тільки дієтотерапію, як засіб фізичної реабілітації, адже найкращі результати спостерігаються під час комплексного впливу. Так, сучасні дослідження довели, що мед можна сміливо застосовувати у реабілітації хворих з целюлітом. У ньому містяться солі кальцію, натрію, магнію, міді, заліза, сірки, хлору, фосфору – всі вони мають величезне значення для організму людини. Кальцій незамінний для кісткової тканини, недолік заліза призводить до анемії, фосфор входить до складу нуклеїнових кислот, які беруть участь у процесах росту, ділення клітин, зберігання і використання генетичної інформації. Крім того, мед містить майже всі мікроелементи, що входять до складу крові і активно беруть участь в обмінних процесах: алюміній, бор, залізо, йод, магній, натрій, сірку, цинк та ін.. У ньому виявлено вітаміни B1, B2, B3, B5, B6,

ВС, каротин. Також в меді є антибактеріальні і багато інших корисних речовин. А зовсім недавно вчені виявили в ньому великий вміст антиоксидантів, що володіють протипухлинною дією і перешкоджають розвитку захворювань серця. Не дивно, що це продукт завжди був улюбленим засобом нетрадиційної медицини, а сьогодні вже й класичної [5].

Медовий масаж від целюліту швидко покращує кровообіг навіть у найглибших шарах шкіри і м'язах, підсилює лімфоток. У результаті відбувається глибоке очищення шкіри, целюлітні клітини розчиняються і все зайве виводиться через пори шкіри. Медовий масаж дуже корисний для здоров'я жінки в цілому, так як покращує живлення внутрішніх органів і тканин, сприяє схудненню [6].

Медовий масаж може виконуватися як самостійно, так і у поєднанні з іншими процедурами.

Важливе місце у зменшенні проявів целюліту посідає використання лікувальної фізичної культури (ЛФК). Лікувальна фізкультура є одним з найбільших біологічно обґрунтованих методів лікування різних захворювань. В даний час на підставі результатів численних фізіологічних досліджень та клінічних спостережень можна стверджувати, що при багатьох захворюваннях використання методично і фізіологічно обґрунтованих фізичних вправ має велике значення.

Позитивними особливостями методу лікувальної фізичної культури є його глибока біологічність, універсальність (немає жодного органу, який би не реагував на рух; включаючи усі рівні центральної нервової системи, ендокринні та гуморальні чинники.)

Фізичні вправи сприяють покращенню: трофічних процесів у пошкоджених тканинах, прискорюють їх регенерацію, нормалізують судинний та м'язовий тонус, урегульовують діяльність кровообігу, дихання; підвищують адаптацію до фізичного навантаження та покращенню обміну речовин [7].

Серед сучасних засобів, направлених на усунення целюліту, є обгортання. Парниковий ефект, при його застосуванні призводить до активізації кровообігу і посиленню діяльності потових і сальних залоз.

Обгортання можна проводити з використанням водоростей, глини, шоколаду, грязей, а також сумішшю різних природних компонентів.

Лікувальні грязі мають цілющі властивості. В їх склад входить велика кількість солей і мінералів, що дозволяють не тільки боротися із целюлітом, але й впливають на кровообіг, нервову систему, обмін речовин, зміцнюють і сприяють еластичності сполучної тканини, розгладжують шкіру. Грязі можна поєднувати з ваннами, рефлексотерапією стоп, ароматерапією, сонячними, повітряними, морськими ваннами, які активізують кровообіг. Також до них можна додавати водорості, натуральні ефірні олії лимона й материнки [8].

Лікувальною дією грязей є активізація циркуляції лімфи, що сприяє швидкому виведенню токсинів з організму (це найбільше фізіологічний спосіб видалення шлаків); насичення мінеральними речовинами шкірних покривів, що містяться в активних препаратах; активізація мікроциркуляції; нормалізація обміну речовин (відбувається також активація жирового обміну за рахунок мобілізації жирів із депо); відновлення сольового балансу завдяки високому вмісту вітамінів Е і F, кальцію, магнію, натрію і калію; через вивідні протоки сальних і потових залоз за рахунок осмосу і дифузії виводяться шлаки, їхнє місце в клітинах займають мінерали і мікроелементи, що містяться в активних препаратах [8].

Обгортання блакитною глиною має протицелюлітний ефект, оскільки сприяє виведенню зайвої рідини з організму. Воно також прекрасно розпарює і зволожує шкіру, очищає її від шлаків і шкідливих токсинів. Крім того вище зазначена процедура знімає набряки і поліпшує мікроциркуляцію, нормалізує обмін речовин. Поступово, після проведення антицелюлітних обгортань, шкіра стає гладкою, поверхня вирівнюється, зникають зміни жирової тканини [9].

Але, необхідною умовою перед проведенням будь-яких косметичних процедур, є попереднє очищення шкіри. З цією метою в антицелюлітній практиці використовують цілий арсенал різноманітних засобів, одним з яких є скраби. Вони відлущують відмерлі клітини шкіри, покращують циркуляцію крові в тканинах, відкривають пори, дозволяючи активним речовинам глибше проникати в проблемні зони.

Скраб (від англ. Scrub – чистити, терти) – засіб, який відлущує верхні шари епідермісу, очищаючи шкіру, позбавляючи її від старих, відмерлих клітин і відкриваючи світу свіжу оновлену шкіру. За рахунок відлущуючих часток скраби здатні очищати шкіру від відмерлих клітин, забруднень і залишків косметики.

Не менш корисною процедурою в антицелюлітній програмі вважається кавовий пілінг – різновид скрабу на основі кавових зернят. Кофеїн також перешкоджає передчасному старінню, допомагаючи продовжити молодість і зберегти еластичність шкіри. Під час впливу кофеїну на шкіру, уражену целюлітом, починає посилюватися кровообіг, внаслідок чого рідина і натрій дуже швидко виводяться, а ось калій навпаки починає набагато активніше проникати в жирові клітини. І коли активно розтирати проблемні місця кавовим скрабом, помітно підвищується циркуляція крові і целюліт просто починає розщеплюватися [10].

Висновки.

1. Утворення та перебіг целюліту у жінок як інтегральний показник, що формується внаслідок дії складного комплексу взаємопов'язаних і взаємозалежних внутрішніх чинників та зовнішніх впливів. На сьогодні не можна розглядати целюліт окремо від соціального стану, рухової активності, режиму харчування жінки. Врахування стадійності целюліта і ступеню ожиріння, дозволяє проаналізувати перебіг захворювання і обґрунтовувати фізреабілітаційні заходи.

2. Існує велика кількість засобів для корекції ваги тіла та зовнішнього вигляду жінки. Одними із них є антицелюлітний медовий масаж, апітерапія, обгортання, ЛФК, дієтотерапія, та багато інших. Усі засоби реабілітації спрямовані на покращення обміну речовин, а саме жирового обміну; збільшення тону м'язів та еластичності шкіри; зменшення ваги тіла та нормалізацію усіх функціональних систем організму. Застосовуючи принципи комплексності, поступовості і систематичності вищезазначених засобів, можемо отримати найкращі та довготривалі результати.

Список використаних джерел

1. Зайкина О. Э. Целлюлит / О. Э. Зайкина // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2002. – №1. – С. 66–70.
2. Болотова Л. Г. Комплексное применение физических факторов для коррекции отечно-фибросклеротической пенникулопатии / Л. Г. Болотова, Е. А. Турова, И. В. Кошелева // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 2007. – №1. – С. 24–26.
3. Гурвич М. М. Диета для здоров'я / М. М. Гурвич. – М., 1997. – 158 с
4. Брэгг П. Ч. Сила здорового питания / Брэгг П. Ч., Ниши К., Шелтон Г. М., Монтиньяк М. – Вектор, 2008. – 131 с.
5. Погожева Л. Лечение медом / Л. Погожева, Г. Погожев. – СПб.: Веды, 2009. – 160 с.
6. Таглина О. В. Массаж на каждый день / О. В. Таглина. – Харьков: Фолио, 2005. – 317 с.
7. Корж Ю. М. Основи лікувальної фізичної культури. Методичні рекомендації для студентів спеціальності «Фізична реабілітація» // Корж Ю. М., Звіряка О. М. – Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2005 – с. 4–6
8. Пономаренко Г. Н. Физиотерапия в косметологии / Г. Н. Пономаренко // Лечащий врач. – 2001. – № 1–2. – С. 30–40.
9. Улащик В. С. Физиотерапия. Универсальная медицинская энциклопедия / В. С. Улащик. – Мн.: Книжный Дом, 2008. – 640 с.
10. www.cosmety.ru

Стаття надійшла до редакції 15.12.2016 р.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВАГІТНИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

У статті теоретично обґрунтована комплексна програма фізичної реабілітації, спрямована на загальне зміцнення організму вагітних жінок, які мають захворювання органів дихання, та корекцію дихального дискомфорту на основі вправ ЛФК, а також фізичних та дихальних вправ хатха-йоги, масажу.

Ключові слова: вагітна, захворювання органів дихання, дихальний дискомфорт, дихальні вправи, хатха-йога; масаж.

Постановка проблеми. З перших років незалежності нашої держави вирішення гострих проблем материнства і дитинства є невід'ємною складовою її політики, яка реалізовувалася через затвердження відповідних важливих законів, указів Президента України та створення і виконання пріоритетних національних і державних програм, таких, як «Діти України», «Планування сім'ї», тощо. Проте, незважаючи на це, ще багато питань цієї проблеми потребують вирішення [1].

Тривале погіршення соціально-економічних умов життя в країні несприятливо позначилося на здоров'ї населення, у тому числі і жінок молодого, дітородного віку. На хронічні захворювання страждає 70% вагітних жінок. Серед даних захворювань значну частку займають захворювання органів дихання, зокрема хронічні неспецифічні захворювання легенів (ХНЗЛ) [3].

Відомо, що важливе значення для здоров'я новонародженого і нормального протікання вагітності має здоров'я матері. Тому на даний момент вимушено підвищилася зацікавленість лікарів-акушерів до патології внутрішніх органів, оскільки екстрагенітальна патологія не тільки визначає в багатьох випадках стан жінки у гестаційному періоді та після пологів, а також стан плода та новонародженого. Так, приблизно у половини жінок, які страждають на ХНЗЛ, спостерігається нестабільність адаптаційних реакцій під час вагітності [2; 3].

Функціональні порушення дихання, які зустрічаються у вагітних та можуть бути пов'язані з наявними захворюваннями дихальної системи, проявляються дихальним дискомфортом у вигляді задишки, збільшення частоти дихання тощо. Це може призводити до несприятливих змін газообміну матері та плода [1].

За даними різних авторів, в останні роки відмічається збільшення кількості вагітних з гострими та хронічними захворюваннями дихальної системи. При цьому наявність даних захворювань вважається безперечним фактором ризику, що обумовлює виникнення акушерських ускладнень у гестаційний період. Особливо несприятливо впливають на перебіг вагітності й пологів ХНЗЛ.

Незважаючи на те, що ХНЗЛ страждає 10% населення, переважно жінки, акушерські проблеми у даній категорії хворих розроблені мало. Також слід зазначити, що медикаментозна коригувальна терапія може мати небажаний вплив на перебіг вагітності, розвиток плода та новонародженого [2; 3]. Тому важливість розробки програм фізичної реабілітації (ФР) вагітних жінок, які мають захворювання органів дихання, набуває все більшого значення.

Отже, медична та соціальна значимість проблеми реабілітації вагітних жінок із захворюваннями органів дихання, а також недостатність наукових розробок у даному напрямку стали головними чинниками при виборі даної теми дослідження.

Мета дослідження – науково обґрунтувати комплексну програму фізичної реабілітації, спрямовану на загальне зміцнення організму вагітних жінок, які мають захворювання органів дихання, та корекцію дихального дискомфорту.

Результати дослідження та їх обговорення. Протягом вагітності та пологів в організмі жінки відбуваються різні анатомічні та фізіологічні зміни в багатьох системах органів. Ранні зміни відбуваються, з одного боку, внаслідок підвищення метаболічних потреб, викликаних плодом, плацентою і маткою, а з іншого боку, – внаслідок підвищення рівня гормонів вагітності, таких як прогестерон і естрогени.

Зміни газообміну та механіки дихання, викликані вагітністю, можуть призводити до розвитку так званого дисфункціонального дихання. Частота виявлення даного розладу у роботі дихальної системи у вагітних складає 60–70 % і зростає зі збільшенням терміну вагітності. Симптоматика дисфункціонального дихання може бути поліморфною, але провідним клінічним проявом є дихальний дискомфорт. У здорових частота дихання (ЧД) становить 12–14 на хвилину. При дисфункціональному диханні у вагітних ЧД може змінюватися. Збільшення ЧД до 20 в хвилину є зовні нормальним, хоча при цьому хвилинний об'єм дихання може зростати удвічі, що призводить до гіпокапічних порушень газообміну.

При дисфункціональному диханні у вагітних найбільш часто зустрічаються вербальні характеристики відчуттів диспноє: нестача повітря (69 %), неглибоке дихання (41,2 %), прискорене дихання (38,1 %), відчуття підвищеної роботи (36 %) і тяжкості при диханні (26,8 %). При дисфункціональному диханні вагітні відзначають досить гарну переносимість фізичних навантажень, незначну інтенсивність задишки. У вагітних з дисфункціональним диханням спостерігається більш високий рівень тривожності.

У результаті аналізу даних наукової та методичної літератури було встановлено, що у рамках програми ФР вагітних із захворюваннями дихальної системи можуть бути використані такі засоби ФР, як фізична активність у вигляді поєднання традиційних вправ ЛФК, а також фізичних та дихальних вправ хатха-йоги; масажу.

Завдання розробленої комплексної програми ФР вагітних із захворюваннями дихальної системи були наступними:

- 1) корекція дисфункціональних проявів у роботі дихальної системи, усунення дихального дискомфорту;
- 2) ліквідація несприятливих змін психічного стану, пов'язаних як із самим фактом вагітності, так і з проявами розладів у роботі дихальної системи;
- 3) загальне зміцнення організму вагітних, покращення самопочуття;
- 4) підготовка до майбутніх пологів.

Фізична активність у рамках розробленої програми ФР використовувалася у таких формах, як лікувальна гімнастика (ЛГ) та прогулянки на свіжому повітрі.

Завданнями, які вирішувалися за допомогою занять фізичними вправами, були наступні: стимуляція дихання, кровообігу; боротьба із застійними явищами у дихальній системі; корекція дисфункціонального дихання; створення сприятливих умов для здійснення газообміну в організмі матері та плода; збільшення еластичності тазового дна; збереження тону м'язів черевної стінки; збільшення рухливості крижово-клубового зчленування, кульшових суглобів, хребта.

Протипоказаннями до занять ЛГ були наступні: загострений токсикоз з яскраво вираженою втратою ваги; загроза викидня; небезпека маткової кровотечі; серцеві захворювання; виражена дихальна недостатність; багатоводдя.

В залежності від стану жінок, їх самопочуття на момент проведення заняття ЛГ проводилася за щадним або щадно-тренувальним режимом. Метод проведення занять – малогруповий або груповий (що залежало від кількості жінок із захворюваннями дихальної системи, які з'явилися на заняття). Тривалість заняття 30–45 хвилин. Моторна щільність 50–70 %. Частота занять 3 рази на тиждень. Заняття з ЛГ розділялося на три частини: вступну, основну та заключну.

Під час *основної частини* виконувалися традиційні вправи ЛГ, які мали загальнорозвивальний характер. Вправи були призначені для всіх м'язових груп та суглобів, виконувалися переважно у в.п. стоячи та мали на меті активізувати функції різних органів та систем та підготувати організм до вправ основної частини. Кількість повторів вправ – 10–15 разів.

Основна частина заняття ЛГ складалася з фізичних вправ хатха-йоги (асан). Дані вправи мали на меті: поліпшення рухливості грудної клітки; ліквідацію застійних явищ у бронхо-легеневій системі; покращення кровообігу у ділянці грудної клітки та у всьому організмі; поліпшення функції дихальних м'язів; активізація дренажної функції бронхів; зміцнення великих м'язових груп (м'язів живота, спини, грудної клітки тощо); покращення тонусу та еластичності м'язів тазового дна; навчання розслабленню м'язів, не задіяних у конкретний момент у виконанні вправи.

Навіть якщо жінки, які відвідували заняття, раніше займалися йогою, виключалися наступні вправи: силові стійки на руках і ногах; асани у в.п. лежачи на животі; прогини, що інтенсивно залучали ділянку попереку; нахили з розташуванням корпусу щодо ніг менше 90 градусів; глибокі скручування тулуба; стрибки, швидка зміна положень тіла.

До комплексу асан були включені: поза воїна II, поза трикутника, поза голуба, поза метелика, поза дерева, поза тупого кута, поза кішки, поза гірлянди, поза собаки мордою вниз, поза свічки, поза риби та інші (додаток Д). Асани виконувалися 1–2 рази, час фіксації положення – до 30 секунд. Асиметричні асани обов'язково виконувалися в обидва боки. Варіанти вправ добиралися таким чином, щоб максимально врахувати стан та самопочуття жінок на момент заняття.

Заклучна частина заняття ЛГ включала дихальні вправи хатха-йоги та позу на розслаблення.

Дихальні вправи хатха-йоги мали на меті навчання раціональному диханню у повсякденному житті, до та під час пологів; подолання явищ дихального дискомфорту, пов'язаного із проявами захворювань дихальної системи, а також фізіологічними змінами в організмі жінки під час вагітності; відчувати роботу дихальних м'язів і керувати нею; створення умов для навчання розслабленню у різних ситуаціях; навчити підібрати для себе зручний ритм дихання, що стане в нагоді, зокрема, під час пологів.

Застосовувалися такі види дихальних вправ, як повне дихання, поперемінне дихання, «поверхнєве дихання», «повільне дихання». Кількість повторів однієї вправи – 3–5 разів.

Поза на розслаблення виконувалася після дихальних вправ та мала меті відновлення організму жінки після заняття ЛГ, формування та закріплення навичок релаксації. Крім того, під час виконання пози жінкам пропонувалося подумки вимовляти позитивні афірмації (виконувати аутотренінг), запропоновані фізичним реабілітологом:

- Моя вагітність – це природно, нормально і безпечно для мене і моєї дитини.
- Я спокійна, впевнена у собі. Моя дитина відчуває цей спокій і спокійна, як і я.
- Під час вагітності я відчуваю в своєму тілі життя своєї дитини. Моя дитина ніби говорить: «Я тут. Любіть мене. Я можу спілкуватися».
- Я довіряю Природі і Вищому Розуму управляти всім у вагітності і пологах.
- Я спокійна. Я розслаблена. Я можу почуватися добре під час пологів.

Прогулянки на свіжому повітрі не менше 30 хвилин рекомендувалися для щоденного використання.

Масаж для вагітних із захворюваннями дихальної системи. У даній програмі були рекомендовані наступні види масажу та самомасажу:

- 1) масаж шийно-комірцевої ділянки;
- 2) самомасаж зон проекції лобних та гайморових пазух, мигдалин, ділянки носа та носо-губного трикутника;
- 3) точковий самомасаж.

Масаж шийно-комірцевої ділянки проводився у в.п. пацієнта сидячи обличчям до спинки стільця або стола, передпліччя пацієнта знаходяться на даній опорі, голова – на передпліччях. Головну увагу під час виконання прийомів розминання приділяли м'язам, які мають спільну сегментарну іннервацію з органами дихальної системи: трапецієподібний, великий ромбоподібний, підосний та міжреберні м'язи.

На ділянці шиї та надпліч проводилися наступні прийоми: поперемінне погладжування, поперечне вижимання, розминання ординарне і подвійне кільцеве, вижимання ребром долоні, погладжування (по 3–4 рази кожний прийом з одного, а потім з іншого боку). Дану послідовність прийомів повторювали не менше 2–3 разів. На шиї головна увага приділялася спинномозковим сегментам С3–С4.

Далі переходили до масажу грудного відділу хребта. Фізичний реабілітолог розташовувався поздовжньо. Виконувалося прямолінійне розтирання у напрямку вгору до шиї (3–4 рази), а потім – спіралеподібне розтирання подушечками пальців (5–7 разів). Після цього, ставши біля бічної поверхні тіла пацієнта, виконували колоподібне розтирання подушечками чотирьох пальців у напрямку від хребта до лопатки (5–7 разів). Після цього проводилося погладжування і вижимання уздовж хребта, та також розминання довгих та найширших м'язів. Головним чином увага приділялася спинномозковим сегментам Th3–Th9.

Тривалість процедури масажу складала 15–20 хвилин. Курс масажу – 10 процедур, які проводилися щоденно.

ВИСНОВКИ. Розроблена програма ФР для вагітних із захворюваннями дихальної системи складалася з фізичної активності, масажу, самомасажу, вироблення навичок розслаблення. Основними завданнями даної програми стали: корекція дисфункціональних проявів у роботі дихальної системи, усунення дихального дискомфорту; ліквідація несприятливих змін психічного стану; загальне зміцнення організму вагітних, покращення самопочуття; підготовка до майбутніх пологів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Зуйкова О. А. Капнометрия и исследование функции внешнего дыхания в диагностике дисфункционального дыхания у беременных / О. А. Зуйкова // Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова. – 2006. – № 4. – С. 87–92.

2. Іпатов А. В. Організація реабілітації (абілітації) дітей з обмеженими можливостями [Електронний ресурс] / А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, Т. В. Ананьєва [та ін.] // Реабилитация и иммунореабилитация детей с заболеваниями органов дыхания : Тез. доп. – Євпаторія, 2003. Режим доступу : <http://medconference.narod.ru/2003/conf04.htm>.

3. Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. – М. : Траида, 2005. – 816 с.

Стаття надійшла до редакції 15.12.2016 р.

Богун О.О.

Дорошенко О.О.

студентки 211 К групи

Харківська гумантрано-педагогічна академія

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

У тезах ставиться завдання розглянути ефективність фізичної реабілітації розумово відсталих молодших школярів. В результаті аналізу показано, що нині розглянуто специфічні особливості процесу фізичного виховання дітей з вадами розумового розвитку, апробовано методику адаптивної фізичної культури для дітей даної нозології, визначено причини порушень міжособистісних стосунків у сім'ях, що виховують дітей з відхиленнями розумового розвитку установлено позитивну динаміку корекції психічних порушень у дітей з вадами розумового розвитку під час використання корекційно-педагогічних заходів у сім'ях та спеціальних закладах.

Ключові слова: діти з особливими освітніми потребами, фізична реабілітація, фізичний розвиток, моторна сфера, психомоторика, здоров'язберігаючі технології, реабілітаційно-оздоровча робота.

Постановка проблеми. Система спеціальної освіти в Україні має вертикально-горизонтальну структуру, яка передбачає диференціацію дітей по нозологіям та віковим групам. Відповідно освітні послуги дітям з порушеннями інтелектуального розвитку надаються в рамках спеціальних освітніх закладів, які реалізують програми дошкільної, початкової, основної та середньої (повної) загальної освіти, складені на основі Державного стандарту спеціальної освіти. Проте, як свідчить практика, ні в галузі спеціальних освітніх закладів, ні з урахуванням можливості навчання дитини з вадами у загальноосвітньому закладі суттєво недоопрацьованим залишається питання застосування засобів фізичної реабілітації до дітей із розумовою неповносправністю.

Аналіз науково-методичної літератури з проблеми організації корекційних занять і фізичної реабілітації дітей з вадами розумового розвитку показав, що нині розглянуто специфічні особливості процесу фізичного виховання дітей з вадами розумового розвитку (Т.Ю.Круцевич, Р.В.Чудна), апробовано методику адаптивної фізичної культури для дітей даної нозології (С.П.Євсєєв); визначено причини порушень міжособистісних стосунків у сім'ях, що виховують дітей з відхиленнями розумового розвитку (В.В.Ткачева); встановлено позитивну динаміку корекції психічних порушень у дітей з вадами розумового розвитку під час використання корекційно-педагогічних заходів у сім'ях та спеціальних закладах (Д.М.Ісаєв; І.І.Мамайчук); доведено доцільність соціалізації та інтеграції дітей, підлітків і молоді з вадами розумового розвитку в суспільство (Л.М.Шипіцина; Г.Ф.Нестерова, С.М.Безух, А.М.Волкова); розроблено програму навчання невербальним навичкам комунікації дітей з вадами розумового розвитку (М.Пишчек); виявлено позитивний вплив рухливих ігор на психічний стан дітей (Т.П.Вісковатова) і необхідність комплексної реабілітації (Р.О.Баннікова). Водночас у спеціальній літературі практично не приділяється увага фізичному вихованню дітей з важким ступенем розумової відсталості, дотепер залишаються фрагментарно висвітленими багато питань стимуляції моторного розвитку таких дітей.

Мета роботи-розглянути питання комплексного корекційного впливу у процесі навчально-виховної роботи з дітьми з розумовою відсталістю; проаналізовано загальні та специфічні розлади моторної сфери дітей даної категорії; акцентовано увагу на необхідності систематичного впровадження фізичної реабілітації для покращення особистісного розвитку дітей з вадами розумового розвитку.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація дітей з розумовою відсталістю молодшого шкільного віку.

Предмет дослідження – засоби і методи фізичної реабілітації, спрямовані на корекцію психомоторного розвитку дітей з вадами розумового розвитку.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань проведено аналіз та узагальнення даних науково-методичної та спеціальної літератури.

Провідним розладом у клініко-психологічній картині розумової відсталості є виражена недостатність пізнавальної діяльності, що обумовлюється як низькою здатністю до мислення (процесами узагальнення та відволікання), так і порушеннями темпу, рухливості психічних процесів, недостатністю пам'яті, уваги. Процес сприйняття у розумово відсталих дітей малоактивний, тому моторний і сенсорний розвиток такої дитини значно відстає за темпами формування і проходить нерівномірно [10].

Проведений аналіз особливостей загального здоров'я дітей з порушеннями інтелектуального розвитку дозволяє стверджувати про наявність характерних закономірностей, з якими зустрічається педагог як спеціальних, так і загальноосвітніх навчальних закладів різного рівня [1; 3; 10]. У дітей з порушеннями інтелектуального розвитку спостерігається ряд супроводжуючих соматичних захворювань (хронічні панкреатити, гастрити, вроджені чи набуті захворювання серцево-судинної системи, перенесені оперативні втручання різної складності тощо), часті захворювання дихальних шляхів (гіподинамічні бронхіти, пневмонії, ангіни), морфофункціональні порушення функцій опорно-рухового апарату (порушення постави, викривлення

хребта (сколіоз), формування гіперлордозу чи кіфозу, зниження ресорної функції хребта, плоскостопість) [1; 3; 10]. Разом з тим, у дітей з особливими освітніми потребами спостерігається недорозвиток дрібної моторики, порушення зорово-моторної координації, відсутня чи слабо виражена ізолювана, диференційована предметно-маніпулятивна діяльність рук. Як наслідок – неготовність руки до письма, неможливість формування навичок самообслуговування [1, 6]. Як зазначають фахівці, у дітей з розумовою відсталістю внаслідок недосконало розвиненої артикуляційно-м'язової системи порушена мовленнєва функція, отже, і комунікативні властивості [4]. Особливу увагу фахівці приділяють необхідності розвитку дрібної моторики розумово відсталого дитини [4; 7; 8]. Виокремлюють наступні твердження: навички дрібної моторики допомагають дитині досліджувати, класифікувати речі, краще розуміти та вивчати світ; формують навички самообслуговування; предметно-маніпулятивна діяльність сприяє самовираженню дитини через гру, творчі заняття (малювання, ліплення тощо); дозволяють набути соціального досвіду; здатність до захоплення предметів впливає на розвиток вищої нервової діяльності; руки беруть участь у підтримці і зміні пози тіла, у формуванні реакцій рівноваги та координації рухів; маніпулятивно-предметна діяльність сприяє розвитку вищих форм інтеграції. Стає очевидним, що ефективність проведення навчально-виховних та корекційно-реабілітаційних заходів дітям з розумовою відсталістю значною мірою залежить від відсутності супроводжуваних соматичних, простудних захворювань, сформованості фізичної та психічної сфер як складової загального здоров'я. У розвитку вищої нервової діяльності та психічних функцій людини вчені акцентують увагу на винятково важливому впливі рухового аналізатора. Систематичне використання засобів фізичної реабілітації дозволяє попередити виникнення вторинних відхилень у фізичному розвитку та сприяє інтенсивній соціальній інтеграції дітей з розумовою відсталістю [2; 4].

Усе вище зазначене дає можливість стверджувати, що для забезпечення максимального фізичного, психічного, мовленнєвого та соціального розвитку дитини з розумовою відсталістю у процесі формування комплексної корекційної програми необхідним є використання засобів фізичної реабілітації.

Однак, як засвідчує практика, під час діагностування готовності дитини з розумовою відсталістю до навчання і комісія ПМПК, і учителі молодших класів звертають увагу в основному на інтелектуальний розвиток дітей, виявляють уміння дитини читати, рахувати, розповідати. Водночас залишаються поза увагою їх фізичний, моторний розвиток, моральна вихованість, ціннісні орієнтації у сфері спілкування і діяльності. Недостатньо враховуються результати численних наукових досліджень та практиків щодо невід'ємного розвитку пізнавальної діяльності, психічних процесів з якісним розвитком загальної та дрібної моторики, фізичної підготовленості [3; 4; 6]. Наступна проблема, на якій акцентують увагу переважна більшість практичних дослідників і яка вимагає розв'язання, полягає у психологічній неготовності родини неповносправної дитини до навчання у школі – як спеціальній, так і загальноосвітній [2; 10]. Учителі початкової ланки освітнього закладу часто зустрічаються із досить складною ситуацією, коли дитину з порушенням інтелектуального розвитку приводять для навчання у віці 6–7 років із невідповідними розумовими, моральними, фізичними якостями особистості. Аналіз особливостей психофізичного розвитку дітей з особливими освітніми потребами дозволяє дійти висновку, що більшість дітей із порушеннями мають певну специфіку сформованості даних складових. Складається ситуація, коли педагог зобов'язаний навчати як дитину, так і її батьків, оскільки саме вони розглядаються як активні учасники навчально-виховного процесу, що забезпечують довготривалість і безперервність навчання та корекційного впливу на дітей даної категорії в сім'ї.

Тільки тісна співпраця вчителя та родини неповносправної дитини є основою для розвитку природних здібностей, успішного здійснення навчальної діяльності, формування позитивних особистісних рис: дисциплінованості, відповідальності,

активності, самоконтролю, наполегливості, вмотивованого ставлення до навчання, сформованості пізнавальних інтересів, комунікативних властивостей тощо.

Систематичний процес фізичної реабілітації у комплексному корекційному впливі надасть можливість дитині з розумовою неповносправністю стати повноправним членом суспільства, брати активну участь у шкільному житті, надає можливість для розвитку потенційних можливостей, демонстрації своїх природних здібностей. Фізична реабілітація має бути важливою частиною загальної системи навчання, виховання, корекції дітей з вадами розумового розвитку.

Основною метою програми з фізичної реабілітації є корекція і компенсація недоліків фізичного розвитку, загальної та дрібної моторики, які перешкоджають їх успішному навчанню і вихованню. Напрямами реабілітаційної роботи з учнями з інтелектуальними вадами початкової школи є такими: удосконалення основних рухових функцій і сенсорної сфери; розвиток дрібної моторики кистей і пальців рук; покращення артикуляційної моторики; корекція окремих сторін психічної діяльності: удосконалення просторових уявлень і орієнтації, слухової уваги і пам'яті; розвиток різних видів мислення; корекція порушень у розвитку емоційно-вольової сфери; формування мовленнєвого дихання; зміцнення загального здоров'я; виховання точності, завершеності рухів; нормалізація м'язового тону з використанням для цього різноманітного за темпом і ритмом музичного матеріалу, рухових вправ; виховання зорово-моторної координації. В основі фізичної реабілітації дітей з вадами розумового розвитку лежить навчання окремим рухам, елементам дій, доведення їх до варіативного автоматичного виконання, об'єднання цих елементів у свідому діяльність.

Для всебічного фізичного та психічного розвитку, збільшення рухової активності у процесі занять з фізичної реабілітації проводяться:

- заняття, спрямовані на розвиток психомоторики: ранкова гігієнічна гімнастика, фізкультхвилинки, рухова терапія, фізкультурні свята, ЛФК, змагання, прогулянки;
- заняття, спрямовані на покращення функціонування кисті та пальців рук: пальчикова гімнастика, складання мозаїки, кубиків; малювання, ліплення з пластиліну, застібання-розстібання ґудзиків, конструювання, розкладання дрібних предметів у залежності від форми, розміру, кольору (квасолі, намистинок, шишок, круп тощо), захоплення та утримування предметів різними пальцями;
- заняття, спрямовані на оволодіння навичками самообслуговування на основі покращення функціонування опорно-рухового апарату, рівноваги, координації рухів;
- дихальні вправи для попередження виникнення захворювань верхніх дихальних шляхів;
- спортивні свята у відповідності з можливостями дітей для підвищення рівня домагань та мотиваційної складової до самостійних занять фізичної культурою, спортом, покращення комунікативних властивостей дітей.

Проведення спортивних свят, фізкультурно-виховних заходів та рухливих ігор впливає на формування дисципліни, організованості дітей з розумовою відсталістю. На їхню довільну, спонтанну поведінку накладаються обмеження, тому вони повинні вчитися діяти спільно з іншими учнями. Усі ці навички допомагають сформувати правильну модель поведінки і вирішувати завдання, які стоять перед педагогами і батьками. Проведення таких заходів—це ідеальна можливість для дитини бути залученим в основний потік однолітків, можливість виховуватися в мовному середовищі з дітьми, інтегруватися в суспільство. Дітей з особливими освітніми потребами початкова школа повинна навчати не лише базовим дисциплінам, але й підготувати їх до зіткнення з усіма сторонами життя, навчати їх таким речам, як наполегливість у роботі, уміння спілкуватися з оточуючими, розвиток фізичних можливостей, навички самообслуговування, уміння спілкуватися. Реабілітаційна

робота з дітьми з розумовою відсталістю передбачає також роботу з їхніми батьками. Основними напрямками роботи з батьками є гармонізація сімейних відносин стосовно дитини, встановлення партнерських стосунків між корекційними фахівцями, шкільними педагогами та членами родини, допомога в адекватній оцінці можливостей дитини, навчання елементарним методам навчання та корекції, постійна підтримка та консультування з боку педагогів.

Перспектива подальших досліджень. Специфіка проведення занять з фізичної реабілітації дітей з розумовою відсталістю включає такі принципи: постійного пошуку індивідуальних підходів до дитини та диференційованого підбору завдань; заняття мають носити комбінований і ігровий характер; систематичного формування наслідувальної діяльності; розвиток довільної уваги; розташування реабілітаційного обладнання у полі зору дитини, відсутність зайвих предметів, використання наочності; спостереження педагогом за внутрішнім станом дитини; моделювання ситуацій досягнення, позитивний емоційний настрій дітей на заняттях; формування постійної потреби у набутих вміннях та навичках; ігрові, нетрадиційні форми навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами у початкових класах є пріоритетними у роботі з учнями з розумовою відсталістю; не порівнювати одну дитину з іншою, а підкреслювати особистий успіх кожного, уникати ситуацій змагання; підтримка дитини у важкій ситуації; враховувати особистісний ріст дитини відносно самої себе; створення ситуації успіху.

Висновок. Таким чином, завданнями навчальних закладів, які виховують дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з розумовою відсталістю є забезпечення умов навчання та систематичної корекції засобами фізичної реабілітації дітей з обмеженими інтелектуальними можливостями; формування у них навичок самообслуговування; профілактика дихальних та соматичних захворювань, вторинних порушень розвитку опорно-рухового апарату, моторних функцій; формування у вихованців мотивації до здорового способу життя, до самостійних занять з фізичної культури та спорту; удосконалення соціо-побутової моделі поведінки у дітей з особливими потребами.

У зв'язку з цим необхідні зміни в професійній підготовці майбутніх педагогів спеціальних та загальноосвітніх навчальних закладів початкової школи, зокрема у вчителів фізичної культури, пов'язані з формуванням у них готовності до забезпечення комплексного корекційного впливу на дітей з інтелектуальною неповносправністю.

Список використаних джерел

1. Вісковатова Т. П. Психофункціональний стан дітей із затримкою психічного розвитку під впливом занять рухливими іграми / Т. П. Вісковатова. // Молода спортивна наука України: збірник наукових праць з галузі фізичної культури і спорту. – Львів : НВФ «Українські технології», 2006. Вип. 10. – Т.3,4. – С. 217– 222.
2. Гаврилов. О. В. Особливі діти в закладі та соціальному середовищі : навчальний посібник / О. В. Гаврилов. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2009. – 308 с.
3. Дегтяренко Т. М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами : навчальний посібник / Т.М. Дегтяренко. – Суми : ВТД «Університетська книга», 2008. – 302 с.
4. Дмитриев А. А. Коррекционно-педагогическая работа по развитию двигательной сферы учащихся с нарушением интеллектуального развития : учеб. пособ. / А. А. Дмитриев. – М. : Издательство Московского психолого-социального института, 2004. – 224 с.
5. Лесько О. М. Рухливі ігри для молодших школярів з затримкою психічного розвитку : навч.-метод. посіб. / О. М. Лесько В. Трач. – Л. : ЛДІФК, 2004. – 88 с.
6. Мозговой В. М. Характеристика двигательных нарушений у умственно отсталых учащихся / В. М. Мозговой // Дефектология. – 1994. – № 3 – С. 34– 38.

7. Навчання дітей з важкими розумовими вадами : посібник для вчителів : переклад з польськ. – Львів : Галицька видавнича спілка, 2001. – 160 с.
8. Руководство по работе с детьми с умственной отсталостью : учеб. пособ. / под. ред. М. Пшичек ; Перевод с польск. – СПб : Речь, 2006. – 276 с.
9. Смирнов Н. К. Здоровьесохраняющие образовательные технологии в современной школе / Н. К. Смирнов. – М. : АПК и ПРО, 2002. – 121 с.
10. Шипицина Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушениями интеллекта / Л. М. Шипицина. – СПб. : Речь, 2005. – 477с.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2016 р.

Зарудна К. В.

студентка 6 курсу спеціальності «Фізична реабілітація»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Лянной М.О.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри теорії та методики фізичної культури
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка;

Копитіна Я.М.

кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПРОФІЛАКТИЦІ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНО ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ В УМОВАХ ДОШКІЛЬНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

У статті наведено й обґрунтовано особливості використання засобів фізичної реабілітації у профілактиці гострих респіраторних вірусних інфекцій в умовах дошкільних навчальних закладів. Розкрито особливості методичних рекомендацій та доцільність їх використання при даній патології.

Ключові слова: фізична реабілітація, гострі респіраторні вірусні інфекції, лікувальна гімнастика, точковий масаж стоп.

Постановка проблеми. На сьогодні пріоритетним є питання збереження та зміцнення здоров'я дітей. За останніми статистичними показниками в структурі захворюваності дітей перше місце займають хвороби дихальної системи, серед яких переважають респіраторні захворювання [8]. Дітей, у яких кількість респіраторних захворювань на рік дорівнює або перевищує 4 рази, відносять до категорії часто хворюючих. У кожної десятої дитини гострі респіраторні захворювання ускладнюються бактеріальними синуситами (гайморити, етмоїдити), отитами, які мають схильність до рецидивів [2].

Часті та тривалі захворювання сприяють виникненню патологічного процесу у зростаючому організмі, який може слугувати причиною порушення процесів росту та розвитку, дозрівання функціональних систем, що істотно знижує якість життя не лише дитини, але і її батьків [1].

Профілактика гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) є однією з актуальних і соціально значимих проблем медицини внаслідок високого ризику розвитку серйозних ускладнень, істотної частки в структурі дитячої смертності,

несприятливого впливу на ріст і розвиток дитини [10]. Сьогодні важливим напрямом педіатрії є оздоровлення дітей, що часто хворіють гострими респіраторними інфекціями, які становлять від 20 до 60% усіх дітей, що відвідують дошкільні установи. Пневмонії та ГРЗ складають 50– 60% загальної захворюваності дітей, що майже в 5 разів вище відповідних показників всіх інших інфекцій, разом узятих [7].

Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) – це група розповсюджених інфекційних хвороб, що проявляються ураженням дихальних шляхів, кон'юнктив та лімфатичних вузлів і супроводжуються помірною загальною інтоксикацією й катаральними явищами [4]. До цієї групи належать парагрип, респіраторно-синцитіальна, риновірусна, аденовірусна інфекції та ін. Джерелом інфекції є хворі люди та вірусоносії, котрі виділяють віруси з носовим і носоглотковим слизом. Зараження відбувається повітряно-крапельним шляхом, переважно під час кашлю, чхання, розмови. Аденовіруси, крім цього, можуть передаватися з їжею і водою [3].

Наведені данні вказують на важливість проблеми. Таким чином, зростання частоти захворювань обумовлює необхідність не тільки пошуку сучасних програм лікування, профілактики та фізичної реабілітації (ФР), але й реалізації та впровадження їх в умовах дошкільних навчальних закладах.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проаналізувавши наукову та методичну літературу ми з'ясували, що проблемі ГРВІ, а особливо профілактиці даного захворювання, присвячено фахові роботи таких вчених, як М.А. Хан, А.В. Червінська, Е.Н. Сотнікова (2005), Т.Є. Христова (2012), О.М. Конова, І.В. Давидова, Е.Г. Дмитрієнко (2014), О.В. Пешкова (2015).

Важливий внесок в розв'язання цієї проблеми внесли В.А. Головкін та Г.Ф. Кащенко (2002), А.О. Уманська (2009), С.В. Зайцева (2015).

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та довести ефективність застосування засобів фізичної реабілітації у профілактиці гострих респіраторних вірусних інфекцій в умовах дошкільних навчальних закладів.

Об'єкт дослідження – процес фізичної реабілітації дітей при профілактиці ГРВІ.

Предмет дослідження – засоби фізичної реабілітації при ГРВІ у дітей.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури, педагогічні методи: спостереження, бесіда; методи математичної статистики.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Профілактика ГРЗ у дітей має велике значення, тому що кожне перенесене захворювання залишає в ще незміцнілому організмі дитини глибокий слід, негативно впливає на ряд органів і систем, перш за все, на серцево-судинну, дихальну та нервову системи, неспецифічну імунологічну реактивність [7].

Серед різноманітних фізреабілітаційних методик, одним із провідних факторів профілактики важливе місце займає використання лікувальної гімнастики (ЛГ). Метою застосування даного методу є: загальне зміцнення організму; поліпшення крово- і лімфообігу; попередження деформації грудної клітки і порушення постави; підвищення неспецифічної опірності організму; поліпшення адаптації організму дитини до фізичних навантажень – відповідно до віку й умов життя; попередження відставання в психомоторному розвитку, поліпшення функції дихання і збільшення рухливості грудної клітки; стимулювання дренажної функції бронхів та профілактика утворення спайок.

З метою профілактики ГРВІ у дітей найбільш часто використовують такі спеціальні засоби фізичної реабілітації як: статичні, динамічні та дренажні дихальні вправи, вправи звукової гімнастики з артикуляцією різних звуків, вправи для формування правильного стереотипу дихання через ніс.

Для дітей які часто хворіють, важливим засобом профілактики є загартовування. За рекомендаціями Б.С. Толкачова використовуються всі види загартовування: водою, сонцем, повітрям. Лікувальне плавання і фізичні вправи у воді зміцнюють опорно-руховий апарат і м'язову систему (особливо дихальні м'язи) дитини, нормалізують функцію дихання, покращують вентиляцію різних ділянок легеневої тканини,

відновлюють ритм дихання. У цілому підвищується загальна резистентність організму до вірусних інфекцій. Мають місце загартовуючі процедури і роботах Т.В. Казюкової, а саме: умивання або обливання прохолодною водою, обтирання, ванни для ніг, контрастні обливання ніг, душ, басейн, сон на свіжому повітрі [6].

Також важливим компонентом ФР дітей із частими та тривалими респіраторними захворюваннями є масаж. Він сприяє боротьбі зі спазмами дихальної мускулатури, підвищенню еластичності легеневої тканини, активізації лімфо- і кровообігу, відновленню рухливості грудної клітки і діафрагми, прискорює розсмоктування ексудатів та інфільтратів, що зменшує виражену гіперреактивність бронхів, підвищує силу і витривалість дихальної мускулатури (Г.С. Чернишова, І.Г. Моріна, 2004). Виконують сегментарний і класичний масаж грудної клітини з елементами погладжування, розтирання, розминання та вібрації. За дослідженнями Т.Є. Христової, кріомасаж стоп є ефективним методом профілактики ГРЗ у дітей, який здійснює позитивний вплив на клінічний перебіг респіраторних захворювань, не викликаючи побічних реакцій, дозволяючи подовжити стадію ремісії [3].

Найбільш популярним сьогодні є точковий масаж стоп біологічно активних точок (БАТ) по системі професора А.О. Уманської (під час стимуляції біоактивних зон у кров вивільняються інтерферони, секреторні антитіла імуноглобуліни А і інші біологічно активні речовини, які посилюють неспецифічний захист організму) [9].

Невід'ємною умовою профілактики ОРЗ є використання ароматерапії, яка заснована на вдиханні повітря у приміщенні, насиченого летючими компонентами ефірних олій. Сучасні дослідження підтвердили високу антисептичну активність ефірних масел, яка обумовлена, перш за все, наявністю фітонцидів. Так, наприклад, сосна, яловець постійно виробляють в хвої летючі фітонциди. Випаровуючись, вони створюють особливий, характерний для хвойних лісів аромат і протиінфекційний ефект. За допомогою протизапальної і антисептичної дії, ефірні олії здатні покращувати якісний склад мікрофлори верхніх дихальних шляхів і їх прохідність, підвищувати місцевий імунітет, можуть стати ефективним і безпечним методом для профілактики і лікування ГРЗ в дитячих колективах [5].

Висновки: Теоретично обґрунтовані дані дозволили довести ефективність застосування засобів фізичної реабілітації (лікувальної гімнастики, масажу, точкового масажу біологічно активних точок по системі професора А. О. Уманської, процедур загартування та ароматерапії) у профілактиці ГРВІ в умовах дошкільних навчальних закладів.

Перспективи подальших досліджень полягають в розробці новітньої комплексної програми фізичної реабілітації для профілактики ГРВІ в умовах дошкільних навчальних закладів.

Список використаних джерел

1. Альбицкий В.Ю. Часто болеющие дети / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, И.Л. Камаев, М.М. Огнева. – Н. Новгород : НГМА, 2003. – 180 с.
2. Бережний В.В. Комплексна імунопрофілактика гострих респіраторних захворювань у дітей / В.В. Бережний, Л.І. Чернишова // Здоровье ребенка. – 2006. – № 2. – С. 46–52.
3. Електронний ресурс. Режим доступу : [<http://www.zdorovia.com.ua>].
4. Ермилова Н.В., Радциг Е.Ю., Богомільский М.Р. Профилактика ОРВИ в организованных детских коллективах: способы и эффективность / Н.В. Ермилова, Е.Ю. Радциг, М.Р. Богомільский // Вопр. совр. пед. – 2012. – № 1. – С. 98–102.
5. Зайцева С.В. Место ароматерапии в лечении и профилактике острых респираторных заболеваний / С.В. Зайцева // Трудный пациент . – 2015. – № 1– 2. – С.48– 54.
6. Казюкова Т.В. Возможности семейной профилактики гриппа и острых респираторных вирусных инфекций / Казюкова Т.В., Панкратов И.В., Самсыгина Г.А. // Педиатрия. – 2010. – № 6. – С. 117– 122. – С.117–122.

7. Пешкова О.В. Лікувальна фізична культура як засіб профілактики для дітей, які часто хворіють на гострі респіраторні захворювання / О.В. Пешкова // Слобожанський науково-спортивний вісник. – Харків : ХДАФК, 2015. – № 2(46). – С. 154–160.

8. Современные возможности ароматотерапии в лечении и профилактике острых респираторных инфекций у детей / [Конова О.М., Давыдова И.В., Дмитриенко Е.Г. и др.] // Медицинский совет. – 2014. – № 1. – С. 68–72.

9. Уманская А.О. Профилактика ОРЗ, гриппа и их осложнений / А. О. Уманская // Культура здоровой жизни. – 2009. – №1. – С. 16–19.

10. Христова Т. Є. Сучасні підходи до фізичної реабілітації дітей, які часто хворіють на гострі респіраторні захворювання / Т. Є. Христова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. Запоріжжя – 2012. – С.119–123.

Стаття надійшла до редакції 06.12.2016 р.

Котелевський В.І.

кандидат медичних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Ворожка О.М.

студент 5 курсу спеціальності «Фізична реабілітація»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ ТЕХНІК ІСПАНСЬКОГО МАСАЖУ

Дослідження спрямоване на визначення особливостей техніки іспанського масажу з метою удосконалення масажних технологій.

Ключові слова: *фізична реабілітація, іспанський масаж, лікувальний масаж.*

Постановка наукової проблеми та її значення. Надання реабілітаційної допомоги хворим за допомогою різноманітних масажних технологій ефективно використовуються у сучасній фізичній реабілітації.

Разом із тим прогрес реабілітаційної науки вимагає пошуку нових форм і методичних підходів до реабілітаційного процесу [1; 2], вивчення новітніх та удосконалення існуючих масажних технологій.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано відповідно до «Зведеного плану НДР у сфері фізичної культури та спорту на 2011–2016 р.» за темою 4.6.3.1. «Теоретико-методичні засади фізичного виховання і спорту у формуванні здорового способу життя», а також за темою 3.5.2. «Програмування та методики фізичної реабілітації осіб різних нозологічних та вікових груп».

Провідною ідеєю цього дослідження стало припущення про доцільність розробки удосконалених методик лікувального масажу з елементами іспанського масажу, вивчення його особливостей для подальшого впровадження їх у практичну діяльність реабілітологів.

Мета й завдання дослідження. Відповідно до основної ідеї дослідження було сформульовано **мету статті:** проаналізувати особливості елементів іспанського масажу у сеансах лікувального масажу в процесі фізичної реабілітації.

Меті статті відповідали такі **завдання:**

1) вивчити основні особливості іспанського масажу, які сприяють підвищенню ефективності реабілітаційного процесу.

2) визначити основні елементи іспанського масажу, які, доповнюючи прийоми класичного та лікувального масажу, становитимуть основу застосування інтегративної технології масажних маніпуляцій з елементами іспанського масажу;

У дослідженні використовувався аналіз науково-методичної літератури за даною тематикою, аналіз прикладних аспектів техніки іспанського масажу.

Аналіз останніх досліджень з даної проблеми. Треба визнати, що розвиток масажних технологій базується не тільки на досвіді попередніх поколінь. І в сучасний час народжуються удосконалюються певні системи масажу. Так іспанський масаж є порівняно молодим різновидом масажу, який увібрав у себе різні прийоми класичних і східних масажних систем. У його витоків стояли роботи іспанського лікаря Феррандіса, який на основі в 1936 році відкрив першу школу хіромасажу, який згодом стали називати іспанським масажем [3].

Хіромасаж – це особлива масажна техніка. Вона заснована на різних прийомах класичних і східних масажних систем, а також вміщує елементи хіропрактики та кінезіології. Продовжив справу свого вчителя Енріке К. Гарсія, який у 1990 р. створив Інститут мануальної терапії INMASTER, де детально вивчалися техніки іспанського масажу [2].

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів дослідження. Проаналізувавши основні технічні особливості іспанського масажу, ми вирішили деякі елементи іспанського масажу (принципи, техніки і прийоми) використовувати в сеансах лікувального масажу спини у фізичній реабілітації хворих із початковими неврологічними проявами вертебрального остеохондрозу в межах застосування інтегративної технології масажних маніпуляцій. Визначено основні особливості техніки іспанського масажу, на яких базується вказана технологія:

Техніки іспанського масажу загалом відрізняються особливою «пластичністю». Масажист у повільному темпі виконує пульсуючі, хвилеподібні рухи. Вважається, що масаж здійснює не тільки механічний, але й «енергетичний» вплив на поверхню тіла людини. Під час сеансу використовуються не лише подушечки пальців, пальці, долоні та їх основа, а й передпліччя та лікті. Деякі техніки (міоструктурні) нагадують пасивну гімнастику м'язів і суглобів. Енріке К. Гарсія вважав, що необхідно використовувати ефект сумації дій цілеспрямованих впливів різних прийомів на шкіру, м'язи або суглоби для боротьби з функціональними порушеннями. Тобто в основу техніки покладено різноспрямовані прийоми погладжування, розтирання та розминання, що виконуються дуже м'яко, щадно, в досить повільному темпі, але невеличкі позитивні впливи, які виникають при виконанні декількох прийомів, спрямованих на усунення будь-якого функціонального порушення (наприклад, функціонального блока хребцево-рухового сегмента), сумуються, і в результаті ми отримуємо ефективний результат. Крім того, Енріке К. Гарсія стверджував, що масажист має застосовувати безліч прийомів, вирішуючи проблеми одного і того ж самого функціонального порушення: якщо на декількох маніпулятивних сеансах постійно застосовувати тільки одну і ту саму техніку та однакові прийоми, то організм людини швидко до них звикне, і ефективність прийомів різко знизиться [3]. Реальність цього припущення було підтверджено теорією адаптації, і цей ефект отримав назву сумації дій прийомів у техніці іспанського масажу [5].

Існує певна цілеспрямованість дій при проведенні прийомів іспанського масажу. За образним висловом Енріке К. Гарсія існують чотири системи, через які можна впливати на організм людини при масажі: суглоби, м'язи, кровоносна та лімфатична системи, нервова система [4]. Він порівнював їх з різними дверми, що ведуть в один будинок (організм людини), відтак, впливаючи на певну систему, можна увійти через будь-які, застосовуючи ту техніку, яка в даний момент краще підходить. Треба визнати, що для кожної системи організму Енріке К. Гарсія створив окрему, не схожу на інші техніку, що має власну назву і виконується автономно (в

одному сеансі неприпустиме використання двох технік, оскільки деякі з них мають протилежні дії, що призводять до нівелювання ефекту) [9].

Разом із тим і застосування прийомів не відбувається хаотично. В іспанському масажі маніпуляції поділені на дві великі групи за специфічністю дії на кожну систему та тринадцяти параметрів інтенсивності, які визначають характер рухів при виконанні прийомів масажу та послідовність проведення маніпуляцій. Вісім із них стосуються переважно технічних характеристик виконання прийомів руками масажиста: форма, амплітуда, зсув, напрямок, тиск, швидкість проведення маніпуляцій, час рухів, ритм, координація. П'ять регламентують структуру, якій при масажі слід надавати більше уваги, і порядок проведення маніпуляції. Вони вміщують такі параметри, як розподіл маніпуляцій стосовно послідовності, структури, ділянки тощо.

Особливу увагу при застосуванні інтегративної технології ми надавали застосуванню принципам та прийомам іспанського масажу. Іспанський масаж передбачає індивідуальний підхід, за якого реабілітолог урізноманітнює сеанси масажу, роблячи кожен з них своєрідним і неповторним за рахунок зміни і чергування певних прийомів, а також введення нових.

Іспанський масаж ефективно діє на нервову, м'язову, серцево-судинну систему, суглоби: для кожної системи людського організму створено свій особливий комплекс маніпуляцій. Тобто існують певні техніки та прийоми метаболічного, нейроседативного, міотензивного, гемолімфатичного масажів (рис. 1, 1, 1, 1).



Рис. 1. Елементи хіромасажу



Рис. 2. Елементи міотензивного масажу



Рис.3. Елементи метаболічного масажу



Рис. 4. Елементи гемолімфатичного масажу

Проаналізувавши основні технічні особливості іспанського масажу, ми вирішили деякі елементи іспанського масажу (принципи, техніки і прийоми) використовувати в сеансах лікувального масажу спини у фізичній реабілітації хворих із початковими неврологічними проявами вертебрального остеохондрозу в межах застосування інтегративної технології масажних маніпуляцій. Визначено основні особливості техніки іспанського масажу, на яких базується вказана технологія:

1) специфічність проведення маніпуляцій залежно від дії на певну систему організму (суглоби, м'язи, кровоносну та лімфатичну систему) і характеру проведення маніпуляцій (метаболічний масаж, нейроседативний, міотензивний масаж, гемолімфатичний дренаж).

2) диференційований характер маніпуляцій, який забезпечується поділом маніпуляцій на дві великі групи за специфічністю дії на кожну систему організму, врахуванням тринадцяти параметрів інтенсивності, які визначають характер рухів

при виконанні прийомів масажу та послідовність проведення маніпуляцій, врахуванням адаптаційних реакцій організму на проведення маніпулятивних прийомів (різноманітність прийомів попереджає звикання центральної та периферичної нервової систем до одноманітних повторюваних прийомів) і рефлексорних (сумації ефектів декількох односпрямованих прийомів) механізмів. Диференційований характер маніпуляцій з урахуванням таких численних чинників забезпечується різноманітністю прийомів, спрямованих на усунення певного функціонального порушення, а також застосуванням у техніках масажу масажистами не тільки пальців, долонь та основи рук, а й передпліч та ліктів;

3) щадність маніпуляцій: практично всі прийоми і техніки іспанського масажу носять щадний характер (виконуються м'яко, в повільному темпі). Безумовно, це приводить до того, що ускладнення від застосування цього різновиду масажу практично не спостерігаються).

Висновки та перспективи подальших досліджень. Визначено основні елементи техніки іспанського масажу, які можна ефективно застосовувати в інтегративної технології масажних маніпуляцій: 1) специфічність проведення маніпуляцій залежно від дії на певну систему організму (суглоби, м'язи, кровоносна та лімфатична система) і характеру проведення маніпуляцій (метаболічний масаж, нейроседативний, міотензивний масаж, гемолімфатичний дренаж); диференційований характер маніпуляцій, який забезпечується поділом маніпуляцій на дві великі групи за специфічністю дії на кожну систему організму, врахуванням тринадцяти параметрів інтенсивності, які визначають характер рухів при виконанні прийомів масажу та послідовність проведення маніпуляцій, врахуванням адаптаційних реакцій організму на проведення маніпулятивних прийомів (різноманітність прийомів попереджає звикання центральної та периферичної нервової систем до одноманітних повторюваних прийомів) та рефлексорних (сумації ефектів декількох односпрямованих прийомів) механізмів, щадність маніпуляцій.

Розробка та впровадження удосконалених масажних методик у системі фізичної реабілітації вертебральної патології на основі використання елементів різноманітних технік різних систем масажу, зокрема – різновидів іспанського масажу, має широку перспективу розвитку у фізичній реабілітації всіх верств населення.

Список використаної літератури

1. Еремушкин М. А. Медицинский массаж. Теория и практика. Практическое руководство/ М. А. Еремушкин.– СПб. : Наука и техника, 2009. – 544 с.
2. Єфіменко П. Б. Техніка та методика масажу: Навч.посіб. / П. Б. Єфіменко – Харк. держ. інститут фіз. культури. — Харків: ОВС, 2001. — 144 с.
3. Киржнер Б. В. Западные мануальные массажные техники и корригирующая гимнастика. Практическое руководство по ТРИАР массажу. Пошаговая инструкция массажных техник и приёмов / Б. В Киржнер, А. Г. Зотиков. – СПб. : Наука и техника, 2009. – 336 с.
4. Лотогуз С. И. Руководство по технике массажа и мануальной терапии. – М.: ООО "Издательство АСТ"; Харьков: Торсинг, 2001. – 191 с.
5. Beard G. Massage: Principles and Techniques. /G. Beard, E. C. Wood – W. B. Saunders, Philadelphia, 1964. – pp. 38– 45, 51.

Стаття надійшла до редакції 11.12.2016 р.

Литвиненко Б.М.

студент 6 курсу спеціальності «Фізична реабілітація»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С. Макаренка

Корж Ю.М.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С. Макаренка

Корж З.О.

старший викладач
кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С. Макаренка

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ДИХАЛЬНИХ ВПРАВ ПРИ ОЖИРІННІ У ЖІНОК

У статті розглядається методика дихальної гімнастики «Бодіфлекс» під час реабілітації жінок з ожирінням.

Ключові слова: ожиріння, дихальні вправи, методика «Бодіфлекс».

Постановка проблеми У багатьох країнах світу за останні 10 років захворюваність на ожиріння збільшилася в середньому вдвічі. В економічно розвинутих країнах майже 50% населення має надмірну масу тіла, при цьому у 30% з них спостерігається ожиріння [1].

Серед дорослого населення США число осіб з ожирінням зростає на 8% кожні 10 років. За прогнозами дослідників у 2230 р. все населення США буде мати надмірну вагу. В Україні ожиріння виявляють майже в 30% випадків, а надмірну масу тіла має кожний четвертий мешканець. Встановлено, що серед жінок різного віку дана патологія зустрічається частіше, ніж серед чоловіків, що пов'язано з відмінностями в структурі і функціях чоловічого та жіночого організму [2].

ВООЗ зазначає, що зниження рівня фізичної активності є четвертим з важливих факторів, що впливають на причини смертності в світі (6% від загальної кількості випадків) [9]. Важливим фактором малорухливого способу життя став науково-технічний прогрес, що призвело до використання інноваційних технологій замість звичайної фізичної праці. Зросла залежність від автотранспорту на фоні скорочення пішохідного та велосипедного руху. Загальне середнє скорочення трат енергії за останні 50 років склало 250–500 ккал в день, але якщо співставити їх з масштабами ожиріння, то ці цифри будуть значно вищими [5].

Ожиріння частіше зустрічається у жінок після 50 років, воно ускладнюється атеросклерозом судин серця та мозку, цукровим діабетом, злоякісними новоутвореннями, підвищення маси тіла на 10% супроводжується збільшенням смертності на 30% [3].

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Характерні для сучасного суспільства малорухливий спосіб життя, нераціональне харчування зі збільшенням кількості рафінованих продуктів, постійні психологічні навантаження призводять до росту частоти ожиріння особливо серед жінок.

Розрізняють екзогенну (аліментарну) та ендогенну (ендокринно-церебральну) форми ожиріння. Екзогенна форма пов'язана з зовнішніми причинами: надмірним вживанням їжі, багатої вуглеводами і жирами, недостатньою руховою активністю. Друга форма є наслідком внутрішніх причин: порушенням функції щитоподібної та статевих залоз, гіпофізу або регуляції жирового обміну ЦНС. В результаті визначених

причин в організмі відкладається велика кількість жирової тканини у підшкірній основі на ділянці живота, грудей, таза, стегон, а також на органах черевної порожнини. Це в свою чергу зменшує екскурсію діафрагми, порушує механізм дихання, сприяє розвитку дистрофії міокарду, атеросклерозу, гіпертонічної хвороби, стенокардії порушує функцію ЦНС. Також збільшується статичне навантаження на опорно-руховий апарат, що призводить до артрозів суглобів нижніх кінцівок, плоскостопості, остеохондрозу хребта тощо.

Ожиріння – одна з найскладніших медико-соціальних проблем сучасності. Широке розповсюдження, тісний зв'язок із способом життя і надзвичайно висока смертність від його наслідків вимагають об'єднання зусиль лікарів різних спеціальностей та фізичних реабілітологів.

Для діагностики ожиріння використовується індекс маси тіла (ІМТ), який обчислюється, як відношення ваги тіла (у кг) до квадрату зросту (у м²). За класифікацією ВООЗ, якщо ІМТ дорівнює 18,5–24,9 кг/м², це свідчить про нормальну вагу тіла, якщо ІМТ 25–29,9 кг/м² – ожиріння I ст., якщо ІМТ ≥ 30 кг/м² – ожиріння II–IV ст.

Ожиріння лікують комплексно, поступово збільшують обсяг фізичного навантаження та обмежують вживання мучних, кондитерських виробів, круп'яних та макаронних продуктів, жирних і копчених страв.

У цьому зв'язку важливо розробляти програми фізичної реабілітації, які можуть стати найбільш ефективними для корекції маси тіла жінки в умовах постійної її зайнятості, обмежених можливостей загальноприйнятої системи фізичного навантаження.

Корекція надмірної ваги серед жінок має свої особливості та потребує більш поглибленої деталізації. Тому, подальше вивчення стану проблеми, її профілактики та реабілітації жінок з ожирінням різного ступеню є актуальною.

Мета дослідження — на основі аналізу сучасних підходів до ожиріння, обґрунтувати найбільш раціональні засоби фізичної реабілітації для жінок з ожирінням.

Об'єкт дослідження: фізична реабілітація жінок з ожирінням.

Предмет дослідження: методика використання дихальної гімнастики «Бодіфлекс» у фізичній реабілітації жінок з ожирінням.

Методи дослідження: теоретичний аналіз літератури й узагальнення інформації щодо використання дихальних вправ при ожирінні.

Результати дослідження та їх аналіз. Ожиріння — це захворювання, що потребує комплексу лікувально-профілактичних методів корекції маси тіла за допомогою раціонального режиму харчування, підвищення фізичної активності та комплексного застосування реабілітаційних заходів.

ВООЗ розробила «Глобальні рекомендації з фізичної активності для здоров'я» де наголошується, що працездатному населенню у віці 18–64 роки необхідно приділяти не менше 150 хв. на тиждень заняттям аеробікою середньої інтенсивності, або, не менш ніж 75 хв. на тиждень, заняттям аеробікою середньої і високої інтенсивності [9].

В.О. Епіфанов рекомендує використовувати для хворих з I ст. ожиріння вправи на тренажерах (VELOERGOМЕТРІ, ГРЕБЛЯ, ТРЕДМІЛІ, БІГОВІЙ ДОРІЖЦІ) з підвищенням ЧСС на 75% по відношенню до стану спокою. При цьому під час 30–90 хв. занять механотерапією, 5 хв. підходи до тренажерів чергують з 3 хв. пасивним відпочинком.

Хворим з III ст. ожиріння та супутніми захворюваннями (гіпертонічною хворобою II А ст., недостатністю кровообігу не вище I ст.) рекомендовано під час занять механотерапією збільшення ЧСС на 50% по відношенню до стану спокою. Під час занять на тренажерах чергують 3 хв. підходи з 5 хв. паузами відпочинку [3].

В.М. Мухін для стимуляції загального тону організму, покращання функції кардіо-респіраторної системи, обміну речовин, підсилення енерговитрат та загартування рекомендує використовувати гідротерапевтичні процедури (обтирання, обливання, циркулярний та гольчастий душі, душ Шарко, сухоповітряну лазню тощо). Бальнеотерапевтичні процедури: сульфідні, вуглекислі, йодобромні ванни, пиття мінеральної води. Електростимуляцію м'язів живота та стегон [4].

Інші автори рекомендують використовувати декілька разів на день прогулянки зі зміною темпу ходьби. Ходьбу у швидкому темпі (120–140 кр./хв.) на дистанції 50–100 м, чергують з ходьбою у повільному темпі (60–80 кр./хв.) на дистанції 100–200 м. Прогулянку закінчують виконанням дихальних вправ. Загальну дистанцію ходьби поступово збільшують від 2 км до 10 км. Після 2–3 міс. занять замість ходьби в швидкому темпі можна включати біг підтюпцем, починаючи з 25–50 м [5].

Також для зменшення ваги тіла застосовують гідрокінезітерапію та сучасні СПА технології з використанням атицелюлітного, вакуумного баночного та кріо-масажів.

Останні роки все більше уваги приділяється оздоровчим фітнес програмам при ожирінні в яких акцент ставиться на дихальних вправах. В літературних джерелах зустрічаються дані про використання оздоровчих програм «Бодіфлекс», «Оксісайз», «Цзяньфей», «Пілатес» та «Пранаяма йога» для корекції надмірної ваги тіла. Спеціальні дихальні вправи дозволяють збільшити насичення киснем клітин, що стимулює метаболічні процеси та окислення жирів [6,8].

Під час діафрагмального типу дихання в роботу активно включаються м'язи передньої черевної стінки, що зменшує кількість підшкірного жиру в цій ділянці та підвищує енергозатрати організму. Також активно залучаються в роботу нижні відділи легень, що сприяє їх кращій вентиляції й оксигенації крові та стимуляції окисленню жирних кислот [8].

Враховуючи, що дихальні вправи активізують екстракардіальні чинники кровообігу, тобто хвилеподібно змінюють внутрішньогрудний та внутрішньочеревний тиск, за рахунок чого посилюється кровообіг та лімфоток від нижніх кінцівок до серця, масуються внутрішні органи, під час реабілітації хворих з ожирінням використовують комплексну програму з фізичної реабілітації за методикою «Бодіфлекс».

Методика «Бодіфлекс» – це комплекс з дванадцяти вправ спеціального діафрагмального дихання у поєднанні з вправами на розтягнення м'язів, що виконуються у ізотонічному та ізометричному режимах [6]. Мета методики – зниження ваги та приведення її до норми. Цевідбувається завдяки наступним механізмам: збільшенню екскурсії діафрагми, покращенню кровообігу та аферентацію сонячного сплетіння; комплексному застосуванню гімнастичних вправ на розтягування м'язово-сухожилкового апарату в ізометричному режимі з спеціальними дихальними вправами у швидкому темпі, що активізує роботу симпатичної нервової системи.

Дана методика також має загальнооздоровчий ефект: під час затримки дихання у легенях накопичується CO₂, активізується накопичення еритроцитів та синтез оксигемоглобіну в крові, збільшується кількість вуглекислоти, що підвищує надходження кисню до тканин, зменшується ступінь гіпоксії, покращується метаболізм, зменшується на 50% концентрації холестерину в крові [6].

Дихальна вправа виконуються в 5 етапів. На першому – необхідно видихнути повітря у повільному темпі з легень через рот, склавши губи трубочкою. На другому – піднімаючи голову швидкому темпі шумно вдихнути повітря через ніс, розширюючи грудну клітку. На третьому етапі – виконують швидкий діафрагмальний видих через рот з звуком «пах!». На четвертому – нахилиють голову вниз й максимально втягують живіт, затримують дихання на 3 до 10 рахунків. На п'ятому – розслабляють м'язи живота й видихнути повітря через ніс.

Комплекс динамічних і статичних вправ «Бодіфлекс» («Лев», «Потворна гримаса», «Бокова розтяжка», «Відтягування ноги назад», «Сейко», «Алмаз», «Шлюпка», «Крендель», «Черевний прес», «Ножиці», «Кішка», виконуються на четвертому етапі дихальної вправи (на затримці дихання, після максимального втягування живота). Дана методика дає можливість розвивати м'язи в аеробному режимі та прискорює обмін речовин за допомогою дихання.

Перспективи подальших досліджень. На нашу думку перспективи подальшого дослідження стосуються впровадження дихальної гімнастики «Бодіфлекс» в комплексі з бальнеотерапією на базі санаторія «Бердянськ» у жінок з ожирінням I–II ступеню.

Література

1. Власенко М.В. Цукровий діабет і ожиріння – епідемія XXI століття : сучасний підхід до проблеми / М.В. Власенко, І.В. Семенюк, Г.Г. Слободянюк // Український терапевтичний журнал. – 2011. – № 2. – С. 50–55.
2. Коваленко В.М. Метаболічний синдром: механізми розвитку, значення як фактора серцево-судинного ризику, принципи діагностики та лікування / В.М. Коваленко, Т.В. Талаєва, А.С. Козлюк. // Український кардіологічний журнал. – 2013. – № 5. – С. 80–87.
3. Епіфанов В.О. Лечебная физическая культура: Справочник / В.О. Епіфанов, В.М. Мошков, Р.И. Ануфриев и др. под ред. В.А. Епифанова. – М. : Медицина., 1987. – 528 с.
4. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підручник для інститутів фізичної культури і спорту / В.М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2000. – 423 с.
5. Фізична реабілітація, спортивна медицина / [В. В. Абрамов, В. В. Клапчук, О. Б. Неханевич та ін.]. – Дніпропетровськ : Журфонд, 2014. – 456 с.
6. Чайлдерс Г. Великолепная фигура за 15 минут в день / Г. Чайлдерс. перевод с англ. Е.Н. Мартинкевич. – МН. : ООО «Поппури», 2001. – 208 с.
7. Edwards A.M. Inspiratory muscle training and endurance: a central metabolic control perspective / A. M. Edwards and R. E. Walker // International Journal of Sports Physiology and Performance. – 2009. – Vol. 4, № 1. – P. 122– 128.
8. Exercise and Weight Loss: No Sex Differences in Body Weight Response to Exercise / PhillipaCaudwell, CatherineGibbons, Graham Finlayson [et al.] // Exercise & Sport Sciences Reviews. – 2014. – Vol. 42 (3). – P. 92–101.
9. World Health Organization, Global Recommendations on Physical Activity for Health (WHO, 2011) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf

Стаття надійшла до редакції 22.12.2016 р.

Литвиненко В.А.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Гостєв С. В.

студент 5 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ЗАСТОСУВАННЯ КІНЕЗОТЕРАПІЇ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

У статті розглянуто особливості застосування кінез у ФР хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта на основі комплексного підходу (поєднання лікувальної фізичної культури, фізіотерапії, лікувального масажу тощо).

Ключові слова: кінезіотерапія, фізична реабілітація, комплексний підхід, масаж, фізіотерапія, ЛФК.

Постановка проблеми. Статистика свідчить про те, що 75% населення страждають від болю в спині, 30% страждають від головного болю. Велика частина з них страждає тому, що у них виникли проблеми саме з хребтом. Хребет – це основа, яка тримає весь організм. Якщо якась частка його схильна до збою, то це обов'язково відобразиться і на інших ділянках організму.

В усьому світі спостерігається тенденція до збільшення числа захворювань опорно-рухового апарату (ОРА). Остеохондроз – одне з найбільш поширених на сьогоднішній день захворювань хребта. Для нього характерне ураження міжхребцевих дисків, частіше за все в шийному та поперековому відділах. Більшість людей старше 30 років хоч раз відчували біль в поперековому відділі хребта. Ця патологія є причиною тривалої втрати працездатності. До 60 років на остеохондроз хребта хворіє 80% населення земної кулі [4].

Під час захворювання на остеохондроз в гострому періоді, при значному больовому синдромі, використовують медикаментозне лікування. У підгострому періоді використовують засоби фізичної реабілітації: лікувальну фізичну культуру, масаж, процедури з фізіотерапії, кінезіотерапію.

На думку, професора С. М. Бубновського, ефективним методом лікування є кінезіотерапія.. Кінезіотерапія покращує циркуляцію крові, трофічні процеси, процеси метаболізму; сприяє покращенню амплітуди рухів в місцях пошкодження, покращує тонус і силу м'язів. Найважливішою складовою лікування по системі С.М. Бубновського за допомогою кінезіотерапії є спеціальні лікувальні вправи, безпечні для суглобів і хребта, які виконується пацієнтом на багатофункціональних декомпресійних і антигравітаційних тренажерах [1].

Масаж – є важливою складовою у фізичній реабілітації при остеохондрозі поперекового відділу. Так як при проведенні процедури покращується крово-лімфообіг, процес регенерації, зменшується біль, покращується психо-емоційний стан.

С. Н. Попов наголошує, що лікування гострого больового синдрому при поперековому остеохондрозі виконується комплексно: щодня проводиться парний або квадромасаж з ручним витяганням хребта і розтягнення м'язів в больовій області, втирання знеболюючих мазей (фіналгон, апізартрон, нікофлекс та ін.), цілодобове носіння вовняної тканини на голе тіло в області больового синдрому, фіксація грудних і поперекових хребців еластичними бинтами [6].

Також, одним із засобів фізичної реабілітації, який використовується при остеохондрозі поперекового відділу є фізіотерапія. Дія фізіотерапії полягає у вибірковій дії на місце запалення, сусідні тканини та органи при цьому не страждають, завдяки чому відсутній негативний вплив на організм. Це дозволяє широко застосовувати фізіотерапевтичні методи лікування у хворих на остеохондроз з переважним ушкодженням попереково-крижового відділу хребта [7].

Поль Брегг рекомендує виконання фізичних вправ. При систематичному виконанні таких вправ, через деякий час: збільшується сила у м'язах; і відповідно, м'язи утримують хребет у розтягнутому стані, забезпечуючи тим самим пряму поставу; хребет стає еластичним; відновлюються процеси циркуляції крові; зменшуються больові відчуття; покращується тонус гладенької мускулатури; дихання становиться більш глибоким, так як забезпечення клітин киснем стає більш інтенсивним.

На думку вченого, постійне тренування потребують всі 640 м'язів. Будь-який м'яз при відсутності навантаження атрофується. Саме, тому важливо, не тільки виконувати вправи для хребта, але і робити вправи для кінцівок, черевного пресу; займатися ходьбою – просто ходити, енергійно виконуючи плавні рухи верхніми кінцівками і при цьому помірно, але обов'язково глибоко дихати. Основу системи Брегга становлять 5 вправ, які необхідно систематично виконувати. В основі його вправ розроблених лежить витягання хребетного стовпа [3].

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати доцільність застосування кінезіотерапії при остеохондрозі поперекового відділу.

Результати дослідження та їх обговорення. Остеохондроз – це поширене захворювання опорно-рухового апарату, при якому відбувається зміна хрящової поверхні кісток. Остеохондроз попереково-крижового відділу хребта характеризується больовими відчуттями в області вогнища захворювання, які можуть посилюватися під час повного спокою, слабкістю в тілі, яка присутня як при

пробудженні, так і протягом усього дня викликана кисневим голодуванням, стрибками артеріального тиску, напруженням м'язів спини, гіпотонією і гіпотрофією сідничних м'язів, м'язів стегна і гомілки, болем під час пальпації паравертебральних м'язів, остистих відростків і точок по ходу сідничного нерва.

Фізична реабілітація остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта включатиме лікувальну фізичну культуру, масаж, процедури з фізіотерапії, кінезіотерапію. Програма фізичної реабілітації направлена на забезпечення спокою і зменшення навантаження на хребет; усунення функціональних блоkad у рухових хребетних сегментах; протинабрякова терапія, нормалізація судинних дисциркуляцій; відновлення функції нервово-м'язового апарату; нормалізація рефлексорних супутніх розладів внутрішніх органів; зміцнення м'язів спини, нижніх кінцівок, усунення больового синдрому, відновлення рухливості уражених сегментів, відновлення працездатності та повернення в соціум, розробка і рекомендація профілактичних заходів.

В ЛФК входять вправи у полегшених вихідних положеннях (лежачи та напівсидячи), у подальшому активні вільні та активні з зусиллям; за локалізацією – вправи для дистальних та проксимальних сегментів кінцівок та різних відділів хребта; за ступенем активності – пасивні та активні вправи з поступовим збільшенням фізичного навантаження; корегуючи вправи на формування стереотипу правильної постави та відновлення побутових навичок.

Масаж передбачає маніпуляції для відновлення тонусу та еластичності м'язово-зв'язочного апарату, зниження інтенсивності болю, посилення кровообігу в поперековій ділянці та кінцівках, покращення відтоку лімфи, зниження напруження м'язів розгиначів хребта. Масаж попереку завжди починають з погладжувальних – легких, що ковзають рухів, кінчиками пальців або долонею. Основні ефекти від такого прийому – зниження нервової збудливості, поліпшення трофіки м'яких тканин, розслаблення м'язів і зняття болю.

Для посилення кровообігу, обміну речовин і трофіки в тканинах, а також для розігрівання м'язів виконується розтирання. Його виконують круговими, спірально-видними або поперечними (пилять) рухами, одним або декількома пальцями, ребром долоні, опорною частиною кисті. Якщо при проведенні розтирання виникають сильні больові відчуття, силу тиску слід зменшити або ж на кілька сеансів відмовитися від цього прийому [7].

Після підготовки м'язів доцільно проводити розминання, мета якого – підвищити еластичність зв'язкового апарату хребта, посилити лімфо- і кровообіг у ділянці нирок. Прийом виконується великим і вказівним пальцями або ж пальцями всієї руки, підставою долоні. Закінчують масаж так само, як і починають, – серією погладжують заспокойливих рухів.

Фізіотерапія при остеохондрозі поперекового відділу включає в себе лікування лазером. При цьому стан хворого поліпшується вже після перших сеансів. Він може повертати корпус в різні боки, присідати і нахилитися. Також фахівець може призначити електро-, магнітотерапію і ультрафіолетове опромінення. Всі ці маніпуляції впливають на поперековий відділ хребта і при регулярному лікуванні допомагають впоратися з остеохондрозом.

Ще одним ефективним методом фізіотерапії в лікуванні поперекового остеохондрозу є дезентор-терапія. Дезентор – це назва спеціального мату, який являє собою комплекс м'яких ребер і секторів. Вони розташовуються під різними кутами відносно горизонтальної поверхні. Хворий лягає на цей мат і повністю розслабляється. А вищевказані ребра і сектори витягають хребет і повертають м'язам втрачений тонус. При остеохондрозі грудного відділу активно використовується бальнеотерапія, або лікування ваннами, в які можуть бути додані мінеральна вода, гази або лікувальні грязі. Також дуже добре при цьому різновиді хвороби допомагає УФО (ультрафіолетове опромінення).

Важливим засобом фізичної реабілітації у хворих на попереково-крижовий остеохондроз є кінезіотерапія. Кінезіотерапія – природний метод відновлення роботи організму при виникненні проблем опорно-рухового апарату впливом на систему м'язів, сухожилів, суглобів. Включає: комплекс лікувальної фізкультури в динамічному режимі; заняття на тренажерах; спортивно-прикладні вправи; ігри; дихальну гімнастику.

Доктором Бубновським розроблена і клінічно апробована система біомеханічних бездоганих рухів, виконання яких за принципом послідовності і поступовості призводить, в кінцевому підсумку, до повного відновлення функцій суглобів, органів і систем тіла людини, до повного одужання. Люди, які страждають від болю в спині, намагаються уникати навантажень, тому швидко звикають до обмежень у повсякденному житті, прагнуть уникати будь-яких фізичних напружень, шукають допомоги в побуті. Таким чином, формується певний і надзвичайно стійкий стереотип поведінки, в основі якого лежить страх болю і своєї безпорадності перед нею.

Отже, лікування остеохондрозу передбачає застосування комплексного підходу що включає застосування ЛФК, фізіотерапії, масажу і кінезіотерапії. Оскільки, кінезіотерапія це природний метод відновлення роботи організму, ефективне застосування впливом на систему м'язів, сухожилів, суглобів. Кінезіотерапія, що включає: комплекс лікувальної фізкультури в динамічному режимі; заняття на тренажерах; спортивно-прикладні вправи; ігри; дихальну гімнастику; є ефективним засобом фізичної реабілітації.

Висновки. Базуючись на даних літературних джерел, було теоретично проаналізовано доцільність застосування кінезіотерапії для хворих при остеохондрозі поперекового відділу на основі комплексного застосування таких засобів фізичної реабілітації як масаж, лікувальної фізичної культури, фізіотерапія, кінезіотерапія.

Перспективи подальших розвідок вбачаємо в теоретичному обґрунтуванні кінезіотерапії в комплексній реабілітації хворих на остеохондроз та практичному їх впровадженні в реабілітаційній програмі.

Список використаної літератури

1. Бубновский С. М. Грижа позвоночника – не приговор / С. М. Бубновский – Эксмо; Москва; 2010. – 83 с.
2. Васичкин В. И. Большой справочник по массажу / В. И. Васичкин – СПб.: Невская книга, М.: Изд-во Эксмо, 2004. – с. 204 – 207
3. Ежов В. В., Андрияшик Ё. И. Физиотерапия Для Врачей Общей Практики. Руководство для врачей. — Симферополь — Ялта, 2005. —400с.
4. Електронний ресурс. Режим доступу: [<http://sustavzdorov.ru/>]
5. Епифанов А. В. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика) / В.А.Епифанов, А.В.Епифанов. – М. : МЕДпресс- информ, 2008. – 3–е изд. – 272 с.
6. Попов С. Н. Физическая реабилитация Учебник для студентов высших учебных заведений Под общей редакцией профессора С. Н. Попова РОСТОВ-НА-ДОНУ 2004 – 520с.
7. Фісенко Л. І. Лікувальна фізична культура в санаторно-курортних закладах. За ред. Л.І. Фісенко – К.: «Купріянова». – 2005. – 400 с.

Стаття надійшла до редакції 19.12.2016 р.

Литвиненко В.А.
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-наукового інституту фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Алексенко А.В.
студентка 3 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ЗАСТОСУВАННЯ ПІСОЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

У статті розглядається особливості застосування пісочної терапії в процесі корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми дошкільного віку.

Ключові слова: пісочна терапія, профілактика, корекція, реабілітація, діти дошкільного віку.

Постановка проблеми: В останні роки у дітей дошкільного віку виділяють слабку емоційну стійкість, порушення самоконтролю у всіх видах діяльності, агресивність поведінки та її провокуючий характер, труднощі пристосування до дитячого колективу, метушливість, часту зміну настрою, відчуття страху.

М. Вагнерова вказує на велику кількість реакцій, спрямованих проти волі батьків, відсутність правильного розуміння соціальної ролі і положення, яскраво виражені труднощі в розрізненні найважливіших рис міжособистісних відносин [9].

Є.С. Слепович відзначає проблеми у сфері соціальних емоцій у дітей дошкільного віку: вони не готові до емоційно теплих стосунків з однолітками, у них можуть бути порушені емоційні контакти з близькими дорослими, вони слабо орієнтуються у морально-етичних нормах поведінки. Зазначені особливості дітей створюють додаткові труднощі для діагностичної та корекційної роботи з ними [4].

Ми не замислюємося про те, яке значення в нашому житті мають ігри, в які ми грали в дитячому віці. Чому саме з пісочницею, ляльками і піжмурки ми асоціюємо наше дитинство? Виявляється, – це самий кращий шлях до нашої психічної стійкості, до позбавлення від страхів і до уміння спілкуватися.

Ще в 20-ті роки минулого століття психотерапевти А. Фрейд, М. Клейн, Г. Хаггелмут назвали дитячу гру методом лікування, при якому діти розвивають свої здібності, вчать долати конфлікти і нелади. Починалося все з малювання: малюк малює свій будинок, свою сім'ю і таким чином, символічно висловлює те, що поки йому не вдається висловити – свої страхи, емоційний стан, психологічні травми. А, як відомо, перший крок до будь-якого вирішення проблеми – назвати її. Поки дитина не уміє визначати об'єктивно весь світ, вона відображає в своїх нешкідливих іграх свій психічний стан і рівень уміння спілкуватися з іншими дітьми [9].

Мета: проаналізувати можливості пісочної терапії в процесі корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми дошкільного віку; створення оптимальних умов для розвитку творчого потенціалу дитини; активізація її просторової уяви, образно-логічного мислення, тренування дрібної моторики рук; формування гармонійного образу світу; удосконалення координації рухів, дрібної моторики, орієнтації у просторі; стимуляція вербальної і невербальної активності у процесі гри, формування навичок позитивної комунікації; розвиток сенсорної сфери дитини, зокрема тактильно – кінестетичної чутливості.

Результати дослідження: Завдяки пісочній терапії, світ дитинства знову відкриває перед людиною свої двері, і ці ж двері ведуть в несвідомі і приховані в ньому таємниці. Техніка «пісочної терапії» виникла в рамках юнгіанського

аналітичного підходу і багато в чому базується на роботі з символічним змістом несвідомого як джерелом внутрішнього росту і розвитку. Автором цього методу, що виник в п'ятидесятих роках минулого століття, вважається швейцарський юнгіанській аналітик Дора Калф [5].

Погоджуюсь з думкою В.А.Литвиненко, що у ході гри з піском активізуються самозцілюючі резерви дитячої психіки, які виявляються за певних умов у процесі терапії. Пісок поглинає негативну психічну енергію дитини, стабілізує її емоційний стан і гармонізує її психоемоційне самопочуття. Процес пісочної терапії починається тоді, коли в результаті творчого імпульсу на поверхні пісочниці дитина створює певний образ. Кожного разу при контакті з піском відбувається своєрідне занурення у «безсвідоме». Створення пісочної композиції відображає зміст психічного життя дитини [1].

Вважається, що витоки «пісочної терапії» – у книзі відомого письменника-фантаста Г. Уеллса «Ігри на підлозі» (1911). У ній він описує, як його сини, граючи з мініатюрними фігурками, знаходили вираження і полегшення труднощів у відносинах з членами сім'ї і один з одним. Саме ця книга надихнула дитячого психіатра Маргарет Лоуенфельда, що заснувала Лондонський Інститут Дитячої Психології, поставити на полиці свого кабінету мініатюрні фігурки. Перша ж дитина, що побачила ці фігурки, перенесла їх у пісочницю, що стояла поруч, і стала грати з ними в піску. Саме це і поклало початок «техніці побудови світу» – діагностичної і терапевтичної методикою, детально розробленої та описаної Маргарет Лоуенфельда.

Дора Калф, пройшла навчання у М. Лоуенфельд, побачила в цій методиці не тільки можливість допомоги дітям висловлювати почуття, але й спосіб посилити зв'язок з глибокими несвідомими шарами психіки і допомогти процесу індивідуалізації та розвитку трансцендентної функції, які вона вивчала у К. Г. Юнга.

Сам принцип пісочної терапії був запропонований ще К.Г. Юнгом, чудовим психотерапевтом, засновником аналітичної психотерапії. Пісок має властивість пропускати воду. У зв'язку з цим фахівці стверджують, що він поглинає негативну психічну енергію, взаємодія з ним очищає енергетику дитини, стабілізує емоційний стан. Так чи інакше, спостереження і досвід показують, що гра в пісок позитивно впливає на емоційне самопочуття дітей, це робить її прекрасним засобом для «турботи про душу» [8].

Основна ідея пісочної терапії формулюється так: гра з піском надає дитині можливість позбутися від психологічних травм за допомогою перенесення зовні, на площину пісочниці, фантазій і формування відчуття зв'язку і контролю над своїми внутрішніми спонуканнями. Встановлення зв'язку з несвідомими переживаннями, та їх вираження в символічній формі значною мірою полегшують здорове функціонування психіки. Дитина в процесі пісочної гри має можливість висловлювати свої найглибші емоційні переживання, вона звільняється від страхів, і пережите не розвивається у психічну травму.

В.А. Литвиненко вважає, що традиційна робота в ході пісочної терапії, як різновид невербально-символічної гри, відбувається шляхом побудови дитиною або реабілітологом пісочної композиції у пісочниці із застосуванням різноманітних іграшок, дрібних предметів, піску, воду. Після закінчення сеансу, пісочна картина розбирається, іграшки повертаються на місце, поверхня пісочної розрівнюється. Багаторазове руйнування і відтворення світу пісочної композиції впливає на створення відчуття безпеки та довіри, і зниження тривожності, що є досить актуальним у ході психоемоційної роботи з дітьми дошкільного віку.

Гру дітей можна оцінити більш повно, якщо визнати, що вона для них – засіб комунікації. Діти більш безпосередньо виражають себе в спонтанній, ініційованій ними самими грі, ніж у словах, оскільки в ній вони відчувають себе більш зручно. Для дітей «відіграти» свій досвід і почуття – найбільш природно динамічна та оздоровлююча діяльність, якою вони можуть зайнятися. Гра в пісок надає можливість для вирішення конфліктів і передачі почуттів. Іграшки озброюють дитину

відповідними засобами, оскільки вони, поза всяким сумнівом, є частиною того середовища, в якій може здійснюватися його самовираження. У вільній грі вона може висловити те, що їй хочеться зробити. Коли вона грає вільно, а не за чиясь вказівкою, то робить цілий ряд незалежних дій. Почуття і установки, які дитина іноді боїться висловити відкрито, можна, нічого не побоюючись, спроектувати на обрану ним за власним розсудом іграшку. Замість того щоб висловлювати почуття і думки в словах, дитина може закопувати в пісок ту чи іншу іграшку, вдарити її тощо. Почуття дитини часто неможливо висловити вербально [7].

Гра на піску з фігурками особливо плідна в роботі з тими дітьми, які ніяк не можуть висловити свої переживання. Діти з заниженою самооцінкою, підвищеною тривожністю та сором'язливістю зазвичай охоче обирають фігурки і переключають на них свою увагу. Діти ж з нестійкою увагою дуже експресивні; гра дає їм багаті кінестетичні відчуття. Агресивні діти легко обирають персонажів, які символізують «агресора» та його «жертву». Діти, що пережили психічну травму, знаходять для себе таку гру дуже корисною: вона допомагає їм пережити травматичні події і, можливо, позбавитися від пов'язаних з ними переживаннями. Успішним може бути застосування цієї техніки з дітьми, які переживають стрес у результаті втрати близьких людей або розлуки з ними.

На стадії «хаосу» дитина вистачає безліч іграшок, безладно розставляє їх на пісочному аркуші, часто перемішує їх з піском. Подібні дії відображають наявність тривоги, страху, недостатньо позитивної внутрішньої динаміки. Через «хаос» відбувається поступове «проживання» психоемоційного стану та звільнення від нього. Багаторазове повторення психотравмуючої ситуації дозволяє змінювати емоційне ставлення до неї. Стадія «хаосу» може займати від одного до декількох занять. Можна помітити, як від картини до картини зменшується кількість використовуваних фігурок і з'являється сюжет.

У таких дітей можна спостерігати стадію «боротьби». В «пісочницю» несвідомо переносяться внутрішні конфлікти: агресія, образи, тривога, нездужання, реальні конфліктні взаємини. На стадії «вирішення конфлікту» можна спостерігати більш благополучні картини: світ, спокій, повернення до природних занять [8].

Так, К.Г. Юнг стверджував, що процес «гри в пісок» вивільняє заблоковану енергію і «активізує можливості самоцілення, закладені в людській психіці».

Пісок – загадковий матеріал. Він має здатність зачаровувати людину своєю піддатливістю, здатністю приймати будь-які форми: бути сухим, легким або вологим, щільним і пластичним. Гра в пісок захоплює дітей – згадайте, як приємно буває приєднатися до гри в «пасочки», побудувати замок на морському березі або просто дивитися, як висипається сухий пісок з вашої долоні.

Пісочна терапія – це можливість висловити те, для чого важко підібрати слова, стикнутися з тим, до чого важко звернутися безпосередньо, побачити в собі те, що зазвичай йде від свідомого сприйняття [8].

Перший досвід використання пісочної терапії стосувався саме дітей із мовленнєвими, інтелектуальними, афективними та поведінковими порушеннями, як невербальний вид терапії, з метою дати відчуття безпеки знаходження у середовищі. Зараз цей метод використовується без будь-яких обмежень. У ході творчої гри з піском активізуються самоцілюючі резерви дитячої психіки, які виявляються за певних умов – у процесі терапії. Пісок поглинає негативну психічну енергію людини, стабілізує її емоційний стан і гармонізує психоемоційне самопочуття дитини. Для дітей із мовленнєвими порушеннями особливо важливою є невербальна експресія через взаємодію із піском та водою [4].

Головним принципом, покладеним Дорою Калф в основу роботи, є «створення вільного і захищеного простору», у якому пацієнт – дитина чи дорослий – може виражати і досліджувати свій світ, перетворюючи свій досвід і свої переживання, часто незрозумілі або тривожні, у зримі і відчутні образи. «Картина на піску, може бути зрозуміла як тривимірне зображення будь-якого аспекту душевного стану.

Неусвідомлена проблема розігрується в пісочниці, подібно драмі, конфлікт переноситься з внутрішнього світу в зовнішній».

Для пісочної терапії можна використовувати два дерев'яних підноса з піском розміром приблизно 60х70х10. Один піднос наповнюється сухим піском, а інший використовується, якщо дитина хоче працювати з вологим піском. Внутрішня поверхня підносів забарвлюється в блакитний колір – таким чином, дно підноса може зображати море або річку. Також необхідно безліч різноманітних фігурок, з яких дитина вибирає те, що притягує або, навпаки, лякає або відштовхує її. У ході сеансу їй спочатку пропонується вибрати фігурки, які привертають увагу, і побудувати з них композицію на піску. Після того, як вона це зробила, її просять дати назву побудованому, і розповісти про це історію [3].

Колір в пісочній терапії при психодіагностиці, психотерапії та при самій безпосередній роботі з піском має чи не найважливіше значення. Є так звані первинні та вторинні кольори. Первинними називають кольори, які не змішані, а вторинними ті кольори, які виникають внаслідок змішування: помаранчевий, зелений, фіолетовий. Комплементарними називають кольори, які знаходяться один навпроти одного: комплементарними є червоний до зеленого, помаранчевий до синього, жовтий до фіолетового. При змішуванні комплементарних кольорів виникають комбінації всіх первинних кольорів. Білий колір – змішані всі комплементарні кольори. Різний колір викликає у різних дітей різну реакцію. Так наприклад, червоний колір є кольором драматичним, він стимулює рухову активність і емоційну експресію. Червоний колір асоціюється з почуттям радості. Синій колір – заспокоює, асоціюється з емоційною відстороненістю. В цілому синій колір символізує духовні якості, та більш насичений колір – темно-синій асоціюється з депресією.

Нижче наведені кольори, які мають певне символічне значення в пісочній терапії та їх стимулюючі властивості:

- червоний, – теплий, стимулюючий, асоціюється з кров'ю, життям, силою, вітальністю, збудженням, радістю та коханням. В той самий час символізує, чуттєвість, агресію і гнів; стимулює рухові функції, процес прийняття рішення, провокує на імпульсивні дії;

- помаранчевий, – об'єднав в себе характеристики 2-х кольорів: жовтого і червоного; імпульсивність червоного кольору та інтуїтивність жовтого; цей колір говорить що перед вами дитина енергійна, яка здатна отримувати енергію; надмірне використання помаранчевого кольору говорить про нервовість, низьку увагу;

- жовтий колір, – займає серединну позицію в кольоровому спектрі ділить спектр навпіл між теплими і холодними кольорами, тому його значення – це колір символічно уособлює в собі характеристики прийняття рішення, сумнівів і коливаний; окрім того жовтий колір символізує страхи, обман;

- зелений, – символізує ті характеристики якими наділений рослинний світ: прямота, особистісне зростання, стійкість, надійність; діти, які надають перевагу зеленому кольору часто проти змін, проти нового, не схильні до фантазування; зелений колір часто асоціюють з спокоєм, статикою і зціленням; деякі відтінки зеленого, ті що ближчі до жовтого асоціюються з активністю, зростанням, регенерацією, більш темні відтінки символізують заздрість, лінь, егоїзм та депресію.

- синій колір, – асоціюється з безкінечністю і глибиною – це колір який символізує небо, істину і глибину, надійність, спокій і надію. Синій колір наділений властивістю заспокоювати, але в великій кількості може викликати депресію; темно-синій колір асоціюється з нерухомістю, холодом;

- фіолетовий, – асоціюється з духовністю, загадковістю, містикою магією; темно фіолетовий колір – при його виборі говорить про те, що дитина хоче захватись в світі фантазій;

- коричневий, – асоціюється з землею, ростом, підтримкою життя і плодючості. Діти в віці 4-х – 5-и років, коли зображають землю, малюють її в вигляді горизонтальної лінії в нижній частині аркуша, а потім зверху малюють людей, будинки, тварин і рослини – коли ж такого немає, тобто зображення землі відсутнє,

то це може говорити про відсутність відчуття підтримки в дитині і внаслідок цього у дитини відсутнє відчуття захисту та бажання підкоритись групі за рахунок втрати своєї індивідуальності [8].

Дії дитини під час ігор з піском можна розділити на три основних типи, а саме:

- маніпуляції з пісочною поверхнею (діти заповнюють піском формочки, малюють на пісочній поверхні лінії, роблять відбитки, збирають пісок у грудочки, створюють гірки);

- проникнення у товщу піску (копання ям і тунелів, ховання в пісок предметів з наступним їх діставанням);

- ігри з піском із застосуванням води (діти можуть капати нею на пісок, або навіть лити у великій кількості) [3].

Основним принципом роботи з дітьми є те, що вони безпосередньо, повно проживають процес. Вони є справжніми героями тієї чи іншої казки, оповідання, вірша. У дітей розвивається довільна увага, пам'ять, мислення. Але найголовніше, дитина набуває успішного досвіду в розв'язанні проблемних ситуацій, а це робить її впевненішою, здатною й надалі долати життєві труднощі. До корекційної програми входять ігри на розвиток комунікативних навичок та емоційної сфери. Ігри сприяють розвитку ініціативності, незалежності в спілкуванні, критичності, морально-вольових рис.

У дітей формуються вміння справедливо розв'язувати конфліктні ситуації, налагоджувати товариські стосунки. Доцільно доручати дітям дошкільного віку відтворювати поведінку протилежну їх реальній поведінці. Діти аналізують, розмірковують і роблять самостійно висновки. Такі заняття сприяють вихованню позитивних емоцій, позитивних взаємин, а також формують навички самооцінки та оцінки дій товаришів. Діти вчаться розуміти особистісні якості товаришів, впізнавати їх за описом рис характеру.

Граючись із піском, діти краще розуміють свої бажання, реально бачать вихід зі складної ситуації, творчо змінюють негативну ситуацію чи стан. Граючись у піску, діти не створюють навколо себе зайвого галасу, безладдя, зважають на думку, товаришів, у них формуються почуття: делікатності, ввічливості, люб'язності, скромності, товарищескості. Діти з задоволенням підтримують спілкування з дорослими.

У замкнених дітей зникає підозрілість та недовіра до оточуючих, поліпшується настрій. Вони з задоволенням взаємодіють із однолітками, реагують на зміни. Сором'язливі діти вчаться спілкуватися з однолітками та дорослими, активно діють у різних ситуаціях, самостійно та разом із товаришами вирішують завдання. Агресивні діти уникають конфліктів, поступаються, діляться з товаришами, набувають навичок культури спілкування. В них хороший настрій. Позитивні емоції переважають в усіх видах діяльності в усіх дітей [6].

Висновки. Пісочна терапія – це унікальна можливість досліджувати свій внутрішній світ за допомогою безлічі мініатюрних фігурок, «пісочниці» підноса з піском, деякої кількості води, а головне, відчуття свободи та безпеки самовираження, що виникає в спілкуванні з реабілітологом. Це можливість висловити те, для чого важко підібрати слова, стикнутися з тим, до чого важко звернутися безпосередньо, побачити в собі те, що зазвичай йде від свідомого сприйняття.

Пісочна гра – це самий органічний для дитини спосіб висловити свої переживання, досліджувати світ, вибудовувати відносини, і спосіб звичний, добре знайомий, це його реальність. Дитина грає в те, що у неї «болить». Відіграючи свої емоції, дитина кожного разу сама себе лікує.

Отже, ігри з піском є засобом сенсорного розвитку дітей дошкільного віку, збагачення їхнього словника, розвитку творчого потенціалу. Отже, їх застосування сприяє оздоровленню, збереженню та зміцненню як фізичного, так і психічного здоров'я кожної дитини.

Перспективи та подальші розвідки дослідження: базуючись на даних теоретичних дослідженнях, перспективи та подальші розвідки дослідження у практичному впровадженні засобів пісочної терапії в корекційно-реабілітаційній роботі з дітьми дошкільного віку.

Список використаної літератури

1. Власова О.В. Розвиток дрібної моторики рук / упоряд. О.В. Власова; іл. О.В.Зеркалій.—Харків.: Основа, 2011. — 159с.
2. Зінкевич-Евсигнеева Т.Д. Чудеса на песке : практикум по песочной терапии / Т.Д. Зінкевич-Евсигнеева, Т.М. Грабенко.— СПб.:Речь,2007.— 340 с.
3. Кисельова М.В. Арт-терапия в работе с детьми : руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. — иСПб.: Речь, 2006. —160с.
4. Копитин А.И. Арт-терапия / А.И. Копитин. — СПб.: Питер, 2001.— 320с.
5. Литвиненко В.А. Основи арт-терапії: навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. 2-ге видання, перероблене і доповнене. / В.А. Литвиненко — Суми : ФОП Цьома С.П., 2016. — 136с.
6. Молодушкіна І.В. Загадковий світ емоцій. Розвиток емоційної сфери дошкільників / І.В. Молодушкіна; упоряд. Харків.: Основа, 2010. — 207с.
7. Шик Л.А. Пісочна терапія в роботі з дошкільниками / Л.А.Шик, Н.І. Дикань, О.М. Гладченко, Ю.М. Черкасова. — Харків.: Основа, 2010. — 127с.
8. Штейнхардт Л.Ш. Юнгианская песочная психотерапия / Л.Ш. Штейнхардт. — СПб.: Питер, 2001. — 320с.
9. Електронний ресурс. Режим доступу:
[<https://dytpsyholog.com/2015/07/15/пісочна-терапія/>].

Стаття надійшла до редакції 19.12.2016 р.

Литвиненко В.А.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-наукового інституту фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Данченко М.В.

студентка 3 курсу спеціальності «Фізична реабілітація»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ЗАСТОСУВАННЯ МУЗИКОТЕРАПІЇ В ПРОЦЕСІ КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ

У статті розглядається можливість застосування музикотерапії у роботі з дітьми дошкільного віку з мовленнєвими порушеннями, систематизація основних теоретичних положень щодо використання музикотерапії в корекційно-реабілітаційній роботі з даною категорією дітей.

Ключові слова: музикотерапія, корекційно-реабілітаційна робота, діти дошкільного віку, мовленнєві порушення.

Постановка проблеми. Основними заходами освіти в Україні є переорієнтування навчально-виховного процесу на становлення духовно-здорової творчої особистості, здатної продуктивно мислити, вирішувати проблеми сьогодення. Згідно з національною доктриною розвитку освіти у XXI столітті, вдосконалення системи освіти й виховання у відповідності до принципів гуманізації та індивідуалізації передбачає максимальне врахування особистісних особливостей дітей й створення таких умов освіти, які б сприяли своєчасному й повноцінному розвитку всіх сторін особистості дитини та її успішному навчанню. У цьому контексті актуальною проблемою є реалізація прав дітей з порушеннями у мовному розвитку.

Однією з найскладніших та найважливіших функцій є мовлення, що передбачає процеси спілкування за допомогою говоріння, слухання, читання, письма. Навіть мовчазні роздуми – це теж мовлення, яке називається внутрішнім мовленням.

Без мовлення життя в суспільстві стає обмеженим, неповноцінним. Ось чому проблема своєчасного виявлення, попередження та подолання порушення мовлення, особливо у дітей, є надзвичайно важливою для цілої низки наук – медицини, психології, педагогіки тощо [4].

Виходячи з концепції модернізації змісту корекційної освіти, виникає потреба по-новому розглянути проблематику ефективності корекції та оптимізації організації системи допомоги дітям із порушеннями мовлення. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває вдосконалення існуючих і створення нових ефективних засобів на основі інноваційних технологій, методів і прийомів профілактики та корекції мовленнєвих порушень, що підвищують потенційні можливості гармонійного й цілісного розвитку особистості дитини-логопата.

Вивчення медико-психолого-педагогічної літератури (Р.Азовцева, Л.Брусиловський, Е.Бурно, О.Вознесенська, Т.Зінкевич-Євстігнєєва, О.Копитін, З.Матейнова, С. Машура, Л. Мова, В. Петрушин, С. Рібакова, О. Свістовська та ін.) з питань корекції психічних, інтелектуальних, емоційних і мовленнєвих відхилень засвідчує, що на даний час ефективним є такий новітній напрямок у комплексній системі допомоги дітям із мовленнєвими порушеннями, як терапія мистецтвом (арт-терапія), а зокрема – музичним (музикотерапія) [6].

Термін «музикотерапія», в перекладі означає «зцілювання музикою». Музикотерапія є лікувально-виховним засобом зі своїми специфічними формами, методами, якими вона впливає на осіб з соціальними, соматичними, психічними відхиленнями, виховуючи і перевиховуючи їх, готуючи їх до позитивної адаптації у нормальних життєвих умовах.

Музика, породжує у людини певні почуття, емоції, настрої, зміни у поведінці й водночас впливає на важливу вегетативну, моторику, а отже, і на мову. Вплив музики на емоції, як і на інші психічні і соматичні процеси, можна зрозуміти і певним чином пояснити при дослідженнях морфологічних структур і фізіології біологічних регуляційних процесів у зв'язку з мовною функцією центральної нервової системи.

Вчений І. П. Павлов зауважав що, мова виникає не лише на основі анатомічних і фізіологічних факторів, а і чинників, які впливають на вищу нервову діяльність і пов'язаних з психічною діяльністю людини, соціальними умовами середовища. Музика, і мова ґрунтується на звукових сигналах, тому обидві вони в людських відносинах є акустичними засобами спілкування, засобами перенесення інформації. Мова людини має багатий діапазон виразності, що відповідає, динамічному характеру трьох складових музики – ритму, мелодії, гармонії. Із загальних властивостей музики і мови впливає, що музика дає широкі можливості впливу на процес створення мови.

В. М. Бехтерев, вважав, що сприймання музики не потребує попередньої підготовки і є доступним для дітей, яким немає ще і року [3].

Формування та розвиток мовлення, мислення, вмінь та навичок, необхідних для навчальної діяльності, під впливом музики відмічається в дослідженнях вчених (А.А.Айдарбекова, С.М.Бдретдинова, І.В.Євтушенко, Т.Д.Зинкевич-Євстигнєєва, А.С.Соболева, І.А.Смірнова)

Позитивний вплив музичного мистецтва з розвиваючою та корекційною метою було висвітлено у наукових працях таких російських вчених як А.Готендінера, І.Гриньової, Я.Левіна, С.Мамулова, Н.Маслова, В.Мясіщева, Н. Паутова, В.Петрушин, Р.Фортуната, С.Шушарджана та інших [1].

Діти з мовними порушеннями часто не контролюють своє дихання, витрачаючи його в процесі висловлювання нераціонально, мають швидкий темп мови, говорять на вдиху. У них слабо розвинене музично-ритмічне почуття, слухове сприйняття, інтонаційна, ритмічна, мелодійна сторона мови, рухова і емоційно-вольова сфера.

Музика, як найбільш доступний дитячому сприйняттю вид мистецтва, є потужним стимулом комунікації та інтеграції. Діючи на багато сфер життєдіяльності через три основні чинники: вібраційний, фізіологічний і психологічний, вона дозволяє встановити рівновагу в діяльності нервової системи, удосконалювати дихальну функцію, регулювати рух, коригувати темпераменти. Для дітей актуально зняття психоемоційного та м'язового напруження, розвиток почуття темпу і ритму, розумових здібностей, вербальних і невербальних комунікативних навичок, розгальмовування мовної функції. Тому з метою соціалізації та корекції даної категорії дітей застосовуються як традиційні, так і альтернативні прийоми музичного впливу для нормалізації емоційного стану, рухових і мовних розладів [6].

Мета дослідження: полягає у теоретичному обґрунтуванні можливостей застосування музикотерапії в процесі корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми дошкільного віку з мовленнєвими порушеннями.

Результати дослідження та їх обговорення. Мова як одна з основних психічних функцій людини є об'єктом вивчення різних наук (педагогіки, психології, логопедії, нейропсихології, нейролінгвістики). Формування регулюючої функції мови тісно пов'язане з дозріванням лобових відділів кори головного мозку. Основи мовної регуляції дій встановлюються вже до кінця першого року життя. Дитина виконує прості словесні інструкції типу: «Дай ручку», «Покажи очі», якщо дії зберігають свою адекватність і при заміні слова, що позначає предмет, тобто дитина по інструкції дорослого може дати ручку, і ніжку, і ляльку.

Зі слів В. І. Лубовського, перехід до внутрішньої словесної регуляції (внутрішній мові) починається тоді, коли дитина виявляється в змозі узагальнити зв'язок сигналів і своїх у відповідь дій. Порушення словесної регуляції і вербалізації розглядається як загальна закономірність аномального розвитку психіки. Це означає, що у дітей з різними відхиленнями в розвитку, словесна регуляція дій і поведінки виявляється не достатньою. Діяльність багатьох із цих дітей не завжди ціле направлена, інколи вона імпульсна.

Мовні порушення, пов'язані з органічним ураженням центральної нервової системи, часто поєднуються з різними відхиленнями в нервово-психічному розвитку дитини, що виявляються більше в інтелектуальній, іноді в емоційно-вольовій сфері.

Як зазначає Л.О.Бадалян, багато видів мовних розладів спостерігаються у дітей із мінімальною мозковою дисфункцією, в основі якої лежить порушення дозрівання окремих функціональних систем мозку і недостатня сформованість міжсинаптичних зв'язків. Унаслідок цих порушень спостерігаються різні нерізко виражені порушення нервово-психічної діяльності у вигляді рухового неспокою, розладу пам'яті, уваги, поведінки, різних, мовних розладів [4].

На думку В. А. Литвиненко, найбільш ефективним методом подолання мовленнєвих порушень, в тому числі і ФФН, є логоритміка – система музично-рухових, мовленнєвих та музично-мовленнєвих ігор і вправ. У дошкільному віці седативний або активізуючий ефект музики досягається за рахунок музичного оформлення різноманітних ігор, спеціальною колекційною орієнтацією традиційних занять. З дітьми дошкільного віку вона здійснюється в формі підгрупових занять з ритмічними іграми, дихальною гімнастикою, музичними імпровізаціями [2].

Також, провідну роль у музичному вихованні дошкільників та молодших школярів належить співам. Навчання співам є одним із найсильніших засобів естетичного впливу на дитину логопата. Спів є природньою потребою дитини щодо вираження її почуттів.

Заняттям співом викликають у дітей-логопатів позитивні емоції, що в свою чергу активізують їх мовленнєву діяльність, відволікають їх увагу від мовленнєвого акту, що є дуже важливим для дітей з нечітким вираженням загальним недорозвиненням мови і фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення.

Водночас, спів у дитячому саду слід розглядати як засіб зміцнення організму дошкільника. Систематичне застосування музики у логопедичній роботі сприяє виправленню, поліпшенню мови, його контролю. Діти під час логопедичних

занять з елементами музикотерапії почувають себе розкуто, комфортно, позбавляються комплексів [2].

Як відмічає в своїх роботах Г. А. Волкова, логоритмічне та музико-ритмічне виховання є дуже важливим для корекції відхилень у мовленнєвому розвитку дітей засобами музичного мистецтва. Така діяльність може включати: прослуховування музичних композицій; співи; ритмічні рухи під музику; поєднання музичної діяльності з іншим напрямками арт педагогіки.

Серед завдань корекційно-направленої музичної діяльності з дошкільниками з ФФН можна виділити наступні:

- Зняття або зменшення контролю дитини за своїм мовленням (співи, особливо групові, настільки захоплюють дошкільників, що вони перестають слідкувати за тим, як вони говорять);
- Стимулювання активності, підняття емоційного та м'язового тону;
- Заохочення дитини до процесу співу через наслідування мовлення інших дітей та оточуючих, що співають;
- Розвиток музичного слуху, музичної пам'яті;
- Ознайомлення дітей з музикою, танцями, і піснями.

Водночас, під час планування та проведення корекційно-розвивальних занять із застосуванням музичної діяльності з дошкільниками з ФФН, логопед має враховувати певні особливості їх організації, а саме:

- Підбирати для прослуховування музичну композицію, що подобається абсолютно всім дітям;
- Застосовувати лише ті музичні п'єси, що знайомі дітям та не відволікають їх увагу своєю новизною;
- Застосовувати музичні композиції, тривалість прослуховування яких складає не більше 10 хв.;
- Слідкувати, щоб гучність звучання була строго дозованою (звук не повинен бути гучним та в той же час тихим) [1].

Висновок. Раннє виявлення та корекція різних відхилень в розвитку мовлення дитини з перших місяців життя дозволяє не тільки скорегувати вже наявні відхилення, але й попередити появу інших, досягти більш вищого розвитку дитини. Відтак грамотно організована рання корекція-реабілітаційна робота здатна попередити появу вторинних відхилень в розвитку. Необхідно відстежувати етапи становлення мовленнєвих навичок і своєчасно звертатись до спеціалістів за допомогою, якщо помітили відхилення. Теоретичний аналіз дозволяє стверджувати про неоціненний вклад музикотерапії в цій роботі.

Список використаної літератури

1. Литвиненко В.А. Основи арт педагогіки: Навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів \ В.А. Литвиненко – Суми: Сум ДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. – 146 с.
2. Литвиненко В.А. Основи арт терапії: навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів, 2-ге видання перероблене і доповнене./ В.А. Литвиненко – Суми: ФОП Цьома С.П., 2016. – 136с.
3. Холодїй О. М. Соціальна адаптація дітей з особливими освітніми потребами до навчання в школі: [Уклад. Холодїй О. М.] –Черкаси, 2014. – 124 с.
4. Електронний ресурс. Режим доступу: [xreferat.com/71/3646-1-porushennya-movlennya-u-d-teiy.html].
5. Електронний ресурс. Режим доступу:
6. [bo0k.net/index.php?p=achapter&bid=9076&chapter=1].
7. Електронний ресурс. Режим доступу:
8. [anastasia-logoped.blogspot.com/2014/01/blog-post.html].
9. Електронний ресурс. Режим доступу: [dyvokray.org.ua/diti-z-osoblivimi-potrebami/66-diti-z-movlennevimi-porushennjami-poradi-batkam].

Стаття надійшла до редакції 19.12.2016 р.

Литвиненко В.А.
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Остапенко М. С.
студент 5 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ЗАСТОСУВАННЯ АПІТЕРАПІЇ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ПРОТРУЗІЯХ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ В ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА

У статті розглянуто можливості застосування апітерапії у фізичній реабілітації осіб з протрузіями міжхребцевих дисків в поперековому відділі хребта.

Ключові слова: фізична реабілітація, апітерапія, протрузії між хребцевих дисків, поперековий відділ хребта.

Постановка проблеми. Найбільш поширеною групою захворювань у світі вважають хвороби спини і хребта, які є порушеннями діяльності опорно рухового апарату (ОРА) людини. На жаль, багато з них виявляються не відразу, і не викликають жодних симптомів або ознак.

Хвороби хребта переслідували людей у всі часи — від самої давнини до наших днів. Причому, рівень захворюваності далеко не завжди пов'язаний з несприятливими умовами життя або надмірними навантаженнями. Статистика свідчить, що навіть у найрозвиненіших, в соціальному відношенні країнах, частота порушень діяльності хребетного стовпа майже така ж, як і в інших державах.

Протрузії дисків досить розповсюджене захворювання. Це вдалося довести за допомогою магнітно-резонансна терапія або (МРТ), проведеної серед тих, у кого не боліла спина. Результати вражають: у віці 60 років пошкодження одного або декількох дисків зустрічались в 20% випадків, а після 60 років — у кожного третього, при чому — жодних скарг. Протрузії були виявлені у 80% досліджуваних [5].

Причини протрузій міжхребцевого диска зустрічаються як у дітей, так і дорослих. Вікові дегенеративно-дистрофічні зміни в хребті фактично призводять до того, що справжня грижа міжхребцевого диска у людей старше 40 років розвивається досить рідко (у них частіше зустрічається протрузія дисків, яку часто прирівнюють до грижі).

Найбільш часто, протрузії з'являються в поперековому відділі хребта і є причиною болю в попереку. Поперековий відділ хребта найбільшою мірою піддається таким проблемам, як велике навантаження (центр ваги знаходиться в поперековому відділі) і велика амплітуда рухів. В результаті диски поперекового відділу більш схильні до пошкодження і появи протрузій. Крім в дисках посилюються дегенеративні процеси. При вибуханні диска відбувається роздратування прилеглих спинномозкових структур, що і веде до появи симптомів.

В даний час існує безліч способів лікування остеохондрозу, протрузій і гриж міжхребцевих дисків починаючи від прийому лікарських препаратів і закінчуючи операцією [1].

Як правило, основним і найпоширенішим засобом лікування даних патологій вважається лікувальна фізкультура, кінезіотерапія. Крім лікувальної фізкультури для лікування остеохондрозу застосовують масаж, міостимуляцію, мануальну терапію, менш поширене носіння корсетів, в деяких випадках вдаються до операції. Допоміжним засобом лікування може бути фітотерапія.

Завдання ЛФК у контексті її застосування у фізичній реабілітації з особами протрузіями між хребцевих дисків поперекового відділу:

1. забезпечити просторове звільнення здавлених нервових корінців;

2. під час постільного режиму поліпшити дихання, кровообіг, обмін речовин, зберегти м'язовий тонус і перешкоджати розвитку обширних м'язових атрофій, підтримувати перистальтику кишечника.

3. зменшити спазм паравертебральної мускулатури.

4. поступово мобілізувати хребет після виходу з гострої фази захворювання.

5. посилити мускулатуру живота і створити природний м'язовий корсет.

6. засвоїти навички правильної постави при стоянні, сидінні і деяких видах побутової діяльності і трудових процесів щоб уникнути перевантаження хребта та для профілактики рецидивів.

7. усунути можливу функціональну блокаду в деяких сегментах хребта за допомогою прийомів мануальної терапії [2].

Одним з ефективних засобів ЛФК є методика Євмінова, що передбачає використання «Профілактора Євмінова» як ефективної системи лікування, відновлення і профілактики захворювань хребта і збереження здоров'я на протязі всього життя [3].

Кінезотерапія – метод активної терапії, спрямованої на збільшення функціональних можливостей організму, підвищення його адаптаційних здібностей та профілактику захворювань і розладів. В основі – пасивні (різні види масажів) та активні (ЛФК) навантаження індивідуально підібрані в залежності від ступеня фізичного стану пацієнта. Система кінезотерапії, при протрузіях, спрямована на зміцнення м'язового корсету для розвантаження хребта, поліпшення кровообігу в уражених м'язах і зв'язках за допомогою фізичних вправ – лікування рухом [4].

За сучасних умов, хороших результатів лікування протрузій можна досягти різними методами і формами реабілітації, які хоч і не що давно з'явилися – однак встигли себе добре зарекомендувати в боротьбі з цим порушенням. Також Серед засобів фізичної реабілітації доцільно використовувати масаж, рефлексотерапію, а також апітерапію.

Рефлексотерапія – метод дії на біологічно активні точки (БАТ). При натисканні на ці точки, як правило, виникають своєрідні відчуття ломоти, оніміння, болі, відсутні при натисканні в інших місцях.

Апітерапія — це метод лікування продуктами бджільництва. Цей метод давно вже визнаний в усьому світі. Апітерапія відноситься до традиційних природніх методів лікування, які іноді не визнають сучасні лікарі, що опираються на принципи лікування суперсучасною фармацевтикою та досягнення біохімічної науки.

Мета дослідження: теоретично проаналізувати можливості застосування апітерапії у фізичній реабілітації при протрузіях дисків.

Результати дослідження та їх обговорення. Протрузія диска — це одна з поширених форм дистрофічних порушень в міжхребцевих дисках. Часто ці патології супроводжуються хворобливими відчуттями в попереку і спині. Причиною виникнення дегенеративно-дистрофічного процесу стає вікова зміна, травма або шкідливі звички. Якщо нерви не будуть стискатись, то біль може довгий час не проявлятися, а значить, хворий тривалий час може не турбувати дане захворювання. Часто протрузія поперекового відділу провокує зміщення хребців вкінці.

Автори які займаються проблемами остеохондрозу розробили безліч методик лікування, які складається з різних ортопедичних, медикаментозних і фізіотерапевтичних методів, а також засобів і форм ЛФК.

Лікувальна фізична культура. Залежно від гостроти клінічних проявів при протрузії поперекового відділу виділяють три періоди захворювання: гострий, підгострий і період клінічного одужання. Найбільше навантаження можна давати хворому в періоді ремісії. Таким чином наш комплекс призначений для хворих які перебувають у вільному руховому режимі.

Лікувальна фізична культура займає близько 40–45 хв., яку проводять у вигляді ранкової гігієнічної гімнастики (РГГ) та лікувальної гімнастики (ЛГ).

РГГ тривала протягом 10 – 15 хв. Проводиться в домашніх умовах. Під час неї виконуються ЗРВ та дихальні вправи.

Основні завдання ЛФК:

1. сприяння поліпшенню та ліквідації компресії і супутнього запалення корінців

2. попереково-крижового відділу спинного мозку;
3. сприяння ліквідації периневральних спайок;
4. сприяння поліпшенню трофіки тканин ділянці попереку та нижніх кінцівок;
5. адаптація хворих до осьового навантаження на хребетний стовп при ходьбі.

Засобами для вирішення другого завдання є вправи з потягування попереку та ніг. Для вирішення третього завдання застосовуються динамічні вправи для поперекового відділу хребетного стовпа та короточасне статичне напруження м'язів нижніх кінцівок. Засобами для вирішення четвертого завдання є щадна та звичайна ходьба.

Змішані виси на гімнастичній стінці – сприяють декомпресії. При їх виконанні розширюються міжхребцеві отвори за рахунок впливу сили тяжіння тулуба.

Під час виконання вправ на розслаблення м'язів велика увага приділяється вправам на розслаблення м'язів ділянки попереку, сідничної ділянки та м'язів нижніх кінцівок.

Лікувальний масаж виконується протягом 20–25 хв. і спрямований на розвантаження хребетного стовпа та розслаблення скорочених м'язів спини на перших сеансах, та тракційні прийоми спрямовані на розтягнення хребта в подальшому. Проводиться у положенні хворого лежачи на животі, причому обов'язково на твердій основі (столі, кушетці), яка не допускала б прогинання хребта в поперековому відділі. З цією ж метою під живіт підкладається подушка (згорнута ковдра, валик тощо). Гомілки повинні бути підняті під кутом 45°, що сприяє розслабленню тіла і зокрема попереково-крижового відділу. Руки витягнуті вниз уздовж тулуба. Голова повинна лежати на правій або лівій щоці, а краще, якщо вона буде трохи опущена нижче кушетки, але спиратися лобом на яку-небудь опору (наприклад, стілець).

Все вище сказане свідчить про необхідність індивідуального диференційованого підбору технік масажу з урахуванням стану хворого, стадії та характеру перебігу патологічного процесу, вираженості больового синдрому та супутніх захворювань. Під час і після сеансу слід визначати реакцію хворого на процедуру, ступінь і тривалість поліпшення, добиваючись наростаючої позитивної динаміки з ліквідації болю.

Офіційна медицина вважає цілком виправданим лікування грижі хребта бджолами (апітерапією). Суть його полягає в тому, що необхідно прикласти бджолу до певних точок на спині, а бджола жалить пацієнта, надаючи лікувальний ефект.

Лікувальний процес поєднує в собі як безпосередньо дію отрути, так і акупунктуру. Адже поверхня спини містить ряд рефлексогенних точок, впливаючи на які можна полегшити біль і вплинути на обмін речовин.

У бджолиній отруті основною діючою речовиною є апітоксин. Він має ряд властивостей:

- спазмолітичну дію (знімає м'язовий спазм окологорлової області, що веде до м'язового розслаблення, зменшення набряку та здавлення нервових корінців.);
- зігріваючу дію. Досягається шляхом посилення кровообігу в місці укусу. Тепло зменшує біль і запалення;
- посилений кровообіг живить міжхребетні хрящі, що відновлює їх еластичність і пружність.
- протизапальний ефект апітоксина знімає запалення і набряк нервових корінців, зменшує хворобливі відчуття.
- апітоксин стимулює виділення протизапальних гормонів корою наднирників.

Слід нагадати, що укуси бджіл може викликати сильну алергічну реакцію, аж до анафілактичного шоку. Тому якщо пацієнт вирішується на таку процедуру вперше, йому роблять тест – біологічну пробу.

Для цього проводять одне ужалювання в нижню третину передпліччя або попереку на 10 секунд. Розвитку місцевої реакції очікують протягом 30 хвилин, а загальної – на наступний день після здачі крові та сечі на аналізи. Якщо змін немає, то до лікування грижі хребта бджолами протипоказань немає.

Безпосередньо лікувальний курс складається з 50–200 «ін'єкцій». Точна кількість визначається для пацієнта виходячи зі скарг. Ужалювання можна проводити двома способами.

1. Застосовуючи прийоми голкорексфлексотерапії. Бджіл саджають в біологічно активні точки. Вважається, що це підсилює ефект апітерапії.

2. Ужалювання в хворе місце. За вказівкою пацієнта або шляхом обмацування напружених м'язів, знаходять найболючішу точку, і садять туди бджолу. Їх кількість збільшують з кожним сеансом, доводячи до 15–20. Загальна кількість сеансів коливається від 10 до 20 [4].

Висновки. Проведений теоретичний аналіз дозволяє зробити висновок, що апітерапія, а саме прикладання (ужалювання) бджолами на певних точках на спині пацієнтів з протрузіями міжхребцевих дисків в поперековому відділі хребта надає лікувальний ефект на основі поєднання як безпосередньо дії отрути, так і акупунктури. Адже поверхня спини містить ряд рефлексогенних точок, впливаючи на які можна полегшити біль та здійснювати вплив на обмін речовин. Отже, у фізичній реабілітації осіб із протрузіями дисків поперекового відділу хребта в контексті застосування комплексного підходу (поєднання ЛФК, кінезіотерапії, масажу, рефлексотерапії) є доцільним застосування й апітерапії у вигляді лікувальних курсів ужалювання бджолами.

Подальші розвідки дослідження вбачаємо в теретичному обґрунтуванні та практичному впровадженні апітерапії за умови застосування комплексного підходу в фізичній реабілітації осіб із протрузіями дисків поперекового відділу хребта

Список використаної літератури

1. Клапчук В. В. Лікувальна фізкультура, та спортивна медицина / В.В. Клапчук, Г.В. Дзяк. – Київ : Здоров'я, 1995. – 312 с.
2. Мошков В. Н. Лечебная физкультура в клинике нервных болезней / В. Н. Мошков. – М., 1982. – 348 с.
3. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – Київ : Олімпійська література, 2005. – С. 306–329.
4. Рой И. В. Медицинская реабилитация больных остеохондрозом позвоночника / Е. И. Баяндина, С. П. Твардовская, Л. Д. Катюжова. – Киев, 2002, №1. – С. 80–84.
5. Електронний ресурс. Режим доступу [http://apiterapia.dovidnyk.info/index.php/apiterapiya-/medproti100hvorob/57-sho_take_apiterapiya].

Стаття надійшла до редакції 19.12.2016 р.

Литвиненко В.А.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-наукового інституту фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Руденко Ю.П.

студентка 3 курсу спеціальності «Фізична реабілітація»
Навчально-наукового інституту фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ЗАСТОСУВАННЯ КАЗКОТЕРАПІЇ В КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

У статті розглядаються теоретичні основи застосування бібліотерапії (казкотерапії) в корекційно-реабілітаційній роботі з дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку, які мають мовленнєві, емоційні, комунікативні порушення та відхилення в особистісному розвитку.

Ключові слова: бібліотерапія, казкотерапія, дошкільний вік, молодший шкільний вік, корекція, реабілітація.

Постановка проблеми. В останні роки з'явилася самостійна методика, що відноситься до бібліотерапії – казкотерапія, в основі якої лежить психокорекція засобами літературних творів (казки). Цей вид бібліотерапії більш прийнятний для роботи із дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку, які мають проблеми у розвитку. За допомогою казкотерапії можна надати допомогу дітям з проблемами (агресивним, невпевненим, сором'язливим, з проблемами прийняття своїх почуттів, а також дітям з психосоматичними захворюваннями).

Ефективність використання казкотерапії в період дошкільного і молодшого шкільного віку забезпечується специфікою ігрової та навчальної діяльності дітей, а також є цікавою для них, оскільки дозволяє їм вільно мріяти і фантазувати. Казка дозволяє розширити рамки звичайного життя, боротися зі складними явищами і почуттями, і в доступній формі пізнавати світ почуттів і переживань. Вона дає можливість дитині ідентифікувати себе з близьким для нього персонажем, порівнювати себе з героєм, зрозуміти, що у нього є такі ж проблеми, як у героя казки. За допомогою казкових образів, їх дій, дитина може знайти вихід з різних складних ситуацій, побачити шляхи вирішення виниклих конфліктів, засвоїти моральні норми і цінності, розрізняти добро і зло [1, с. 178].

В.А. Литвиненко вважає, що казкотерапія дозволяє дитині усвідомити свої особистісні мовленнєві проблеми, побачити різноманітні шляхи їх вирішення. Ця методика дає позитивні результати з дошкільниками та молодшими школярами, що мають різноманітні емоційні, комунікативні, мовленнєві порушення [4, с. 59].

До казок у своїй творчості звертались відомі психологи та вчені: Е. Фромм, Е. Берн, Е. Гарднер, А. Менегетті, М. Осоріна, Є. Лисіна, О. Петрова, Р. Азовцева, Т. Зінкевич-Євстигнєєва, О. Деркач, О. Федій, Д. Фролов, О. Хомякова, О. Хухлаєва, Т. Яценко та інші. Розробкою цього методу в Україні займаються О. Бреусенко-Кузнецов, Г. Нижник, Д. Соколов, Л. Терлецька, Н. Цибуля та ін.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні можливостей застосування казкотерапії в процесі реабілітації дітей дошкільного та молодшого шкільного віку та охарактеризувати особливості її використання з корекційно-реабілітаційною метою.

Результати досліджень: За численними дослідженнями, казкотерапія здійснює потужний вплив на розвиток та формування особистості. І. Євтушенко визначає такі механізми впливу казки на особистість: наслідування поведінки героя, ототожнення (ідентифікація) себе з персонажами, проекція власних переживань на героя, катарсис та сублімація як наслідок переживань подій казки [3, с. 59]. Дослідник відводить казкам велике значення у розвитку внутрішнього світу дитини. Ототожнюючи себе з казковими персонажами, дитина здатна самостійно приймати рішення, розуміє, що таке добро і зло, любов і ненависть, страждання, неспокій.

Як зазначає О. Федій, ефективність казкотерапевтичного методу в роботі з дітьми забезпечується такими положеннями: 1) казка – один із засобів, що дозволяє об'єднати дорослого та дитину, дає можливість зрозуміти один одного; 2) казка дає слухачеві необхідну гаму переживань, які викликають добрі, серйозні почуття; 3) казка – це засіб соціалізації дитини, що допомагає увійти в суспільне життя, адаптуватися в ньому та самовиразитися у соціумі; 4) казка – це вид мистецтва, що має своєрідну терапевтичну функцію; 5) казка має профілактичну функцію (виховання здорового способу життя) [6, с. 63].

На думку В.А. Литвиненко в казкотерапії є можливим застосування вже готових казок (народних, авторських), після сприйняття яких проводиться бесіда дитиною щодо подій самої казки. Казки можуть бути пов'язані як з особистісним досвідом дитини, так і можуть бути складеними спеціально-направленим сюжетом згідно із мовленнєвими проблемами дитини. Казки можуть застосовуватися в різній інтерпретації: аналіз, твір, розповідь з наступним змалюванням сюжету, інсценування сюжету за допомогою лялькового персонажу, розігрування казки у пісочниці.

Розвиток усного мовлення у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку передбачає: 1) емоційний та експресивний розвиток дитини; 2) розширення активного словникового запасу на основі актуалізації творчих здібностей дитини; 3) розвиток творчої уяви на основі зорового та слухового сприйняття [4, с. 60–61].

Казкотерапевт Т.Д. Зінкевич-Євстігнеєва виділяє такі переваги казкотерапії: охоплення широкого вікового діапазону – від 3–х років без обмежень верхньої межі; широкий спектр рішення різноманітних психологічних проблем; синтез різноманітних новітніх психологічно-корекційних підходів, що дозволяє на його основі надавати ефективнішу допомогу; можливість використання її як ефективного методу навчання школярів, у разі адаптації в її рамках навчальних програм; структурна гнучкість – можливість реалізації як в цілому, так і окремими елементами чи блоками, в залежності від мети реабілітаційної роботи. Учена обґрунтовує концепцію комплексної казкотерапії, що базується на 5 видах казок: *художніх, дидактичних, психокорекційних, психотерапевтичних, медитативних*. У *художніх* казках показано єдність природи і людини, представлено ідею про те, що навколишній світ є живим, кожний об'єкт має право на своє власне життя. *Дидактичні* казки доцільно широко застосовувати у початковій школі, оскільки вони створюються з метою засвоєння навчального матеріалу, узагальнення та систематизації набутих знань, умінь і навичок дітей. При створенні дидактичної казки використовується принцип одухотворення абстрактних символів (цифр, звуків, букв, знаків арифметичних дій тощо) [2].

Т.Д. Зінкевич-Євстігнеєва пропонує такий алгоритм створення дидактичної казки-завдання:

1) введення в казкову країну, в якій живе одухотворений символ, розповідь про вдачу, звички, життя в цій країні;

2) руйнування благополуччя. У ролі руйнівника можуть виступати злі казкові персонажі (дракон, Коцій), стихійні лиха (ураган, злива), важкий емоційний стан (нудно, сумно, відсутність друзів);

3) звернення до дитини: щоб відновити країну, потрібно виконати навчальне завдання.

Особливістю *психокорекційних* казок є здійснення продуктивного виховного впливу на вирішення дітьми і підлітками психологічних проблем, наслідком якого є зміна у поведінці дитини і розуміння нею правил поведінки без сторонньої допомоги з боку дорослої людини (реабілітолога, психолога, батьків). У *психокорекційних* казках дитині пропонується моделі поведінки, які він може використовувати для подолання емоційних та поведінкових відхилень та дискомфорту. Метою використання психотерапевтичних казок у роботі з молодшими школярами є розкриття глибинного змісту подій, надання психологічної підтримки, позбавлення дитини від негативних переживань, пов'язаних з конкретною проблемною ситуацією або психоемоційною травмою. *Медитативні* казки можна використовувати реабілітологом для зняття психоемоційного напруження, з метою профілактики у дітей перевтоми на заняттях, розвитку особистісного потенціалу. Ця група казок спрямована на створення умов для оптимального налагодження взаємодії дитини з оточуючими. Основне завдання медитативних казок полягає в тому, щоб навчити дитину прислуховуватись до себе, своїх почуттів та станів. Особливістю медитативних казок є відсутність конфліктів і злих героїв [2].

Одним із перших в українській педагогічній науці роботу із застосуванням казкових мотивів та образів запровадив В.О. Сухомлинський, який приділяв значну увагу використанню казки при роботі з дітьми. За твердженням педагога завдяки казці дитина пізнає світ не лише розумом, але й серцем. Він використовував різноманітні прийоми роботи з казковими образами, зокрема такі, як:

– читання казок педагогом та дітьми по ролях – таке читання дозволяє дитині глибше проникнути у сутність казки, емоційно сприйняти її, відчути та зрозуміти героїв казки;

– виготовлення дітьми казкових героїв з паперу, тканини тощо – те, що діти брали участь у виготовленні ляльок, за твердженням педагога позитивно впливало на їх розвиток та комунікативні вміння, створювати атмосферу доброзичливості і спонукання до творчості;

– створення дітьми власних казок, які є одним з найцікавіших для дітей видів поетичної творчості. Разом із цим це важливий засіб розумового розвитку.

В.О. Сухомлинський значну увагу приділяв використанню прийому вигадкування власної казки із розумово відсталими дітьми. За його словами: «Якщо мені вдалося домогтися того, що дитина, у розвитку мислення якої зустрічалися серйозні труднощі, вигадувала казку, пов'язувала у своїй уяві декілька предметів оточуючого світу, значить можна сказати з певністю, що дитина навчилася мислити» [5, с.167–168].

Висновки. Казкотерапія – це метод, у якому казкова форма застосовується для інтеграції особистості, розвитку її творчих здібностей, удосконалення взаємодії з навколишнім світом. Метод казкотерапії спрямований на створення моделей проблем та проблемних ситуацій, роз'яснення їхньої сутності, для відновлення мовленнєвих порушень, створення умов для навчання та самоудосконалення.

В сучасній науці термін «казкотерапія» має широке значення: від корекційної технології до способу передачі знань про життя. Не дивлячись на свої «психологічні корні», казкотерапія активно застосовується в процесі корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку.

Отже, казкотерапія як інноваційний метод корекції і виховання дітей має великі можливості у формуванні позитивної навчальної мотивації, морально-духовному, особистісно творчому розвитку дітей дошкільного та молодшого шкільного віку через потужний вплив казки на їх емоційно-чуттєву сферу.

Перспективи та подальші розвідки досліджень. На основі теорії подальші перспективи та розвідки вбачаємо у практичному впровадженні казкотерапії в корекційно-реабілітаційну роботу з дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку.

Список використаної літератури:

1. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: Учебник для вузов / Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комиссарова, Т.А. Добровольская. – М.: Академия, 2001. – 248 с.
2. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Практикум по креативной терапии / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т. М. Грабенко. – СПб. : Речь : Сфера, 2001. – 400 с.
3. Євтушенко І. В. Використання казок в роботі психолога І. В. Євтушенко, С.М. Аврамченко. – К. : Марич, 2011. – 96 с.
4. Литвиненко В.А. Основи арт-терапії: навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. 2-ге видання, перероблене і доповнене. / В.А. Литвиненко – Суми: ФОП Цьома С.П., 2016. – 136 с.
5. Сухомлинский В. А. О воспитании. / В.А.Сухомлинский – М.: Политиздат, 1982. – 270 с.
6. Федій О. А. Естетотерапія / О. А. Федій. – К. : Центр учбової літератури, 2007. – 256 с.

Стаття надійшла до редакції 19.12.2016 р.

Логвин Я. О.
студентка 4 курсу спеціальності «здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Беспалова О. О.
викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-наукового інституту фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ОЖИРІННЯМ

У статті розглядається комплексна програма фізичної реабілітації для дітей молодшого шкільного віку з ожирінням I–II ступеню на основі лікувальної фізичної культури, дієтотерапії та масажу.

Ключові слова: ожиріння, лікувальна фізична культура, дієтотерапія, лікувальний масаж.

Постановка проблеми. Ожирінням у наш час прийнято називати хронічним поліетіологічним захворюванням, що пов'язане з низкою генетичних та неврологічних факторів, зміною функції ендокринної системи, обміну речовин, стилю життя та харчовими звичками особи, що характеризується підвищенням запасів жиру.

Останніми роками важливою проблемою педіатрії є різке зростання частоти надмірної маси тіла (НМТ) та ожиріння у дітей. Ожиріння належить до найпоширеніших захворювань у світі та досягає масштабів неінфекційної епідемії. Частота ожиріння збільшується як в розвинутих країнах, так і в тих, що розвиваються.

В Європі за останні два десятиліття поширеність ожиріння збільшилась втричі. За прогнозами ВООЗ, в Європейському регіоні до 2010 р. від ожиріння страждатимуть близько 150 млн дорослих (20% населення) і 15 млн дітей і підлітків (10% цієї категорії населення). За даними літератури, НМТ та ожиріння є найпоширенішим порушенням здоров'я дітей у Європі. За результатами останніх європейських популяційних досліджень, частота НМТ серед дітей раннього віку становить 22,6% [1].

За даними ВООЗ, 2006 року у світі щонайменше 20 млн дітей віком до 5 років мали надлишкову масу тіла, а в Європі у кожній п'ятій дитини було встановлено надлишкову масу тіла, з них у третини – ожиріння.

За даними Lobstein T., Jackson Leach R. (2006), за підрахунками в Європі більше 20 тис. дітей, які страждають на ожиріння, мають цукровий діабет (ЦД) 2 типу, а понад 400 тис. – порушення толерантності до глюкози. Більше ніж у мільйона дітей з ожирінням, імовірно, можуть спостерігатися прояви серцево-судинної патології, у тому числі гіпертензії та гіперліпідемії. Понад 1,4 млн дітей можуть мати патологію печінки на ранніх стадіях [3–4].

Мета дослідження — розробити та теоретично обґрунтувати програму фізичної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з ожирінням.

Результати дослідження та їх обговорення.

Підхід до втрати ваги, що поєднує збільшення ФА, дієтотерапію психотерапію, фізіотерапію і модифікацію способу життя, було визнано науковцями як найбільш ефективний для зниження ваги, її контролю та поліпшення якості життя [2–3].

Тільки при оптимальному варіанті м'язового навантаження, побудованих на вправах, які відповідають віку, статі та фізичної підготовленості, ефект тренувального процесу досягає бажаного результату. Тренувальні заняття дозволяють збільшити м'язову силу й діапазон рухливості суглобів, запобігти контрактурам, сприяють підвищенню витривалості, здатності до самостійного переміщення після хірургічних операцій, а також формуванню багатьох корисних навичок. Підвищення рухової

активності й фізичної підготовленості використовується як терапевтичний засіб при багатьох підліткових захворюваннях. Сьогодні регулярні заняття руховою активністю і фізична підготовленість дозволяють знизити ризик ішемічної хвороби серця, гіпертензії, ожиріння й діабету другого типу [2].

Нами була розроблена програма фізичної реабілітації для дітей молодшого шкільного віку з ожирінням, яка включала дієтотерапію, ЛФК, масаж.

Завдання програми: нормалізувати рухову сферу, підвищити окисно-відновні процеси та покращити психоемоційний стану; нормалізувати функцію серцево-судинної, дихальної, травної та інших систем, посилити крово- і лімфообіг, збільшити адаптацію організму до фізичного навантаження, відповідну віковим режимам, підвищити неспецифічну опірності організму.

Лікувальна фізична культура.

Завдання: помірно активізувати обмінні процеси, поліпшити функцію дихальної системи, стимулювати трофічні процеси, підвищити фізичну працездатність, створити позитивне ставлення до занять ЛФК.

Комплекс ЛФК при ожирінні.

1. В. п. – основна стійка. Підняти руки вгору, потягнутися – вдих, повернутися в в. п. – видих. 3 – 6 разів.

2. В. п. – те ж. Розвести руки в сторони, голову підняти вгору – вдих, повернутися в в. п. – видих. 5–6 разів, темп середній.

3. В. п. – те ж. Ходьба на місці з високо піднятими стегнами і широким розмахом рук. Дихання вільне, 1–2 хв., темп середній.

4. В. п. – стоячи, ноги на ширині плечей, руки на поясі. Кругові рухи тазу вправо і вліво. 6–8 разів. Дихання не затримувати.

5. В. п. – стоячи, ноги ширше плечей, руки вздовж тулуба. Нахилити максимально тулуб вперед, руки в сторони – видих, повернутися в в. п. – вдих. 5–6 разів. Темп середній.

6. В. п. – лежачи на спині, ноги прямі, руки вздовж тулуба. Зігнути ноги і розвести їх в сторони – вдих, повернутися у в. п. – видих. 6–8 разів. Темп середній.

7. В. п. – те ж. Розвести руки в сторони, прогнутися в хребті – вдих, повернутися в в. п. – вдих. 3–5 разів. Темп середній.

8. В. п. – те ж. Розвести руки в сторони, попеременно обійняти коліно зігнутої ноги, притиснути до живота – видих, повернутися в в. п. – вдих. 3–4 рази. Темп середній.

9. В. п. – те ж. Махи прямою ногою. По черзі кожною ногою. 4–6 разів. Дихання вільне.

10. В.п. – те ж. Глибоке діафрагмальне дихання.

11. В. п. – стоячи. Енергійна ходьба по колу або на місці з поступовим уповільненням темпу до повільного – 30 с.

14. В. п. – те саме. Руки підняти вгору – вдих, розслабити їх, опустити вниз, кілька нахиливши тулуб вперед – видих. 4–5 разів. Темп повільний.

РГГ триває 10 – 15 хв. До неї входять 8 – 10 загальнорозвиваючих вправ для середніх та великих м'язових груп і суглобів.

Перед дозованим бігом потрібно зробити розминку м'язів – 10–12 хв. Потім чергують біг підтюпцем – 5–6 хв., з ходьбою – 2–3 хв. Після цього пасивно відпочивають 2–3 хвилини. Такий цикл можна повторити 2–3 рази.

Після 2–3 тижнів таких тренувань можна перейти до більш тривалого бігу (20–30 хв.) у повільному темпі з 2–3 інтервалами відпочинку.

Корисні вправи для черевного преса (стоячи, сидячи, лежачи), вправи з м'ячем. Слід також використовувати вправи на підлозі з переходом з одного стану в інше (лежачи на спині, на боці, на животі, на колінах, сидячи), а також ігри на місці і рухливі ігри. Також важливо акцентувати увагу на розвиток координації рухів. Закінчувати заняття процедур лікувальної гімнастики слід водними процедурами. Враховуючи, що сприятливі зрушення жирового обміну швидше спостерігаються під

впливом тривалих навантажень помірної і середньої інтенсивності, ніж при короткочасних, але інтенсивних вправах, необхідно, щоб будь-яка форма ЛФК за тривалістю була не менше 45 хв.

Лікувальний масаж.

Завдання: нормалізація функції нейрорегуляторного апарату органів шлунково-кишкового тракту, в результаті чого поліпшуються обмінно-трофічні процеси в цих органах, крім цього відбувається нормалізація функцій опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи, дихальної системи, підвищення психоемоційного тону і загальної працездатності, поліпшення периферичного кровотоку у верхніх і нижніх кінцівках, профілактика і усунення ускладнень з боку серцево-судинної і дихальної систем.

Застосовували масаж попереково-крижового відділу хребта, грудний відділ хребта, область живота.

Використовують прийоми: погладжування, вижимання, вібрація – 1,5–2 хв., розминання – 2–6 хв. на робочому сегменті. Загальний час масажу від 10–15 хвилин (мінімальне) до 25 хвилин (максимальна).

Оптимальне вихідне положення для масажу – лежачи на животі, лежачи на спині сидячи.

Масаж попереково-крижового відділу: погладжування (площинне, охоплюючи, щипцеподібне, глажіння), вижимання, розтирання (прямолинійне, кругове, спіралеподібне), вібрація (безперервна та переривчаста, як лабільна, так і стабільна). Погладжування і вижимання виконуються по відтоку венозної крові і лімфи до найближчих великим лімфовузлів.

Масаж грудного відділу хребта: погладжування (всі прийоми погладжування, напрямок руху від низу вгору по ходу лімфатичних судин), розтирання (всі прийоми різновидів в різних напрямках), розминання (всі можливі прийоми при масажі грудного відділу), вібрація (стабільна та лабільна, переривчаста та безперервна з ударними прийомами).

Масаж живота: погладжування – прямолинійне, спіралеподібне, почергове, тильною поверхнею пальців; вижимання – чергуючи тильну і долонну поверхню пальців, долонею, подушечкою великого пальця; вібрація – всією долонею, долонною поверхнею пальців.

Дієтотерапію застосовують з метою: впливу на порушення обміну речовин, перш за все ліпідного, усунення надлишку жирових відкладень, гальмування процесів утворення і відкладання жиру в підшкірній жировій клітковині і навколо внутрішніх органів, а також мобілізація з цих місць вже відклалися жирових запасів.

При ожирінні застосовується дієта №8 (передбачає споживання 2000 ккал в день і включає 250 г вуглеводів, 80 г жирів, 100 г білків). Добовий раціон дитини слід розподіляти таким чином, щоб основна частина припадала на першу половину дня. Останній прийом їжі повинен бути не пізніше, ніж за 2–3 години до сну.

Висновки

1. Ожиріння у дітей є серйозним захворюванням, яке за відсутності правильного лікування та реабілітації, призводить до тяжких наслідків.

2. Фізична реабілітація при ожирінні повинна бути своєчасною та комплексною та відповідати загально педагогічним принципам (послідовності, доступності, систематичності).

3. У реабілітації при ожирінні потрібне комплексне застосування засобів та методів: лікувального масажу (самомасаж), лікувальної гімнастики, фізіотерапії, дієтотерапії, які за своїми властивостями сприяють зниженню маси тіла та покращенню обмінних процесів в організмі дитини, стимулюють трофічні процеси, поліпшують функції систем організму (дихальна, серцево-судинна та інші), підвищенню фізичної працездатності.

Список використаної літератури

1. Вардимиади Н. Д. Лечебная физкультура и диетотерапия при ожирении / Н. Д. Вардимиади, Л. Г. Машкова. – Киев: Здоровье, 1998. – С.47.
2. Васин Ю. Г. Физические упражнения – основа профилактики ожирения у детей / Ю. Г. Васин // ТМФВ. – К.: – 1989. – С. 82 – 88.
3. Гинзбург М. М. Ожирение как болезнь образа жизни. Современные аспекты профилактики и лечения / М. М. Гинзбург, Г. С. Козупица, Г. П. Котельников. – Самара: Изд-во Самарского Госмедуниверситета, 1997. – С. 48.
4. Попов С. Н. Лечебная физическая культура: учебник для институтов физической культуры / С. Н. Попов. – М.: Академия, 2005. – 528 с.

Стаття надійшла до редакції 15.12.2016 р.

Логвин Я.О.

студентка 4 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Руденко А.М.

викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВАЛЬГУСНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ВЕЛИКОГО ПАЛЬЦЯ СТОПИ У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ

У статті розглядається комплексна програма фізичної реабілітації при вальгусній деформації великого пальця стопи у жінок зрілого віку, на основі лікувальної фізичної культури, масажу, фізіотерапії та засобів ортопедичної корекції.

Ключові слова: вальгусна деформація великого пальця стопи, лікувальна фізична культура, засоби ортопедичної корекції, масаж, фізіотерапія.

Постановка проблеми. Вальгусна деформація великого пальця стопи є поширеною ортопедичною патологією, яка спостерігається переважно у жінок старше 30–40 років та супроводжується больовим синдромом, порушенням статики, обмеженням носіння модельного взуття. Захворювання має давнє коріння, вперше, згадка про нього зустрічається в записках лікаря і мага Русело, датованих 1769 роком. Подальше опис, що дає визначення, як вальгусне відхилення великого пальця стопи від серединної площини, зробив в 1871 році відомий терапевт свого часу – Хуттер. А вже в 1911 році Г. А. Альбрехт в Росії описав цю хворобу, як подагру – найпоширенішу ортопедичну патологію [1].

За даними ВООЗ, 75% людей на планеті мають ті чи інші патологічні зміни стоп, найбільш поширеною з них є вальгусна деформація великого пальця стопи. Ця деформація стоп є причиною багатьох важких захворювань опорно-рухового апарату, які нерідко призводять до інвалідності.

Вальгусне відхилення великого пальця стопи посідає друге місце серед захворювань стопи після плоскостопості.

Недостатність подібних даних не дозволяє зробити висновок про розповсюдженість патології стопи в Україні, однак проблема діагностики та лікування набутих деформацій великого пальця стопи є надзвичайно актуальною.

На теренах колишнього СРСР, зокрема в Росії, достатньо систематично проводяться клінічні та теоретичні дослідження в обґрунтуванні методик лікування деформації великого пальця стопи (В. І. Кузьмин, 1991, В. А. Мицкевич, 1994).

Актуальність проблематики обумовлена високим рівнем незадовільних результатів лікування деяких деформацій стопи, який становить 18,9 – 50% І. С. Істоміна та В. І. Кузьмин (1990), А. Б. Шугалова (1991) [5].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вивченню вальгусної деформації великого пальця стопи приділяли увагу багато вчених. Цю проблематику досліджували А. В. Попов (2000), А. В. Ільмінський (2003), А. В. Зарудський (2003), Г. Н. Ковчужний (2003), Н. С. Буали (2004), В. П. Єгоров (2006), Steven H. (2000), A. Aster (2003), M. Y. Jeon (2004) та інші. У роботі А. В. Попова та В. І. Кузьміна розглянуто комплексне застосування засобів фізичної реабілітації, вони вважали, що найбільш ефективним в лікуванні даного захворювання є консервативний метод [5]. Так, російський вчений А. В. Зарудський, зазначає, що вальгусна деформація великого пальця стопи призводить до важких ускладнень, такі як: порушення постави, плоскостопість, деформація нижніх кінцівок. М. Y. Jeon та Н. Steven пропонують удосконалити, на їх погляд, методи хірургічного лікування, це свідчить про те, що для різних стадій патологічного процесу необхідні певні операції, алгоритм дії хірурга дозволяє нормалізувати або поліпшити анатомічні і біомеханічні співвідношення як в передньому відділі стопи, так і в цілому в усій стопі. Більшість дослідників вважають вальгусну деформацію великого пальця стопи важким захворюванням, яке призводить до тяжких наслідків, які в подальшому прогресують і негативно впливають на весь організм людини та заважають нормальній життєдіяльності. Аналіз науково-методичної літератури показав, що на даний час більшість науковців, які займаються вивченням даного захворювання, дійшли до одного спільного висновку, що найбільш ефективним методом лікування даної патології є саме консервативний метод із застосуванням засобів фізичної реабілітації [5].

Об'єкт – сучасні методи та засоби фізичної реабілітації при вальгусній деформації великого пальця стопи.

Предмет – вальгусна деформація великого пальця стопи у жінок зрілого віку.

Мета дослідження – проаналізувати профілактично-реабілітаційні програми при вальгусній деформації великого пальця стопи у жінок зрілого віку.

Завдання:

1. Проаналізувати науково-методичну літературу, щодо вальгусної деформації великого пальця стопи.
2. Вивчити основні причини та симптоми вальгусної деформації великого пальця стопи у жінок зрілого віку.
3. Оволодіти необхідними знаннями, щодо профілактики вальгусної деформації великого пальця стопи.
4. Визначити основні засоби фізичної реабілітації вальгусної деформації великого пальця стопи.

Результати дослідження та їх обговорення. Одним з основних факторів, що призводить до виникнення вальгусної деформації великого пальця стопи, є синдром дисплазії сполучної тканини (В. В. Головський, Л. В. Усольцева, Я. Б. Ховаєва, Н. В. Іванова, 2002) [4]. При цьому зниження пружності зв'язок і м'язів стопи призводить до розвитку так званого гіпермобільного синдрому. Гіпермобільний синдром клінічно підтверджується, якщо обсяг розгинання в променезап'ястному суглобі і в першому п'ястнофаланговому суглобі кисті перевищує нормальний. Цей синдром може поєднуватися з іншими вродженими генетичними захворюваннями.

Стопа, як орган опорно-рухового апарату, представляє єдине і функціональне ціле. Неспроможність її переднього відділу внаслідок порушення природної ресорної функції обумовлює формування складної багатоплощинної деформації [3].

При вродженій слабкості сполучної тканини сили м'язово-зв'язкового апарату може не вистачити для утримання плеснових кісток в правильному положенні. Розвивається віялоподібна розбіжність плеснових кісток, варусне відхилення першої плеснової кістки, а потім – вдруге – вальгусне відхилення великого пальця. При цьому важливим фактом у розвитку захворювання є відсутність коротких міжкісткових м'язів між першою і другою плесновими кістками (Каменєв Ю. Ф., 2004).

Вальгусна деформація великого пальця стопи – не тільки естетична проблема, коли збоку стопи з'являється «кісточка», а досить серйозне ортопедичне

захворювання. Якщо вчасно не вжити заходів по лікуванню патології, це може привести до неприємних наслідків – артроз суглобів, плоскостопість. Але, коли «шишка» на нозі, ще невеликих розмірів і болі при тривалій ходьбі не так часто дошкуляють, з захворюванням цілком реально впоратися консервативними методами – лікувальною фізичною культурою, масажем, носінням ортопедичних пристосувань (наприклад, Altus Pro), фізіопроцедури [2; 3].

Фізична реабілітація спрямована на усунення вальгусного положення стопи, зміцнення м'язів і зв'язок стопи, покращення кровопостачання м'яких тканин, посилення крово- і лімфообігу, підвищення загальної працездатності, зменшення запального процесу, підвищення вироблення каллогену, що сприяє зміцненню м'язових тканин, які підтримують суглоби і кістки.

Найчастіше для лікування та зменшення проявів вальгусної деформації великого пальця стопи застосовують лікувальну фізичну культуру (ЛФК), масаж та фізіотерапію.

Лікувальна фізична культура спрямована на вирішення наступних завдань: усунути вальгусне положення стопи, підвищити силову витривалість нижніх кінцівок та стопи, виробити стереотип правильної ходьби та зміцнити весь організм.

Комплекс ЛФК при вальгусній деформації великого пальця стопи

Вправи у в.п. лежачи на спині та сидячи

1. Розведення стоп (п'яти разом).
2. Тильне, підошовне згинання пальців і стоп.
3. В.п. із зігнутими ногами. Приведення і відведення, підймання і опускання ніг.
4. В.п. – лежачи на спині. Одна нога охоплює гомілку іншої ноги і ковзає вздовж неї вгору-вниз.

5. “Равлик” – стопа ковзає вперед за рахунок згинання пальців.

Вправи з предметами

1. Брати і підіймати невеликі предмети пальцями стопи.
2. Перекочувати стопою гімнастичну палицю або м'яч.
3. Підім'яти стопами пелюшку.
4. Обхватити пальцями пелюшку і розтягнути в різні боки.
5. Пружинистий біг і стрибки на пальцях у в.п. сидячи.

Вправи у в.п. стоячи і під час руху

1. Стоячи на дерев'яному бруску на пальцях, підняти й опустити п'яти.
2. Ходьба по гумовому килимку із шипами, ребристій дошці.
3. У зимовий час призначають ходьбу на лижах.

Кількість повторів спеціальних вправ у підході збільшують до 20–25 разів залежно від складності. Їх чергують з вправами на вироблення стереотипу правильної ходьби.

На завершальному етапі самостійні заняття ускладнюють застосовуючи: лікувальну ходьбу, теренкур, гідрокінезіотерапію. *Обмежують*: вправи на носках та вправи зі стрибками.

Лікувальна гімнастика при вальгусній деформації великого пальця стопи призначається для зменшення дискомфорту і больових відчуттів, а також для консервативної корекції викривлення на самих ранніх стадіях захворювання.

Не слід нехтувати цим способом, ЛФК добре зарекомендувала себе і як загальнозміцнюючий метод впливу. Після корекції, деформації або оперативного втручання, виконання вправ обов'язково рекомендується лікарем.

Лікувальний масаж.

Завданням якого є: зменшити або ліквідувати больовий синдром, активізувати крово- і лімфообіг ослаблених м'язів і зв'язок, збільшити загальну працездатність, знизити запальні процеси, покращити кровопостачання м'яких тканин.

Використовують прийоми: погладжування, розтирання (гребнеподібне, щипцеподібне), розминання (циркулярне, зсовування, натискання) і переривчасту вібрацію (ударні прийоми). Масаж можна виконувати з розігрівачими мазями.

В.п. – лежачи на животі, виконують масаж гомілки, приділяючи особливу увагу її передньо-зовнішній стороні. Потім переходять на стопу, приділяючи більшу увагу її підошовній частині.

Погладжування, розтирання і розминання підошви робиться від пальців до п'ят.

Масаж гомілки проводять по внутрішній і задній стороні від низу до верху – від стопи до колінного суглобу.

Самомасаж при вальгусній деформації великого пальця стопи

1. За допомогою однієї руки потягнути вгору мізинець, а за допомогою іншої – опустити безіменний палець, після чого поміняти їх розташування в зворотному напрямку. Даний рух необхідно зробити на всіх пальцях в кількості 10 разів.

2. Однією рукою притримувати п'яту, іншою – тягнути в верхньому і нижньому напрямку всі пальці стопи. Кількість повторів повинно бути не менше 10 разів.

3. Розтирати протягом однієї хвилини підошовну частину ноги і гомілку.

4. За допомогою залучення обох рук протягом 30 секунд розтирати пальці, після чого переходити до області п'яти.

5. Протягом хвилини погладжувати стопи в напрямку від пальців до п'ят.

6. Долоні на литковому м'язі, після чого за допомогою сильних і інтенсивних рухів здійснювати рухи, що погладжують в напрямку коліна. Повторювати необхідно близько 10 разів.

7. Долоні на колінах, а потім погладжувальними рухами до стегна.

8. В кінці масажного сеансу виконують погладжування 10 разів в напрямку від стопи до пахової області.

9. Після масажу однієї ноги слід переходити з аналогічними рухами до другої нижньої кінцівки.

Тривалість масажу – 8–15 хв., його бажано виконувати 2 рази на день.

Фізіотерапія.

Ударно-хвильова терапія

Ефективність процедури проявляється:

1. Розпадаються нарости на кістках.
2. Розсмоктуються фрагменти наростів, фіброblastів, вогнищ фіброзної тканини.
3. В області впливу ударними хвилями проростають маленькі судини, від цього тканини стопи отримують поживні речовини, болі в стопі стають меншими.
4. Стопа стає більш гнучкою, особливо її рухливі частини.
5. Клітинні мембрани стають більш проникними, це дозволяє швидше проникати в них корисних речовин.
6. Руйнуються нерви, які передають больові імпульси в мозок.

Тривалість обробки кожної зони – 15 хвилин.

Лазеротерапія

Ефект від лазеротерапії:

1. Завдяки йому активізується робота клітин, вони добре вбирають фібрин – білок, який утворюється з плазми крові.
2. Болі після процедур знижуються.
3. Зменшується запальний процес.
4. Зникають набряки.
5. Розслабляються м'язи.
6. Капіляри розширюються, тому поліпшується кровотік, кров краще насичується киснем і поживними речовинами.
7. Зникають нарости і новоутворення в суглобах і кістках.

Процедура триває 15 хвилин, не передбачає хворобливих відчуттів.

Ультразвукова терапія

Ефективність методу:

1. Активізуються обмінні процеси в організмі.
2. Відновлюється кровотік в пошкодженій стопі.
3. Мікроциркуляція в капілярах поліпшується.
4. Активно виробляється каллоген, що сприяє зміцненню м'язових тканин, які підтримують суглоби і кістки.

5. Пошкоджені тканини регенеруються.

Сеанс триває 15 хвилин.

Лікування грязьовими аплікаціями (грязелікування)

1. Вони знімають запалення.

2. Зменшують набряки.

3. Знищують мікроби і бактерії.

4. Розсмоктують зайві горби на тканинах, регенерують пошкоджені тканини.

5. Знищують стрептококові інфекції, а також інші види інфекцій.

6. Допмагають зменшити біль в суглобах, уражених артритом.

7. Сприяють лікуванню м'язів, зрощенню кісток, зниження запалення сухожиль.

8. Ліквідують наслідки після переломів кісток.

Для гарного ефекту зниження запалення і розсмоктування «кісточки» на нозі потрібно до 15-ти процедур, проведених через день.

Засоби ортопедичної корекції.

Завдання: посилення крово- і лімфообігу, зменшити набряки, зняти запалення, зменшення болю в суглобах, активізувати обмінні процеси в організмі, регенерація пошкоджених тканин, зменшення запального процесу.

Серед численних ортопедичних пристосувань, призначених для лікування вальгусної деформації великого пальця стопи виділяють наступні: устілки-супінатори; напівустілки-супінатори; підп'яточні з натуральної шкіри; підп'яточні з силікону; підп'яточні з гелю; коригуючі вироби для пальців стопи.

Крім цього ці вироби можуть бути з силікону: устілки; напівустілки; підп'яточні; міжпальцеві прокладки; плесневі подушечки; коригуючі вироби для пальців стопи з силікону; силіконові пластирі.

Висновки

1. Вальгусна деформація великого пальця стопи у жінок зрілого віку є серйозним захворюванням, яке за відсутності правильного лікування та реабілітації, призводить до тяжких наслідків.

2. Фізична реабілітація при вальгусній деформації великого пальця стопи повинна бути комплексною та своєчасною та відповідати загально педагогічним принципам.

3. При вальгусній деформації великого пальця стопи використовують комплексне застосування засобів та методів фізичної реабілітації: лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапія та засоби ортопедичної корекції, які за своїми властивостями сприяють до зменшення запального процесу, набряків, болю; сприяють лікуванню м'язів, зрощенню кісток, зниження запалення сухожиль, до покращення крово- та лімфообігу, підвищення фізичної працездатності.

Література:

1. Жильцов А. Н. К вопросу об анатомической и функциональной конгруентности суставов стопы / А. Н. Жильцов // Повреждения и заболевания стопы. – М.: – 1979. – С. 82–88.

2. Зельдис Н. С. Консервативное лечение hallux valgus пластмассовыми прокладками / Н. С. Зельдис // «Ортопедия, травматология и протезирование». – 1959. – № 2. – С. 21–23.

3. Минченко Н. Л. Принципы ортопедического обеспечения при распластности переднего отдела стопы и вальгусной деформации первого пальца : автореф. дис... канд. мед. наук: / Н. Л. Минченко. – 1996. – 22 с.

4. Муминов Э. Х. Комплексное лечение вальгусной деформации первых пальцев стоп : автореф. дис... канд. мед. наук: / Э. Х. Муминов. – Х., 1981. – 18 с.

5. Попов А. В. Лечение поперечной распластности стопы и вальгусного отклонения первого пальца : автореф. дис... канд. мед. наук: / А. В. Попов. – М., 2000. – 23 с.

Стаття надійшла до редакції 18.12.2016 р.

Лук'янова Н. С.
студентка 6 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Корж Ю. М.
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

У статті розглянуто програму фізичної реабілітації дітей молодшого шкільного віку часто хворіючих на ГРЗ, в яку входили ігрові заняття лікувальної гімнастики з використання яскраво оформлених, казково-ігрових дитячих тренажерів, сеанси Су Джок масажу на проекції легень та процедури ароматерапії з ефірною олією лимона та чайного дерева.

Ключові слова: фізична реабілітація, ГРЗ, ароматерапія, Су Джок масаж.

Постановка проблеми. Захворювання органів дихання домінують в загальній структурі дитячої захворюваності. Залишається високим рівень захворюваності на гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) серед дітей молодшого шкільного віку, причому 40–60% з них схильні до частих рецидивів (Н.К.Богущька., З.С.Макарова) [4].

Спостерігається збільшення числа дітей з рецидивуючим бронхітом (РБ), майже 79% дітей дошкільного віку мають цей діагноз (Т.Л.Васильєва). В останні роки серед дітей України реєструється ріст бронхіальної астми (БА), причому у 74% дітей захворювання починається у перші 6 років життя (І. С. Сміян, О. І. Ласиця). Висока частота ГРЗ, рецидиви бронхітів і загострення бронхіальної астми у дітей молодшого шкільного віку багато в чому обумовлені дефектами в системі імунітету (А.О. Андрущук, Н.В. Банадига). Дослідники вказують на порушення функціональної активності ендокринних залоз у дітей з респіраторною патологією, які свідчать про недостатність або напруженість механізмів адаптації (Е.М.Лук'янова, Л. Р. Корецька, О.О.Агафонова, О.Є.Абатуров.) [2].

Неоднозначність даних про стан імунної системи та ендокринних залоз у дітей з захворюваннями органів дихання вимагає подальшого вивчення їх імунного та гормонального статусу, особливо в період клінічної ремісії, для планування реабілітаційних заходів.

В сучасних умовах більш ніж у 50% підлітків, які часто хворіють на ГРЗ, формується хронічна патологія бронхолегеневої системи та ЛОР-органів, спостерігається тенденція до затяжного і ускладненого перебігу РБ, а у третини хворих його трансформація в хронічний бронхіт (Т.Л.Васильєва, Ю.К.Большот). Зростає частота важких форм БА та виникнення різних ускладнень, навіть у хворих з легким її перебігом (С.С. Острополець, О.М.Охотнікова). Ці ускладнення обумовлені також недостатньою ефективністю заходів первинної та вторинної профілактики [6].

Захворювання органів дихання можуть виникати внаслідок дії різноманітних екзогенних та ендогенних чинників, які загалом чи опосередковано впливають на погіршення вентиляції та прохідності дихальних шляхів, зниження еластичності легеневої паренхіми, обмеження рухливості грудної клітки, порушення дифузії газів у легенях та центральної регуляції дихання і кровообігу в легенях. Це приводить до тимчасової втрати працездатності та частих рецидивів захворювання.

Актуальність проблеми фізичної реабілітації дітей з захворюваннями органів дихання зумовлена поширеністю даної патології та можливими негативними наслідками для здоров'я дитини у подальшому житті. Це висуває низку завдань, що пов'язані з проведенням комплексу заходів фізичної реабілітації та оздоровлення дітей шкільного віку, до групи найважливіших медико-соціальних проблем. Незважаючи на наявність низки джерел інформації та розробок окремих авторів, недостатньо розкритою залишається проблема комплексного використання різних засобів фізичної реабілітації для відновлення здоров'я даного контингенту дітей на різних етапах фізичної реабілітації.

Мета дослідження: розробити та впровадити програму з фізичної реабілітації для дітей молодшого шкільного віку з захворюваннями органів дихання.

Об'єкт дослідження: комплексний процес реабілітації дітей з захворюваннями органів дихання у молодших школярів КУ «Сумська загальноосвітня школа № 15 імені Д. Турбіна».

Предмет дослідження: вплив фізичної реабілітаційної програми на стан здоров'я дітей молодшого шкільного віку з захворюваннями органів дихання.

Методи дослідження: узагальнення та систематизація літературних джерел з даного питання; аналіз науково-методичної та спеціальної літератури при даній патології.

Результати дослідження та їх обговорення. Під час проведення дослідження виявлено високу частоту респіраторних захворювань (52%), наявність порушення стереотипу правильного дихання через ніс (67 %), недостатню рухливість грудної клітки внаслідок чого зменшується екскурсія діафрагми, зниження функціональних можливостей органів дихання. Отримані результати попереднього дослідження засвідчили про необхідність впровадження спеціальної програми фізичної реабілітації для дітей молодшого шкільного віку.

Комплексний підбір засобів та методів фізичної реабілітації (ФР) у дітей молодшого шкільного віку з захворюваннями органів дихання є дуже важливими етапом під час оздоровлення вказаної вікової категорії у зв'язку з їх розповсюдженістю.

В процесі дослідження було визначено групу дітей з 10 осіб віком 7–8 років, які часто хворіли на ГРЗ, бронхіти. Для даного контингенту дітей була розроблена програма фізичної реабілітації під час реалізації якої використовували спеціальні дренажні вихідні положення, для цілеспрямованого виведення мокроти з різних відділів бронхолегеневої системи, комплекс вправ з яскраво оформленими поролоновими тренажерами для розвитку рухових якостей та збільшення екскурсії грудної клітки, спеціальної методики Су Джок масажу для рефлекторного покращання кровообігу та газообміну у легенях, процедури ароматерапії для підвищення імунорезистентності.

В програму фізичної реабілітації входили заняття ЛГ, що проводилися 3 рази на тиждень тривалістю 30–35 хв., в процесі яких використовували ароматерапію з ефірними маслами лимону та чайного дерева. Сеанс Су джок масажу, який тривав 2–3 хв., діти проводили декілька разів на день самостійно, під час фізкультурних хвилюнок.

Заняття ЛГ проводилося з метою активізації функції зовнішнього дихання дитини, поліпшення дренажної функції бронхів, формування стереотипу правильного дихання через ніс, стимуляція захисних сил організму та розвитку рухових якостей. Воно включало ігрову методику, під час якої діти із захворюваннями органів дихання використовували казково-ігрові дитячі тренажери, що входять в інноваційну оздоровчо-корекційну методику «Богатир». Це дозволило використовувати комплексний підхід до фізичної та функціональної підготовки дітей завдяки проведенню цілої низки дихальних, ігрових, імітаційних, спеціальних силових та коригуючих вправ на формування стереотипу правильної постави.

Діти, одягали на долоні поролонові рукавички («тигрячі лапки») та імітували різні рухи тигрят: ходьбу «по сліду» в упорі лежачи зігнувшись, що сприяло розвитку м'язів тулуба та верхніх кінцівок; виконували зарядку для «лап», розтягуючи тренажер «Лук» перед грудьми та за спиною; ходили в упорі лежачи позаду, «гріючи животики»; стискали тренажер «Гармошку» за спиною, що зміцнювало м'язи спини; виконували вібраційний масаж поролоновими рукавичками на лопатках та м'язах грудної клітки, що сприяло виведенню мокроти з бронхів тощо. Силкові вправи чергувалися з дихальними та вправами на релаксацію.

В комплекс вправ ЛГ також були включені дихальні вправи звукової гімнастики, під час яких діти імітували ричання тигрят, промовляючи звуки «Р-Р-Р» та «Ж-Ж-Ж». Під час проведення дихальних вправ основну увагу приділяли подовженому видиху та узгодженню рухів кінцівками з фазами дихання.

Дозовані гімнастичні вправи мали значний терапевтичний ефект у дітей із патологією системи дихання. Вони рефлексорно сприяли поліпшенню газообміну в легенях, покращували силову витривалість основних м'язових груп грудної клітки та верхнього плечового поясу (трапецієподібного, ромбоподібного, зубчастого, міжреберних, дельтоподібних тощо), активізували крово- і лімфоток у бронхах, сприяли розвитку дихальних м'язів та збільшенню екскурсії грудної клітки, гуморальностимулювали дихальний центр [3].

Ароматерапія є одним з ефективних засобів профілактики ГРЗ. Перед сеансом ароматерапії індивідуально проводилася алергопроба на ефірні масла. Під час процедур застосовували ефірну олію лимона та чайного дерева, як найбільш безпечні та ефективні у дитячому віці.

Ароматерапія застосовувалась у вигляді інгаляцій з використанням аромаламп під час проведення занять ЛГ. Дозування процедури полягало у застосуванні з розрахунку 1–2 краплі ефірної олії на 5 кв. м., при цьому джерело випаровування знаходилося не ближче 50 см від дитини. Тривалість процедури на початку курсу становила 5 хв., якщо не відмічалася негативної реакції у відповідь на проведення процедури, то її тривалість поступово збільшувалася до 30–35 хв [7].

Сеанс Су Джок масажу проводився у вигляді самомасажу. Спочатку дітей навчили подушечкою нігтьової фаланги великого пальця виконувати спеціальні масажні прийоми переривчастого натискання, защипування та тертя на долонній поверхні кисті. В подальшому вони виконували дану методику на ділянці проекції легень (за відповідністю тілу), що знаходиться на підвищенні тенара лівої та правої долоні. За відповідністю комах, проекція легень знаходиться на долонній поверхні середніх фаланг усіх пальців, тому у подальшому діти щипцеподібно розтирали ці ділянки вказівним та великим пальцями протилежної долоні.

Су джок масаж мобілізував захисні сили організму, покращував кровоток та газообмін у бронхах. Цей рефлексорний засіб особливо корисний для дітей шкільного віку, а його систематичне використання є профілактичним та лікувальним методом при захворюваннях органів дихання [5].

Усі засоби програми фізичної реабілітації проводилися комплексно, з урахуванням функціонального стану, попереднього діагнозу, фізичної підготовки та анатомічно-фізіологічних особливостей розвитку дітей даної вікової категорії. Попередні результати дослідження проходять математично-статистичну обробку.

Висновки.

1. Актуальність проблеми реабілітації дітей із захворюваннями органів дихання стає все більш очевидною тому, що респіраторні захворювання складають близько 90% всієї інфекційної патології дитячого віку. Висока частота захворювань респіраторного тракту обумовлена особливостями дихальної системи та дозріванням імунної системи дитини, високою контагіозністю вірусних інфекцій, великою кількістю вірусів та нестійким імунітетом до ряду їх видів.

2. На основі проведених попередніх досліджень було виявлено високу частоту захворювань на ГРЗ, наявність порушення стереотипу правильного дихання через

ніс, недостатню рухливість грудної клітки, зниження функціональних можливостей органів дихання розроблено програму фізичної реабілітації для дітей молодшого шкільного віку. Дана програма передбачала проведення ігрових занять з лікувальної гімнастики з використання казково-ігрових дитячих тренажерів, Су Джок масаж та процедури ароматерапії для оздоровлення та лікування дітей даної вікової групи.

Література:

1. Арешина Ю. Б. Застосування традиційних засобів фізичної реабілітації при загостренні рецидивного обструктивного бронхіту у дітей / Ю. Б. Арешина // Матеріали IX відкритої науково-методичної конференції студентів факультету фізичного виховання, фізичної реабілітації і спортивної медицини. – Київ, 2011. – С. 123 – 131.

2. Безкаравайний Б. О. Проведення імунореабілітаційних заходів з урахуванням показників імунного статусу в групі дітей дошкільного віку, які часто хворіли / Б.О.Безкаравайний, В.В. Лейкіна // Матер. пленуму наук.-мед. товариства дитячих лікарів «Реабілітація в педіатрії». – Київ-Тернопіль. – 2015. – С.53.

3. Корж Ю. М. Експериментальна авторська методика оздоровчо-корекційної гімнастики «Богатир» для дітей дошкільного віку з порушеннями функцій опорно-рухового апарату : навчальний посібник / Ю. М. Корж. – Суми : СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2012. – 160 с.

4 Лейкіна В. В. Реабілітація часто хворіючих на респіраторні захворювання дітей, з хронічними захворюваннями ЛОР-органів /В.В.Лейкіна, Є.Є.Сабадаш, В.Н.Зенченко// Матер. з'їзду педіатрів України «Проблеми педіатрії на сучасному етапі». – Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2012. – №4. – С.75.

5.Пак ЧжеВу. Сам себе Су Джок доктор/Пак ЧжеВу. – М.: «Су Джок Академия», 2003. – 156 с.

6. Реабілітація дітей молодшого шкільного віку з захворюваннями органів дихання на амбулаторно-поліклінічному етапі : Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.10 / В.В. Лейкіна; Ін-т педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. – К., 2011. – 20 с.

7. Солдатченко С.С. Ароматерапія. Профілактика и лечение заболеваний эфирными маслами / С.С. Солдатченко, Г.Ф. Кащенко, А. В. Пίδαев. – 2-е изд., испр. и доп. – Симферополь: Таврида, 2012. – 272 с.

Стаття надійшла до редакції 12.12.2016 р.

Менська М.С.

студентка 4 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Беспалова О. О.

викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ВАЛЬГУСНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК

У статті теоретично обґрунтована комплексна програма фізичної реабілітації для дітей з вальгусною деформацією нижніх кінцівок на основі лікувальної фізичної культури, дієтотерапії та лікувального масажу.

Ключові слова: вальгусна деформація, лікувальний масаж, лікувальна фізична культура.

Постановка проблеми. На сьогоднішній день в Україні спостерігається негативна тенденція щодо стану здоров'я населення, особливо здоров'я дітей. За оцінками фахівців, близько 75% хвороб у дорослих є наслідком умов життя в дитячі та молоді роки. Майже 90% дітей мають відхилення стану здоров'я та понад 50% – незадовільну фізичну підготовку. Понад 11% дітей дошкільного віку мають вальгусні деформації нижніх кінцівок; плоскостопість [1].

Результати даних медичних оглядів констатують, що останнім часом, показник поширення деформацій нижніх кінцівок постійно збільшується. За останні 10 років цей показник зріс у 1,5 рази. Така ситуація обумовлюється недостатнім проведенням профілактичних заходів, а також недостатньою кількістю комплексних програм реабілітації вальгусних деформацій нижніх кінцівок на ранніх етапах їх розвитку, в яких не завжди враховуються особливості даного захворювання [1–2].

Несвоєчасна діагностика та неадекватна реабілітація можуть призвести до незворотних наслідків. Основні заходи з такими дітьми проводяться в умовах стаціонару тоді, коли порушення набуває значного, явно вираженого характеру та передбачає ортопедичне лікування [3–4]. На сьогодні, одним із основних засобів профілактики та фізичної реабілітації, які застосовуються у програмах, є лікувальна фізична культура (ЛФК), але враховуючи сучасні тенденції розвитку реабілітаційної теорії та практики, виникає нагальна потреба у впровадженні інших, новітніх засобів фізичної реабілітації. Важливо розпочати лікування вчасно, саме тоді можна буде запобігти небажаних наслідків, які можуть розвиватися при відсутності вчасної реабілітації.

Мета дослідження: розробити та теоретично обґрунтувати комплексну програму фізичної реабілітації дітей дошкільного віку із вальгусною деформацією нижніх кінцівок.

Результати дослідження та їх обговорення. При вальгусній деформації основні зміни відбуваються в колінному суглобі: нерівномірний розвиток виростків стегнової кістки (більш швидкий ріст внутрішніх виростків, ніж зовнішніх, призводить до того, що суглобова щілина стає ширше всередині і вужче зовні). Зв'язки, які зміцнюють суглоб, розтягуються, особливо з внутрішньої сторони, коліно втрачає свою стабільність, якщо подивитися на таку дитину збоку, то помітно перерозгинання ніг в колінних суглобах. При вальгусній формі ніг буде змінюватись і положення стопи, п'яточка зміщується всередину і опір здійснюється на зовнішню частину, розвивається плоскостопість. Тому важливість розробки програми фізичної реабілітації, для корекції суглобів та зміцнення м'язів нижніх кінцівок, для дітей в вальгусною деформацією ніг набуває все більшого значення.

Фізична реабілітація при вальгусній деформації нижніх кінцівок спрямована на загальне зміцнення організму дітей, покращення самопочуття, зняття больового синдрому, зміцнення м'язів нижніх кінцівок, покращення психоемоційного стану дітей.

Нами була розроблена програма фізичної реабілітації дітей молодшого дошкільного віку з вальгусною деформацією нижніх кінцівок, яка включала ЛФК, масаж, дієтотерапію.

Завдання програми: зняття больового синдрому, покращення крово- і лімфо обігу, зміцнення м'язів нижніх кінцівок, підвищення силової витривалості нижніх кінцівок і стоп, зміцнити весь організм.

Лікувальна фізична культура.

Завдання ЛФК: покращити кровообіг, відновити тонус м'язів нижніх кінцівок: зміцнити ослаблені і розтягнуті м'язи, розслабити надмірно напружені; сформувати правильну поставу, покращити психоемоційний стан.

ЛФК проводиться 5 разів на тиждень, тривалістю 25 хвилин.

Комплекс ЛФК при вальгусній деформації нижніх кінцівок для дітей молодшого дошкільного віку:

1). В. п. – лежачи на спині, зігнувши ноги в колінних суглобах, упертися ногами в підлогу. На рахунок 1–2 – розвести п'яти в сторони. 3–4 – В.п.

Вправу повторити 15 разів. Сідниці міцно притиснуті до підлоги.

2) В. п. – Лежачи на спині. На рахунок 1–2 – одночасне витягування носків стоп з поворотом їх усередину. 3–4–в.п.

Вправу повторити 15 разів.

3) В. п.– Лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах. На рахунок 1–4 – підняти ліву ногу вгору і стопою «намалювати» цифру 8. На рахунок 5–8 – в. п. Потім знову 1–4 – підняти праву ногу вгору і стопою «намалювати» цифру 8. 5–8 – в. п.

Вправу повторити 10 разів. Спина щільно притиснута до підлоги.

4) В. п. – лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах На рахунок 1–4 – «їхати ногами на велосипеді вперед». 5–8 – «їхати ногами на велосипеді назад».

Вправу повторити 8 разів.

Руки можна підкласти під поясницю, дихання вільне.

5) В. п.– лежачи на животі, руки рівні, витягнуті перед собою. На рахунок 1–4 – пливемо по-жаб'ячи. 5–8 – в. п.

Вправу повторити 8 разів.

Вправу виконуємо в середньому темпі, дихання вільне.

6) В. п – основна стійка. На рахунок 1–2 – присідаємо на носочках, руки на пояс. 3–4 – в. п.

Вправу повторити 8 разів.

Звертати увагу, щоб носки були трохи нарізно, коліна направлені за напрямом стоп (тобто коліна трохи в сторони).

7) В. п. – основна стійка. На рахунок 1–4 – пружинисті присідання з розведенням колін. 5–8 – в.п.

Вправу повторити 8 разів. Спина рівна, дихання вільне, вправу виконуємо в повільному темпі.

8) В. п. – стійка ноги нарізно, руки на пояс. На рахунок 1–2 – праву ногу в сторону на носок. 3–4 – в.п. На рахунок 5 – 6 – теж саме лівою ногою. 7–8 – в. п.

Вправу повторити 8 разів. Нога, яку відставляємо рівна, носок натягнутий.

9) В. п.– основна стійка. На рахунок 1–2 – підіймаємося на носки, руки вгору – вдих 3–4 – в.п. – видих.

Вправу повторити 6 разів. Пальцями рук тягнемося догори, дихання спокійне, повільне.

10) В. п. – сід упор позаду, м'яч між колінами. На рахунок 1–2 – підіймаємо рівні ноги вгору. 3–4 – опускаємо у в. п.

Виконуємо вправу 10 разів. Ноги рівні, можна згинати руки у ліктях, щоб було звучніше виконувати вправу.

11) В. п. – сід упор позаду, м'яч між колінами. На рахунок 1–4 стискаємо колінами м'яч. 5–8 розслаблюємо.

Вправу повторити 8 разів. Дихання вільне.

12) В. п. – лежачи на животі, руки під підборіддям, ноги разом. На рахунок 1–2 – згинаємо ноги в колінах, дістаємо п'ятами до сідниць. 3–4 в. п.

Вправу повторити 10 разів. Голова не підіймається, дихання вільне, працюють лише ноги.

Лікувальний масаж.

Завдання масажу: зменшити або ліквідувати больовий синдром, поліпшити тонус м'язово – зв'язкового апарату, активізувати крово- і лімфообіг ослаблених м'язів і зв'язок, збільшити загальну працездатність.

Частота масажу – 3 рази на тиждень, по 20 хвилин.

План масажу: в. п. : дитина лежить на животі з підкладеним під гомілку валиком.

Розпочинали з масажу спини: погладжування, розтирання подушечками пальців, гребенеподібне, пиляння, розминання і знову погладжування. Погладжування проводили кілька разів після закінчення кожного більш

динамічного прийому. Крім того, на початку і в кінці сеансу проводили загальне погладжування тіла.

Поперекова область. Після загального погладжування всієї спини проводили погладжування області попереку: від хребта в обидві сторони і донизу. Потім — ретельне розтирання, застосовуючи досить інтенсивні прийоми: (розтирання тильною поверхнею зігнутих пальців, підставою долонь, «пиляння»).

Сіднично-крижова область. Погладжування в круговому або Х-подібному напрямку. Інтенсивне розтирання, особливо крижової області. Розминання сідничних м'язів — виконували двома руками енергійно, але м'яко. Потім застосовували ударні прийоми: биття, рубання — вони добре зміцнюють м'язи.

Масаж задньої поверхні ніг. Спочатку проводили погладжування по всій довжині ноги, потім масажували окремо:

Стегно: погладжування виконували знизу вгору від підколінної сумки по задньо-зовнішньої поверхні. Розтирання — енергійне. Розминання — інтенсивне, по всій довжині м'язів.

Гомілка: по задній поверхні гомілки проводили диференційований масаж. Так як стан литкового м'яза різний: зовнішня її частина — надмірно напружена, а внутрішня — ослаблена і розтягнута, необхідно різний вплив на її частині. Після загального погладжування і розтирання виконували м'яке, повільне і глибоке розминання в поєднанні з вібрацією, потряхуванням або розтягуванням по зовнішній стороні, а по внутрішній — більш швидке і глибоке розминання і легкі ударні прийоми (постукування пальцями і рубання).

Ахіллове сухожилля. Для його масажу використовували прийоми щипцеподібного погладжування, розтирання і розминання. Особливу увагу приділяли місцем переходу сухожилля в м'яз.

Підошовна поверхня стопи. Положення стопи при масажі — легка супінація (підйом внутрішнього краю). Однією рукою підтримували стопу, а іншою — масажували. В даній області застосовували найбільш інтенсивні прийоми погладжування і розтирання — гребенеподібні. Крім розминання країв стопи, робили легке рубання та постукування по внутрішньому краю і розтягнення зовнішнього. Масаж іншої ноги проводився аналогічно.

Масаж передньої поверхні ніг. Погладжування по всій довжині ноги, але потім нога масажувалася в зворотній послідовності: тильна поверхня стопи. У цій області проводилася велика кількість погладжувальних, поперечне розтирання пальців, граблеподібне — міжкісткових проміжків, зрушування кісток плюсни відносно один одного. Гомілковостопний суглоб. При масажі цій області особливу увагу приділяли гомілкам, особливо внутрішній. Навколо неї крім кругового погладжування і розтирання робили тонізуючі точкові натискання.

Передня поверхня гомілки. Застосовували погладжування по передній поверхні гомілки, легке розтирання, м'яке розминання і вібрація по довжині м'язів долонею.

Колінний суглоб. Виконували колове погладжування, розтирання.

Передня поверхня стегна. Застосовували всі звичайні прийоми: погладжування знизу вгору, розтирання, гарне розминання м'язів стегна, поплескування та рубання.

Нормальні функції гомілковостопних і колінних суглобів залежать від стану оточуючих їх м'язів. За допомогою масажу і спеціальних вправ розтягнуті і ослаблені м'язи ми зміцнювали, а зайво напружені — розслабляли.

Дієтотерапія.

Раціон повинен бути спрямований на прискорення обмінних процесів. Ми змінили харчування так, щоб воно було раціональним та містило необхідну кількість білків, жирів, вуглеводів, вітамінів і мінеральних речовин.

Білки потрібні для побудови нових тканин. Особливо корисні молочні продукти, що сприяють відновленню хрящової тканини, обволікаючої суглобові

поверхні кісток. Молочний білок добре засвоюється організмом. Крім того, в молочних продуктах міститься багато кальцію, необхідного нам для зміцнення кісткової тканини. У раціон ми включили нежирне м'ясо і рибу (тваринний білок), гречану крупу, квасолю і сочевицю (рослинний білок). Білки будуть краще всмоктуватися в шлунково-кишковий тракт, якщо зазначені продукти варити, тушкувати або готувати на пару.

Щоб організм отримував енергію для нормального протікання обмінних процесів, ми рекомендували вживати вуглеводи. Однак замість простих цукрів (кондитерські вироби, здоба і т. д.), які сприяють накопиченню запасів жиру, зазначили, що необхідно включати в раціон продукти, багаті складними вуглеводами (круп, овочі, фрукти). Останні з-за повільного всмоктування не потрапляють у великій кількості в кров, як прості вуглеводи, і тому можуть довго служити джерелом енергії, не перетворюючись при цьому в жир.

До раціону також входила достатня кількість жирів, без яких гальмуються обмінні процеси. Тому ми використовували головним чином рослинні жири і вершкове масло. Для правильного обміну речовин включили необхідні мінерали і вітаміни. Вітаміни групи В. Вітамін В1 є в апельсинах, ізюмі, печеному картоплі, горосі, квасолі і цільнозерновому хлібі. А вітамін В2 є в молочних продуктах, бананах, яйцях. У бананах міститься вітамін В6. Ним, крім того, багаті картопля, горіхи, куряче м'ясо, тому ці продукти були включені до раціону.

Розвиток захворювань суглобів гальмують вітаміни С (цитрусові, шипшина, чорна смородина, солодкий перець), Е (рослинні олії, неочищені круп) і D (печінка тріски, яєчний жовток, вершкове масло, молоко), тому їх ми виключили з раціону.

Висновки

1. Вальгусна деформація нижніх кінцівок є серйозним захворюванням, яке за відсутності правильного лікування, призводить до тяжких наслідків.

2. Фізична реабілітація дітей з вальгусною деформацією нижніх кінцівок має бути своєчасною та комплексною, це допоможе швидше відкорегувати положення ніг та стоп.

3. У реабілітаційному процесі необхідно комплексне застосування засобів фізичної реабілітації: дієтотерапії, масажу та лікувальної фізичної культури, завдяки комплексності лікування можна досягти кращих результатів та зміцнити м'язи нижніх кінцівок, підвищити силову витривалість нижніх кінцівок і стоп, зняти больовий синдром.

Список використаної літератури

1. Врожденная плоско-вальгусная деформация стоп и методы ее коррекции у детей / С.И. Моисеев, Е.П. Кузнецихин, А.С.Козлов[и др.] // Вести травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова.– 2005.– №1. – с. 65–69.

2. Корж Ю.М. Звіряка О.М. Практикум з теорії і методики лікувальної фізичної культури. Навчальний посібник для студентів спеціальності «Фізична реабілітація», «Фізична культура». – Суми: СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2007. – 184с.

3. Мухін В. М. Фізична реабілітація : [підручник для студентів ВНЗ фізичного виховання і спорту] / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2005. – 471 с.

4. Фізична реабілітація при порушення постави, сколіозах та плоскостопості : методичні рекомендації / О. М. Мятига. – Харків, 1998. – 36 с.

Стаття надійшла до редакції 15.12.2016 р.

Нагорна Я.Ю.
студентка 4 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Корж З.О.
старший викладач кафедри
здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Корж Ю.М.
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ПРОГРАМА FITCURVES У ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

У статті розглянуто доцільність використання програми FitCurves у процесі фізичної реабілітації жінок з метаболічним синдромом.

Ключові слова: метаболічний синдром, фізична реабілітація, FitCurves.

Постановка проблеми. Згідно з даними ВООЗ в індустріально розвинених країнах серед населення вікової категорії понад 30 років поширеність метаболічного синдрому становить приблизно 10–20%. Комплекс метаболічних порушень серед чоловіків частіше зустрічається в середньому віці, а в жінок його частота зростає з початком менопаузального періоду [1].

Поширеність метаболічного синдрому (МС) серед населення залежить від приналежності до етнічної групи, віку та статі. Частота МС зростає з віком. У віковій групі 20–29 років МС констатовано майже у 7% осіб, тоді як у групі старше 60 років – у 40% [5].

Метаболічний синдром — це комплекс взаємопов'язаних порушень вуглеводного і жирового обміну, а також порушень регуляції артеріального тиску та функцій ендотелію, обумовлений зниженням чутливості тканин до інсуліну (інсулінорезистентність) [8].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Більшість дослідників вважають інсулінорезистентність основною ознакою МС [2,9,5,7]. Інша його ознака — абдомінальне ожиріння — розцінюється як передумова виникнення дисліпідемії, підвищення АТ, гіперглікемії та інсулінорезистентності [3].

Нова редакція критеріїв визначення МС була представлена у 2005 році Всесвітньою федерацією цукрового діабету (IDF) [9]. Принципово новою позицією було затвердження абдомінального ожиріння (окружність талії > 94 см для чоловіків і > 80 см для жінок) як основного критерію діагностики МС. Крім того, постановка діагнозу МС вимагає наявності двох або більше критеріїв з інших чотирьох: тригліцериди > 1,7 ммоль/л; холестерин ліпопротеїдів високої щільності < 1,0 для чоловіків і < 1,3 ммоль/л для жінок або гіполіпідемічна терапія; артеріальна гіпертензія > 130/85 мм рт.ст. (або антигіпертензивна терапія), гіперглікемія натще > 5,6 ммоль/л (чи порушення толерантності до глюкози, чи цукровий діабет II типу) [8].

Ожиріння входить до складу метаболічного синдрому – симптомокомплексу поєднаних між собою патологічних станів (інсулінорезистентності, порушення вуглеводного і ліпідного обміну, артеріальної гіпертензії). Синдром не вважається окремим діагнозом або нозологічною формою, однак має важливе значення для прогнозу та терапії основного захворювання. R. De Fronzo порівняв цей стан з

айсбергом: на його поверхні лежать клінічні прояви – цукровий діабет (ЦД), ішемічна хвороба серця (ІХС), артеріальна гіпертензія (АГ), ожиріння, які зазвичай і потрапляють у поле зору лікарів, а в основі – комплекс метаболічних розладів, зумовлених інсулінорезистентністю – станом, що передуює розвитку хвороби [4].

На сьогоднішній день приділяють значну увагу різноманітним оздоровчим технологіям окремо при ожирінні, артеріальній гіпертензії, цукровому діабеті, ішемічній хворобі серця, а при МС в цілому, потрібні принципово нові підходи до форм та засобів фізичної реабілітації, що включають спеціальні вправи для нормалізації м'язового та судинного тону, зменшення ваги тіла, покращання трофіки тканин, та зниження гіперглікемії. Реабілітація при даній патології розглядається як засіб комплексного відновлення фізичного здоров'я пацієнтів.

За рекомендаціями ВООЗ (2009 р.) особи у віці 18–64 років повинні приділяти фізичній активності не менше 150 хв. на тиждень занять аеробікою середньої інтенсивності, або не менш ніж 75 хв. на тиждень занять аеробікою високої інтенсивності, або аналогічного поєднання фізичної активності середньої і високої інтенсивності [6].

Останнім часом велику увагу почали приділяти оздоровчим фітнес программам, однією з яких є програма FiCurves – програма управління вагою.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати застосування програми FitCurves у процесі реабілітації жінок з метаболічним синдромом.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація жінок з метаболічним синдромом.

Предмет дослідження – особливості методики FitCurves для жінок з метаболічним синдромом.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної та спеціальної літератури з метою обґрунтування програми FitCurves для жінок з метаболічним синдромом.

Результати дослідження та їх обговорення. Метаболічні порушення починають формуватися у підлітковому та юнацькому віці задовго до клінічної маніфестації ЦД 2 типу, артеріальної гіпертензії (АГ), а також атеросклеротичних уражень судин (ІХС). Не всі компоненти МС зустрічаються одночасно, тому яким фенотипом проявиться МС залежить від взаємодії генетичної спадковості та факторів зовнішнього середовища. У пацієнтів з метаболічним синдромом в 59 разів частіше розвивається цукровий діабет. Враховуючи високий ризик ускладнень, що розвиваються на тлі метаболічного синдрому, цей симптомокомплекс потребує фізичної реабілітації на ранніх стадіях його виявлення.

Фізична реабілітація МС передбачає комплексне використання програми FitCurves, а також занять з лікувальної ходьби.

Дана програма спрямована на розв'язання таких головних завдань як зниження ваги тіла, адаптація серцево-судинної системи і всього організму до поступового збільшення фізичного навантаження, відновлення та підвищення фізичної працездатності, покращення психоемоційного стану та формування впевненості у своїх силах.

Програма FitCurves складається тренування на гідравлічних тренажерах у колі, яке проводиться під музичний супровід. Це унікальна система тренування, яка включає п'ять компонентів фітнесу (розминку, тренування серцево-судинної системи, силові тренування, заминку та розтягування м'язів), що є абсолютно безпечною для жіночого організму. Заняття з циклічного тренування тривалістю 30 хв. замінює класичне 1,5-годинне тренування в будь-якому спортивному клубі. Ефективність програми доведена п'ятьма мільйонами жінок, які є постійними членами клубу мережі більше, ніж у 90 країнах світу [10].

Перед початком тренувань жінка заповнює спеціальний бланк «історію здоров'я», і в залежності від стану здоров'я, фізичної підготовленості та віку, тренер виставляє рівень навантаження за частотою пульсу. Заняття проводиться на 12 гідравлічних тренажерах, які не потребують спеціального налаштування і завдяки яким можна цілеспрямовано впливати на м'язи, проблемні ділянки тулуба та кінцівок.

З них виділяємо 7 біпозитивних та 5 монопозитивних тренажерів. Біпозитивні тренажери – це тренажери, які дозволяють одночасно розвивати силову витривалість м'язів антагоністів за рахунок того, що жінка відчуває опір гідравлічного тренажера під час згинання і розгинання, приведення і відведення кінцівок. Монопозитивні тренажери – це тренажери, на яких розвивають силову витривалість у м'язах синергістах, що мають одну рухову функцію.

Унікальність тренування на тренажерах даного типу полягає в тому, що вони засновані на гідравлічній протидії, яке дозволяє забезпечити ефективне виконання вправ для жінок різного віку та рівня фізичної підготовки. Крім того, даний вид вправ з подоланням опору одночасно забезпечує силове та кардіальне тренування, гармонійно впливаючи на суглоби і сполучні тканини, не перевантажуючи м'язово-зв'язочний апарат. Виконання фізичних вправ на тренажерах безпечне та ефективне в умовах виконання силових вправ у середньому та швидкому темпі з подоланням оптимального гідравлічного опору, що забезпечує оптимальну інтенсивність навантаження, як для літніх так і молодих жінок.

Рівень навантаження в ході тренувань поступово підвищується в залежності від реакції організму. Під час проведення заняття тренер знаходиться у центрі кола, проводить показ вправи, яку жінки повторюють на степ пері, та корегує їх роботу на тренажері. Жінки виконують вправи і переходять з тренажера на степпер за командою. На кожній станції (тренажері або степпері) жінка виконує вправи протягом 30 с. Через кожні 8 хв. по голосовій команді вимірюють ЧСС, таким чином тренер контролює фізичне навантаження кожної жінки. Після даного циклу вправ пацієнти переходять до статичного розтягування м'язів, використовуючи постер (пристосування для фіксації тулуба). Даний вид вправ триває 5 хв.

У зв'язку з тим, що основною ознакою МС є абдомінальне ожиріння та надмірна вага, спеціальними засобами при даній патології є гімнастичні вправи на черевний прес, м'язи стегна та сідниць, дихальні вправи, циклічні вправи на розвиток витривалості (лікувальна ходьба, біг, їзда на велосипеді, тощо), а також гідрокінезіотерапія.

Особливістю тренажерів програми FiCurves є те, що можна виконувати вправи на всі групи м'язів, а саме на черевний прес, м'язи стегна та сідниць. Використовуються тренажери: «Облік, нахили, глут, прес – спина , присідання та ін.»



Рис.1. Тренажер «Прес – Спина» **Рис.2.** Тренажер «Присідання»

Тренажер «Прес – Спина» спрямований на виконання вправ для м'язів черевного пресу та спини, що покращує їх силову витривалість і зменшує жирові відкладання на даних ділянках (рис 1.). Тренажер «Присідання» спрямований на виконання вправ на м'язи сідниць та стегон, що зменшує жирові відкладення на даних ділянках (рис 2.)

Одним із критеріїв МС є підвищений артеріальний тиск. Для вирішення цієї проблеми, а саме нормалізації артеріального тиску, необхідно активно задіяти в роботу м'язи нижніх кінцівок. Для цього виконуються вправи на гідравлічних тренажерах для згинання-розгинання та відведення-приведення нижніх кінцівок.

Обов'язковою умовою ефективності занять є ретельне дотриманням техніки виконання кожної вправи, а також додержання правильного ритму дихання. Це буде сприяти покращенню газообміну, крово- та лімфотоку, стимулювати роботу венозних клапанів, що включає у дію механізм «м'язового насосу». Цей механізм вперше був описаний академіком Арінчіним у 1957 році. Його сутність полягає в тому, що при скороченні м'язів нижніх кінцівок, вони допомагають прокачувати кров по венах, стимулюючи роботу клапанів. Це забезпечує прискорення венозного кровотоку від нижніх кінцівок до серця, що полегшує роботу правого предсердя.



Рис.3. Тренажер «Жим ногами»



Рис.4. Тренажер «Розгинання-згинання»

Тренажер «Жим ногами» спрямований на виконання вправ для м'язів нижніх кінцівок, що покращує їх силову витривалість та нормалізує роботу клапанів вен нижньої кінцівки (рис 3).

Тренажер «Розгинання-згинання» спрямований на виконання вправ для м'язів нижніх кінцівок, що покращує їх силову витривалість та рухливість суглобів.

Під час виконання циклічних аеробних вправ (ходьба, біг) м'язовий «насос» також функціонує, але з меншою ефективністю, тому що в цьому випадку сила м'язових скорочень відбувається з меншим напруженням, ніж при виконанні силових вправ на тренажерах з подоланням гідравлічного опору. Рівень підвищення тиску у данному випадку регулюється розширенням просвіту кровеносних судин працюючих м'язів. Тому під час виконання циклічної роботи відбувається помірне підвищення тиску крові, а після її закінчення в результаті виключення м'язового «насоса» і залишкової вазодилатації (розширення судин) тиск автоматично знижується. Це і є підставою рекомендувати аеробні вправи для профілактики і лікування початкових стадій гіпертонічної хвороби.

Однією з основних видів циклічних аеробних вправ є ходьба. Ходьба – це автоматична навичка, яка відбувається з невеликою затратою енергії, але за участі великої кількості м'язів. Тому в комплексну програму фізичної реабілітації жінок з МС рекомендуються заняття лікувальною дозованою ходьбою. Метою занять з лікувальної ходьби – покращення трофіки основних м'язових груп тулуба і кінцівок, стимуляція метаболічних процесів, підвищення енерговитрат організму, активізація функцій кардіо-респіраторної системи, розвиток загальної витривалості, поліпшення психоемоційного стану. Тривалість заняття 30 хв. або 10000 кроків кожного дня.

Таким чином, заняття з лікувальної дозованої ходьби є ефективним доповненням до занять на тренажерах та вправ на розтягнення м'язів.

Перспективи подальших досліджень. Аналіз літературних джерел вказує на те, що програма FitCurves та лікувальна ходьба покращують функціональний стан серцево-судинної системи, знижують масу тіла, підвищують працездатність, покращують самопочуття. Все вище сказане є підґрунтям для застосування програми FitCurves та лікувальної ходьби для жінок з метаболічним синдромом на базі жіночого фітнес клубу №1 м. Суми.

Література

1. Власенко М.В. Цукровий діабет і ожиріння – епідемія XXI століття : сучасний підхід до проблеми / М.В. Власенко, І.В. Семенюк, Г.Г. Слободянюк // Український терапевтичний журнал. – 2011. – № 2. – С. 50–55.
2. Кобиляк Н.М. Лабораторна діагностика окремих компонентів метаболічного синдрому / Н.М. Кобиляк, Д.В. Кирієнко // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2015. – № 1 (65). – С. 73–84.
3. Коваль С. Н. Гормон жировой ткани адипонектин и его роль в патогенезе метаболического синдрома и сердечно-сосудистых заболеваний. Гипоадипонектинемия как терапевтическая мишень (обзор литературы) / С. Н. Коваль, И. А. Снегурская // Журнал НАМН України. – 2011. – Т. 17, № 2(17). – С. 174–185.
4. Ларін О.С. Аналіз діяльності ендокринологічної служби України у 2010 році та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною патологією / О.С. Ларін, В.І. Паньків, М.І. Селіваненко, О.О. Грачова // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2011. – № 3 (35). – С. 10–19.
5. Метаболічний синдром – небезпечний чинник у розвитку серцевих хвороб [Електронний ресурс] // Здоров'я і довголіття. – 2011. – № 35. – Режим доступу : <http://www.zid.com.ua/2011/09/metabolichnyj-syndromnebezpechnyj-chynnyk-u-rozvytku-sertsevyh-hvorob>.
6. Мороз О.О. Корекція маси та складу тіла жінок 21–35 років засобами оздоровчого фітнесу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. фіз. та спорт. наук : спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / О.О. Мороз. – К., 2011. – 4 с.
7. Паньків В.І. Продукти функціонального призначення в комплексному лікуванні пацієнтів із метаболічним синдромом / В.І. Паньків, С.М. Юрчак // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2013. – № 3 (51). – С. 24–26.
8. Рутовський Я.А. Метаболічний синдром, цукровий діабет. Епідеміологія і наслідки для здоров'я / Я.А. Рутовський, М.О. Качмарська // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2–3. – С. 163–167.
9. Тагієва Ф.А. Современное представление о метаболическом синдроме / Ф.А. Тагієва // Вісник проблем біології і медицини. – 2016. – Вип. 1, Том 1 (126) – С. 53.
10. Файмен Г. Фитнес и программа управления весом : [учебное пособие] / Г. Файмен, Н. Родман. – К. : «Медиа свит», 2008. – 144 с.

Стаття надійшла до редакції 07.12.2016 р.

Пінк В. Є.

студентка 5 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

Звіряка О.М.

Кандидат наук фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ-ЛУЧНИКІВ ІЗ СКОЛІОЗОМ І-ІІ СТУПЕНЯ У ТРЕНУВАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

У статті обґрунтовано засоби фізичної реабілітації, які застосовуються для корекції постави спортсменів-лучників із сколіозом І-ІІ ступеня у тренувальному періоді. Виявлено особливості тренувального процесу та негативний вплив статичних положень на формування правильної постави.

Ключові слова: спортсмени-лучники, сколіоз, статичне напруження, коригуючі вправи, спортивно-прикладні вправи, масаж.

Постановка проблеми. Проблема ортопедичної захворюваності серед молоді актуальна у всьому світі, тому напрямок реабілітації в дитячій травматології і ортопедії визнано Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) одним з основних напрямів наукових досліджень. Сколіоз - найчастіше ортопедичне захворювання і, як правило, має не суттєвий прогресуючий перебіг залишаючись в процесі деформації хребта у межах I-II ступеня. На даний час чисельність дітей з порушеннями постави досягла критичного значення і становить 80%-90% [2, 5, 6]. Як свідчать, результати спеціальних досліджень, різні види порушень постави та сколіозу, призводять до зміни взаємного розташування внутрішніх органів. Це супроводжується порушенням їх нормальної діяльності (особливо легень і серця), що несприятливо впливає на функціонування організму дитини і сприяє розвитку різних захворювань [2].

Стрільба з лука характеризується рядом особливостей, що пред'являють підвищені вимоги до організму лучника в зв'язку зі специфікою його спортивної діяльності. Положення стрілка істотно відрізняється від звичайної пози стояння людини. Для стрільця з лука необхідно створити таке робоче положення, при якому забезпечувалася найбільша стійкість системи «стрілець-зброя». Для цього потрібні значні м'язові зусилля, які необхідно проявляти протягом декількох годин. При цьому спортсмен схильний до викривлень хребта у фронтальній площині, асиметрії плечей, лопаток та кісток таза [1, 3].

Навіть після одноразового тренувального навантаження залишкове викривлення хребта внаслідок асиметричного статичного напруження м'язів тулуба утримується близько 1,5-2 години після стрілянини. В результаті тривалих і одноманітних занять без застосування найпростіших коригуючих вправ відбувається фіксація неправильного положення хребта. Особливо це відноситься до юних стрільців у яких м'язовий апарат недостатньо розвинений [3].

Мета дослідження: вивчити стан проблеми опорно-рухового апарату та теоретично обґрунтувати комплексну програму профілактики та реабілітації сколіозу I-II ступеня у спортсменів-лучників шкільного віку.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами були проведені дослідження дії одноманітного асиметричного фізичного навантаження на хребет і зв'язкового-м'язовий апарат спортсменів-лучників. Всі лучники у яких був виявлений сколіоз, почали займатися цим видом спорту в період інтенсивного росту організму, тобто у віці 10-12 років. Цікавий і той факт, що викривлення хребта у переважній більшості спортсменів - правосторонній. Це можна пов'язати з особливостями одностороннього асиметричного фізичного навантаження на хребет під час тренувань.

За результатами досліджень методика тренування юних спортсменів будувалася без урахування анатомо-фізіологічних особливостей молодого організму, проводилася рання спеціалізація в стрільбі із значними одноманітними асиметричними фізичним навантаженням, що сприяло розвитку сколіозу.

Попереднє дослідження не дозволяє зробити кінцевих висновків, так як ми не мали можливості обстежити всіх спортсменів до початку секційних занять. Але на підставі наявних даних ми можемо констатувати, що чинники асиметричного навантаження в період найбільш інтенсивного росту організму можуть бути причиною або умовою розвитку неправильної постави і навіть сколіозу. Тому дуже важливо, щоб уникнути патологічних змін хребта необхідно диференціювати фізичне навантаження. Особливо небезпечно використовувати велику кількість одноманітних фізичних вправ під час тренуваннях. Виходячи з цього вважаємо за доцільне рекомендувати тренерам, які працюють з юними спортсменами, збільшити комплекс симетричних фізичних вправ у тренувальному процесі або проводити після тренування комплекс вправ коригуючого характеру [10].

Тренери і спортсмени повинні враховувати можливі негативні наслідки при заняттях стрільбою з лука і намагатися їм запобігти, включаючи в план підготовки необхідні заходи спрямовані на оздоровлення організму і профілактику травм і

захворювань. Для запобігання негативних наслідків необхідно використовувати сукупність профілактичних заходів, які можна поділити на чотири групи:

- комплекс коригуючих вправ, які включають в навчально-тренувальне заняття;
- комплекс вправ, які виконують після тренування;
- самостійні заняття;
- спортивно-прикладні заняття: плавання, їзда на велосипеді, нордична ходьба.

Раціональне використання цих заходів дозволяє також вирішувати завдання пов'язані з відновленням оптимального рівня діяльності функціональних систем організму лучника, а саме: забезпечити високу ефективність спортивної працездатності; попередити стан перетренованості; зберігати тривалий час належну спортивну форму [7, 10].

Навантаження в процесі тренувального заняття залежить від підбору вправ, характеру їх виконання і кількості. Велике значення має інтенсивність м'язових напружень, яку можна підвищити шляхом більшої тривалості вправи, зміни швидкості його виконання і збільшення маси обтяження.

Величину навантаження можна також регулювати за допомогою зміни інтервалу відпочинку між вправами: чим інтервал менше, тим навантаження більше.

Загально-розвиваючі вправи розділяють в залежності від переважного їхнього впливу на різні частини тіла і м'язові групи:

- вправи для м'язів рук і плечового поясу;
- вправи для м'язів тулуба і шиї;
- вправи для м'язів ніг;
- вправи для м'язів всього тіла (вправи загального характеру).

Слід зазначити, що розвиток сили найбільш ефективно лише в тому випадку, якщо в процесі тренування використовуються вправи з обтяженням і вправи, що виконуються в повільному темпі зі значним напруженням м'язів. Досить ефективні також вправи з використанням різних тренажерних пристроїв [8].

Переважає більшість науковців-практиків рекомендують застосовувати масаж два рази на рік у складі комплексної терапії з метою: усунення або зменшення деформації хребетного стовпа; зміцнення м'язів спини і черевного пресу; поліпшення харчування і кровопостачання оточують хребет тканин; запобігання прогресування захворювання. Різні масажні прийоми необхідно диференціювати: м'язи опуклої сторони сколіотичного викривлення розтягнуті і ослаблені, тому їх необхідно тонізувати; м'язи увігнутої сторони мають підвищений тонус, тому їх слід розслабляти [9]. Сеанс масажу починають з поперемінного погладжування і позадонного вичавлювання м'язів спини. При цьому лучник лежить на животі, голова повернута в ліву сторону для збереження симетрії тіла. Потім проводиться розслаблення верхньої частини трапецієподібного м'яза (вона сприяє асиметрії надпліччя) розминкою, поперемінним погладжуванням, розтиранням і вібрацією долонею. Після цього масаж продовжують на стороні опуклості, локально змінюючи прийоми вижимання, розтирання, розминання і поколачування. Наступний етап - натискання і згладжування опуклої частини реберних дуг. Потім здійснюється масування увігнутої сторони хребта. Після опрацювання м'язів спини, спортсмен перевертається на живіт для масування м'язів черевного пресу.

Висновки. Проаналізувавши літературні джерела з'ясували стан проблеми опорно-рухового апарату, а саме дії одноманітного асиметричного фізичного навантаження на хребет і зв'язково-м'язову систему спортсменів-лучників. Виявили найбільш ефективні засоби фізичної реабілітації дефектів постави у спортсменів шкільного віку серед яких необхідно виділити лікувальну фізичну культуру (коригуючі вправи, спортивно-прикладні) та масаж. У подальшому рекомендуємо застосовувати у тренувальному процесі спортсменів-лучників використовувати фізичні вправи диференційованого релаксуючого характеру.

Перспективи подальших досліджень полягають в розробці комплексної програми фізичної реабілітації для спортсменів шкільного віку із сколіозом I-II ступеня, а також її практичного впровадження у тренувальний процес з подальшою перевіркою ефективності.

Список використаної літератури

1. Немогаев В. В. Стрелковый спорт и методика преподавания / В. В. Немогаев, Ю. Н. Шилин. – М.: ФиС, 1999. – 205 с.
2. Тарасова Л. В. Особенности развития организма юных стрелков в подростковом периоде / Л. В. Тарасова. – М.: ВНИИФК, 2002. – 108 с.
3. Тарасова Л. В. Исследование физической подготовленности стрелков из лука / Л. В. Тарасова, В. Н. Ешеев, Г. Н. Шадрина. – М.: 2004. – 30 с.
4. Епифанов Е. А. Лечебный массаж : [учеб. пособие] / Е. А. Епифанов. – М. : ММСИ, 2007. – 116 с.
5. Красикова И. С. Сколиоз. Профилактика и лечение / И. С. Красикова. – СПб.: Корона. Век, 2011. – 192 с.
6. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2005. – 472 с.
7. Войчишин Л. Корекція і профілактика порушень постави у підлітків засобами фізичної реабілітації / Л. Войчишин // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2009. – Вип. 13, т. 3. – с. 35 – 39.
8. Грейда Н. Б. Корекція постави підлітків засобами фізичної реабілітації / Н. Б. Грейда, О. С. Грицай, В. У. Кренделева // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2011. – № 4. – с. 119 – 123.
9. Пешкова О. В. Комплексна фізична реабілітація при сколіотичній поставі / О.В. Пешкова, О. М. Авраменко // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2009. – № 2. – с. 84 – 88.
10. Бунина Е. В. Спорт и заболевание сколиоз / Е. В. Бунина // Научное сообщество студентов XXI столетия. – О.: 2013. – с. 445 – 450.

Стаття надійшла до редакції 25.12.2016 р.

Руденко А.М.

викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ФІТБОЛ-ГІМНАСТИКА ЯК ТЕХНОЛОГІЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА СТИМУЛЮВАННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

У статті проаналізовано здоров'язберігаючі технології у формі фітбол-гімнастики. Розглянуто її оздоровчий вплив та особливості використання фітболів у процесі оздоровчих занять з дітьми старшого дошкільного віку.

Ключові слова: *фітбол-гімнастика, здоров'язберігаючі технології, старший дошкільний вік.*

Постановка проблеми. На сучасному етапі в Україні спостерігається стрімке зниження рівня здоров'я дітей старшого дошкільного віку, пов'язаного з мінімізацією рухової активності, а також збільшенням розумового навантаження, пов'язаного з підготовкою до школи. ВООЗ зазначає, що «Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад». Традиційні оздоровчі заняття, які проводяться в дошкільних закладах потребують суттєвих змін. Тому, пошук сучасних здоров'язберігаючих технологій спрямованих на збереження, підтримку та зміцнення здоров'я і реалізацію даних технологій в умовах дошкільних навчальних закладів формують у дітей та їх батьків, стійку мотивацію на здоровий спосіб життя, а також прагнення до фізичного вдосконалення [1; 2; 3].

Однією з ефективних сучасних здоров'язберігаючих технологій у фізичній реабілітації є фітбол-гімнастика, яка спрямована на зміцнення, збереження,

профілактику різних захворювань та стимулювання здоров'я дітей старшого дошкільного віку. Фітбол є інноваційним видом оздоровчої діяльності, який набув широкої популярності як серед дорослого населення, так і дітей. До складу якої входять, як танцювальні (фітбол-аеробіка), так і силові напрямки (фітбол-гімнастика), під час яких тренуються майже всі м'язові групи [6; 8]. На перший погляд, досить прості фізичні вправи, коли діти і дорослі стрибають на великих м'ячах, але насправді ці заняття потребують значної спритності та сили, щоб утриматися на м'ячі і зберегти рівновагу та правильну поставу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз літературних джерел показав, що більшість фахівців займаються дослідженням та пошуком новітніх ефективних засобів фізичної реабілітації та фізичного виховання дітей, які розглядаються в роботах О. Д. Дубогай (2005), Л. В. Волкова (2008), Т. Ю. Круцевич (2011), Т. Є. Яворської (2013) та інших вітчизняних і зарубіжних вчених.

Сучасні дослідження Л. Н. Волошиної (2005), С. Б. Шарманова (2008), В. Г. Макаренка (2010), Т. Ф. Орєхової (2016) здоров'язберігаючих технологій позначені в концепціях, що визначають сутнісну основу здоров'я і здорового способу життя. Вправи на м'ячах володіють оздоровчим ефектом, який підтверджений досвідом роботи спеціалізованих, корекційних та реабілітаційних медичних центрів Європи.

Механічна вібрація м'яча, за даними Т. С. Овчинникова, А. А. Потапчук (2003), Г. В. Каштанова, Е. Г. Мамаєва, О. В. Сливина, Т. А. Чуманова (2006) створює вібраційний ефект [4]. Автори підкреслюють, що фітбол-гімнастика специфічно впливає майже на всі органи і системи людини. Безперервна вібрація діє на нервову систему заспокійливо, а коливання м'яча впливають на хребет, міжхребцеві диски, суглоби та оточуючі їх тканини. Доведено, що в процесі занять імпульси надходять до головного мозку, і як результат прискорюється вироблення нових умовно-рефлекторних зв'язків, особливо необхідних для психічного і інтелектуального розвитку дитини [10].

Наукові дослідження О. Сайкіної та Ж. Фірільової (2007) доводять, що застосування вправ на фітболах не шкодять суглобам. Заняття на фітболах зміцнюють м'язи нижніх кінцівок, суглобово-зв'язковий апарат, збільшують рухливість та амплітуду рухів у них, покращують та нормалізують їх тонус та трофіку. Сприяють виділенню синовіальної рідини, що необхідна для нормального функціонування суглобів. Фітбол-гімнастику застосовують при різних захворюваннях та патологіях опорно-рухового апарату, а саме дисплазії кульшових суглобів, вальгусній або варусній деформації нижніх кінцівок, плоскостопості, клишоногості, вивихах або підвивихах стегна та укороченні кінцівки.

Мета дослідження: проаналізувати та обґрунтувати особливості застосування фітбол-гімнастики у процесі оздоровчих занять з дітьми старшого дошкільного віку.

Виклад основного матеріалу. Фітбол-гімнастика є інноваційним, оздоровчим засобом фізичної реабілітації спрямованим на вирішення багатьох завдань. В її основі лежить використання фітбола (fitboll), що в перекладі з англійської означає "м'яч" (fit – оздоровлення, boll – м'яч). Вправи на яких тренують вестибулярний апарат, розвивають координацію рухів та функцію рівноваги, стимулюють обмін речовин та активізують моторно-вісцеральні рефлекси дитячого організму. Вібрація, яка виникає при виконанні вправ та амортизаційна функція м'яча покращують кровообіг і мікродинаміку в міжхребцевих дисках та внутрішніх органах, сприяють розвантаженню хребта, мобілізації різних його відділів, корекції лордозів і кіфозів [6; 8]. Заняття на фітболах за своєю фізіологічною дією сприяють усуненню деформацій хребта, нижніх кінцівок, сколіозу, врівноваженню процесів збудження і гальмування та покращенню психоемоційного стану дітей. Їх слід проводити в спеціалізованих, корекційних та реабілітаційних центрах.

У програмі Т. С. Овчинникової та А. А. Потапчук «Руховий ігротренінг для дошкільнят», особлива увага приділяється сенсорним особливостям фітболів [5]. Завдяки своїй кулястій формі, м'яч при дотику з долонею створює відчуття, що в

свою чергу посиляють оптимальну інформацію всім аналізаторам. Тому, спільна робота рухового, зорового, вестибулярного і тактильного аналізаторів, які задіюються при виконанні вправ на м'ячі впливають на розвиток фізичних якостей, а також пізнавальних здібностей дітей дошкільного віку.

Починаючи з дошкільного віку, слід розвивати і тренувати вестибулярні функції (велике значення має нормальне функціонування мозочка, який є руховим мозком дитини). Заняття з дошкільниками на фітболах зміцнюють м'язи спини і черевного пресу, м'язовий корсет, сприяють правильному диханню, формують моторні функції, але головне формують навик правильної постави та дозволяють ефективніше освоїти різноманітні рухові вміння і комплексно розвивати фізичні якості дітей [6]. М'ячі різного кольору та розміру впливають на психічний стан і фізіологічні функції дитини.

Відомо, що червоні та помаранчеві кольори підвищують активність, підсилюють збудження центральної нервової системи; синій та фіолетовий діють заспокійливо; жовтий і зелений сприяють прояву витривалості. За допомогою кольорів можна впливати на психоемоційний стан дитини.

Під час занять використовують фітболи різного діаметру, в залежності від віку і зросту дитини. Діаметр м'яча для дітей віком 3–5 років – 45 см, для дітей від 5 до 6 років – 50 см, від 6 до 7 років – 55 см. Якщо м'яч підібраний правильно, то при посадці на нього кут між стегном і гомілкою дорівнюватиме або буде трохи більше 90°. При неправильно підбраному фітболі утворюється гострий кут у колінних суглобах, що створює додаткове навантаження на суглобово-зв'язковий апарат і погіршує відтік венозної крові, особливо якщо вправа виконується у вихідному положенні сидючи на м'ячі [9]. М'яч для занять з дітьми дошкільного віку повинен бути не сильно пружним. Якщо за зростом дитина відповідає зазначеному діапазону, але у неї довгі нижні кінцівки або надмірна вага тіла, то можна виконувати вправи з м'ячем більшого розміру, який за необхідності легко підігнати під конкретну людину незначним здуванням.

При побудові занять на фітболах важливо враховувати особливості їх організації та проведення з дітьми старшого дошкільного віку. Отже, м'яч може використовуватися на фізкультурних, секційних заняттях (2 рази на тиждень по 25–30 хв. у другій половині дня), заняттях з лікувальної фізичної культури в комплексах вправ фітбол-гімнастики як предмет, снаряд або опора. Дошкільники можуть не тільки виконувати запропонований інструктором чи вчителем-реабілітологом комплекс фізичних вправ на м'ячі, але і використовувати його в якості сидіння, іграшки, обтяження тощо. Вправи на фітболах виконуються з різних вихідних положень, а саме сидючи на м'ячі, лежачи на підлозі, лежачи спиною на м'ячі або на животі з упором рук або ніг в підлогу, стоячи поруч, а також вправи в русі та різні види кидків [7].

Фітбол-гімнастика, як і будь-який комплекс вправ повинна складатися з підготовчої, основної та заключної частини. Її можна використовувати не лише на оздоровчо-фізкультурних заняттях, але і у повсякденному житті дитини.

Вправи на фітболах в залежності від поставлених завдань та специфіки проблеми мають різну спрямованість:

- для зміцнення м'язів нижніх кінцівок і склепіння стопи;
- вправи для зміцнення м'язів рук і плечового поясу;
- для зміцнення м'язів спини і тазу;
- для зміцнення м'язів черевного пресу;
- для збільшення гнучкості та рухливості в суглобах;
- для розвитку функції рівноваги і вестибулярного апарату;
- для формування правильної постави;
- для розвитку спритності та координації рухів;
- для розвитку координації і гнучкості;
- для розслаблення та релаксації м'язів, як засобів профілактики різних захворювань опорно-рухового апарату.

Для підвищення ефективності фітбол-гімнастики використовують музичний супровід, який підбирається в залежності від очікуваних результатів: для розвитку м'язової сили, гнучкості, витривалості, швидкості рухів, координаційних здібностей. Музичний супровід позитивно впливає на емоційно-вольову сферу дитини, формування її різноманітних психічних функцій, покращує настрій, а головне розвиває почуття ритму, що необхідне для чіткого виконання вправ. Під час яких, створюються умови для анатомічного впливу на певні групи м'язів, суглобово-зв'язковий апарат, внутрішні органи і органи чуття. Це в свою чергу, підвищує інтерес дітей до виконання фізичних вправ та покращує якість їх виконання. Необхідно слідкувати за правильним диханням дитини, а також не виконувати вправи, які спричиняють больові відчуття чи дискомфорт.

Систематичні заняття фітбол-гімнастикою тренують у дитини адаптаційно-приспосувальні механізми, підвищують опірність організму до несприятливих чинників, врівноважують процеси збудження та гальмування центральної нервової системи.

Фітбол-гімнастика з дітьми старшого дошкільного віку призводить до того, що, вони значно швидше оволодівають різними руховими навичками та фізичними якостями, успішно справляються із завданнями з більш складними в координаційному відношенні. Набувають вміння ефективно витратити свої енергетичні ресурси в процесі рухової активності, відчують почуття радості і задоволення від освоєння нових різноманітних рухів.

Висновки. На сьогодні фітбол-гімнастика є сучасною інноваційною здоров'язберігаючою технологією спрямованою на збереження і стимулювання здоров'я дітей старшого дошкільного віку та їхнього гармонійного фізіологічного розвитку.

Використання фітбол-гімнастики з дошкільниками сприяє зміцненню м'язів спини і черевного пресу, верхніх та нижніх кінцівок, створенню м'язового корсету, усуненню деформацій нижніх кінцівок, покращенню діяльності серцево-судинної, дихальної системи, моторних функцій, формуванню навичку правильної постави та розвитку координаційних здібностей дитини. Заняття на фітболах покращують психоемоційний стан дитини, розвивають та вдосконалюють фізичні якості і формують стійкі мотивації до оздоровчо-фізкультурних занять та здорового способу життя.

Література:

1. Дяченко Ю. Л. Сучасні погляди щодо оздоровчо-реабілітаційної роботи із часто хворіючими дітьми 6 – 7 років в умовах навчальних закладів / Ю. Л. Дяченко // Молода спортивна наука України : зб. наук. праць – Л. : ЛДУФК, 2016. – Т. 3, 4. Вип. 20 – С. 25 – 30.
2. Ильина Г. В. Здоровьесберегающие технологии в современном образовательном процессе / Г. В. Ильина // Формирование ценностно-мотивационного отношения студентов к реализации здоровьесберегающих технологий в физической деятельности дошкольников : монография / Г. В. Ильина и др. – Красноярск : ЦНИ «Монография», 2014. – С. 88–108.
3. Круцевич Т. Організація фізкультурно-оздоровчої роботи з дітьми 3 – 6 років у дошкільних закладах за кордоном / Т. Круцевич, Н. Пангелова // Спортивний вісник Придніпров'я / – 2011. – № 2. – С. 156–163.
4. Лечебная физкультура и массаж. Методики оздоровления детей дошкольного и младшего школьного возраста / Г. В. Каштанова, Е. Г. Мамаева, О. В. Сливина, Т. А. Чуманова. – М. : АРКТИ, 2006. – 104 с.
5. Овчинникова Т. С. Двигательный игротренинг для дошкольников / Т. С. Овчинникова, А. А. Потапчук – СПб. : РЕЧЬ, 2009. – 179 с.
6. Сайкина Е. Г. Фитбол-аэробика для детей «Танцы на мячах» / Е. Г. Сайкина, С. В. Кузьмина Учебно-методическое пособие – СПб : Изд-во РГПУ им. Герцена, 2008. – 143 с.
7. Сивцова А. Использование здоровьесберегающих педагогических технологий в дошкольном образовательном учреждении / А. Сивцова // Методист. – 2007. – № 2. – С. 65–67.

8. Старченко А. Ю. Оптимізація фізкультурної освіти старших дошкільнят на основі застосування засобів дитячого фітнесу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. вих. і спорту : спец. : 24.00.02 "Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення" / А. Ю. Старченко. – Дніпропетровськ, 2015. – 21 с.

9. Старченко А. Ю. Профілактика травматизму з дітьми старшого дошкільного віку під час застосування інноваційних технологій на фізкультурних заняттях / А. Ю. Старченко, Ю.Л. Дяченко // Молодий вчений : науковий журнал – Херсон. – ТОВ «Видавничий дім «Гельветика», 2016. – № 11.1 (38.1). – С. 96 – 100.

10. Теорія і методика фізичного виховання / Методи фізичного виховання різних груп населення підручник / під заг. ред. Т.Ю. Круцевич. – К. : Олімпійська література, 2015. Т. 2. – 392 с.

Стаття надійшла до редакції 18.12.2016 р.

Соколова Т.Є.

викладач кафедри спортивних та рухливих ігор
Харківська державна академія фізичної культури

ГРА В НАСТІЛЬНИЙ ТЕНІС, ЯК ОДИН ІЗ ДОСТУПНИХ ВИДІВ РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ

В даній статті розглядається можливість використання гри в настільний теніс, як рекреаційної рухової активності людини. Встановлено, що настільний теніс захоплююча популярна гра для людей різного віку, яка не вимагає спеціально обладнаних спортивних залів.

Ключові слова: настільний теніс, рекреація, здоров'я, оздоровлення.

Формування гармонійно розвинутої людини неможливе без її фізичної досконалості. Тому турбота про здоров'я і фізичний розвиток сьогодні є чи не найголовнішим державним завданням. Здоров'я, як записано в документах Всесвітньої організації здоров'я, це [3]:

- спосіб (умова), що дозволяє поліпшити якість повсякденного життя (але не мета життя);
- цінність, що дозволяє особі або цілій групі реалізувати свої плани і потребу самореалізації, а також змінити оточення залежно від власних потреб;
- багатство для суспільства, ресурс, який гарантує його суспільний і економічний розвиток, тому що досягти відповідного рівня якості життя, правильно розвиватися, створювати матеріальні і культурні цінності може тільки здорове суспільство;
- концепція, суть якої – експонувати користь (фізична досконалість, хороше самопочуття), а не негативні наслідки (розлади і хвороби).

Т. Ю. Круцевич зазначає, що здоров'я можна розглядати не тільки в аспекті особи, але і як здоров'я суспільства і здоров'я середовища [5].

В профілактиці можливих відхилень у фізіологічних системах важливе значення мають систематичні заняття фізичною культурою, які надають позитивний вплив на стан здоров'я і рівень працездатності людини. Чергування розумової і фізичної роботи організовує те оптимальне протікання нервових процесів в різних зонах центральної нервової системи, яке проявляється в підвищенні розумової працездатності людини. При стимулюванні розумової працездатності людини не тільки покращується їх самопочуття, настрої, активність та розвиток оздоровчого ефекту, який характеризується гармонізацією функціонального стану організму, але це також супроводжується більш енергійним протіканням психічних процесів.

На сучасному етапі, особливого значення набувають ігри і вправи спортивного характеру, які дають можливість поглиблено розв'язувати проблеми залучення дітей

основної групи здоров'я до видів спорту, що започатковані вітчизняними комплексними програмами [9].

І. П. Помещиковою, при анкетуванні учнів, було виявлено зацікавленість учнів можливістю займатися вправами та іграми із м'ячем [8].

О. О. Шевченко, наголошує, що теніс є ефективним засобом підтримання життєвого тону та зміцнення здоров'я, який дає великий емоційний заряд, що створює гарний настрій і почуття задоволеності [10].

В. В. Афанасьєв відзначає, що настільний теніс є одною з найпопулярніших і захоплюючих спортивних ігор. Для цього виду спорту характерний цілий ряд ігрових елементів, виконання яких вимагає доброї фізичної підготовки, а навчання яким, сприяє доброму фізичному розвитку гравця [1].

Сьогодні настільний теніс найбільш доступна спортивна гра. Зараз скрізь у дворах устанавлюються спортивні майданчики, які оснащені тенісним столом. Ці спортивні місця приваблюють дітей, молодь і людей старшого віку. Це призвело до значно інтересу до занять настільним тенісом.

С. Пензай пропонує розроблену систему програмування профілактико-оздоровчих засобів для чоловіків другого зрілого віку – викладачів вищих навчальних закладів з використанням засобів настільного тенісу, що дозволяє вирішувати завдання профілактики професійних захворювань, покращення здоров'я. Автор підкреслює, що планування профілактико-оздоровчих занять необхідно здійснювати з урахуванням вікових особливостей, індивідуалізації тренувальних навантажень в залежності від фізичного стану чоловіків [7].

Настільний теніс – масовий, захоплюючий та видовищний вид спорту, з більш ніж сторічною історією. Доступна, проста і водночас азартна гра перетворилася на складний атлетичний вид спорту з різноманітною технікою.

Теніс називають «природною руховою терапією». Швидка зміна ситуацій, вимоги до відчуття рівноваги роблять теніс корисним для осіб, які страждають невротами, схильних до пригніченого стану, не впевнених у собі [5].

Не дивлячись на простоту та доступність для широких мас населення, настільний теніс – достатньо технічний і фізично складний вид спорту. Разом з тим заняття настільним тенісом дозволяють регулювати фізичні та психічні навантаження на організм людини в залежності від віку, фізичного розвитку та стану здоров'я [2].

Заняття настільним тенісом сприяють підтриманню гарної фізичної форми та правильної постави, розвивають швидкість реакції, координацію, різкість та точність при виконанні рухів, кмітливості. Гра в настільний теніс вчить загартовувати силу волі, концентрувати увагу. Часто правила пристосовують до рівня підготовки і здібностей учасників.

Велика популярність настільного тенісу пояснюється його видовищністю, високим емоційним напруженням спортивної боротьби та різнобічним позитивним впливом на рухові, психічні та вольові якості людини. Основна позитивна сторона настільного тенісу – різноманітність рухів, які сприяють розвитку координації. Крім цього, ігрова діяльність сприяє укріпленню нервової системи, рухового апарату, покращенню обміну речовин і діяльності всіх систем організму.

Настільний теніс пов'язаний з ініціативним моментом рішення рухових задач і протікає на емоційному фоні, який стимулює рухову активність та перешкоджає виникненню втоми. Адже граючи в настільний теніс, формуються такі психофізіологічні властивості, як стійкість уваги, оперативність мислення, об'єм та периферія зору, проста та складна реакція на предмет, який рухається. В процесі гри в настільний теніс розвиваються морально-вольові якості, розширюється інтелект та ерудиція [6].

Велике значення гри полягає в тому, що заняття настільним тенісом сприяють не лише фізичному, але й духовному розвитку. Доступність та простота гри дає можливість долучитися до популярного та цікавого виду спорту, реалізувати свої потреби, спілкуючись в колективі, проявити свої нахили; пропонує кожній людині вибір здорового способу життя, розвиток їх індивідуальних якостей.

С. П. Евсеев вказує на основні завдання гри в настільний теніс, з метою оздоровлення і рекреації:

- пропаганда здорового способу життя;
- виховання бережливого ставлення до свого здоров'я й здоров'я оточення, як найвищої соціальної цінності особистості;
- зміцнення здоров'я і сприяння правильному різносторонньому фізичному розвитку;
- формування стійкого інтересу до занять настільним тенісом;
- придбання теоретичних знань і практичного досвіду для досягнення результатів;
- засвоєння техніки й тактики гри в настільний теніс;
- забезпечення потрібного рівня розвитку рухових якостей організму та можливостей функціональних систем організму, які виконують значний обсяг роботи;
- виховання потрібних моральних і вольових якостей;
- забезпечення відповідного рівня спеціальної психічної підготовленості [4].

Важливо, щоб гра в настільний теніс була навчальна та мала корекційну направленість [9].

Таким чином можна стверджувати, що заняття настільним тенісом можна використовувати для задоволення потреб у фізичній активності, підтримання спортивної форми. Грати у цю гру можна, як в спортивних залах, так і на вулиці, на свіжому повітрі. Адже для проведення занять настільним тенісом не потрібно спеціально обладнаних залів, цей вид спорту є широкодоступним для всіх верств населення.

Література:

1. Афанасьев В.В. Роль занятий настольным теннисом в развитии психических процессов студентов вузов / В. В. Афанасьев. // ППМБПФВС. – 2007. – № 12. – С. 3–5.
2. Голенко В. А. Азбука тенниса. / В. А. Голенко, А. П. Скородумова, Ш. А. Тарпищев. – М. : ТерраСпорт. – 1999. – 126 с.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. – Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008. – 152. – с. 64
4. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры. / С. П. Евсеев. – М.: Советский спорт. – 2003 г. – Т. 1. – 448 с.
5. Круцевич Т. Ю. Рекреация у фізичній культурі різних груп населення: навч. посібник / Т. Ю. Крецевич, Г. В. Безверхня. – К. : Олімпійська література, 2010. – 370 с.
6. Настольный теннис. Программа «Настольный теннис для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата». – М., 2013. – 122 с.
7. Пензай С. Організаційно-методичні аспекти програмування профілактико-оздоровчих занять для чоловіків другого зрілого віку / С. Пензай. // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2012 – № 1. – С. 101–104.
8. Помещикова І. П. Вивчення потреби учнів-інвалідів з порушеннями опорно-рухового апарату в заняттях фізичною культурою. / І. П. Помещикова, Н. М. Терентьева // Молода спортивна наука України. – Львів: НВФ Українські технології, 2007. – Вип. 11. – С. 114–115.
9. Программа «Теннис адаптивный». / Рыбкин А. В. – М., 2010. – 33 с.
10. Шевченко О. О. Використання занять тенісом як засобу фізичної рекреації / О. О. Шевченко // Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології – 2016 – № 1. – С. 117–119.

Стаття надійшла до редакції 14.12.2016 р.

Сидоренко К.О.
студентка 4 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Руденко А.М.
викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ВРОДЖЕНОЮ КЛИШОНОГІСТЮ

У статті розглядається застосування комплексної фізичної реабілітації для дітей раннього віку 1–3 років з вродженою клишоногістю з використанням лікувальної фізичної культури, масажу, фізіотерапії.

Ключові слова: фізична реабілітація, вроджена клишоногість, лікувальна фізична культура, фізіотерапія.

Постановка проблеми. Останнім часом в Україні спостерігається тенденція до збільшення кількості дітей з вродженими ортопедичними деформаціями. Серед них найбільш поширеною після дисплазії кульшового суглобу є вроджена клишоногість [3].

Приблизно в 1 із 1000 новонароджених діагностується ця патологія, яка майже у два рази частіше зустрічається в хлопчиків, ніж у дівчаток. При вродженій клишоногості в дитини деформуються кістки стопи та щиколотки, порушується хода та нормальна вісь нижньої кінцівки. При правильному і своєчасному лікуванні вроджена клишоногість може бути виправлена.

До теперішнього часу не вироблено єдиного підходу у лікуванні вродженої клишоногості дітей раннього віку [2]. Більшість авторів схильється до вирішення цієї проблеми оперативним шляхом, при цьому не приділяючи належної уваги консервативним методам лікування. Таким чином, розробка і впровадження у медичних установах та дошкільних закладах новітніх відновлювально-оздоровчих засобів фізичної реабілітації для усунення та подальшого прогресування клишоногості дітей раннього віку є одним із актуальних наукових напрямків.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питанням вродженої клишоногості займалися такі вчені, як А. Є. Фрумїна (2008), М. В. Волков (2008), В. Я. Віленський (2008), І. Понсеті (2011), М. В. Маліков (2012), Н. Є. Михайлова (2012), Ф. Р. Богданова (2015) та інші.

Гіппократ вважав, що вроджена клишоногість виникає внаслідок вивиху кісток стопи, це твердження має місце і серед сучасних фахівців, які вважають головною причиною вродженої клишоногості розлади співвідношення та форми кісток стопи [2].

За даними А.Є. Фрумїної та Т.С. Зацепіна становить 0,5–2% випадків на 1000 пологів. Трапляється вона частіше у хлопчиків і у 60 % буває двобічною, а в 10 % поєднується з іншими вродженими вадами: кривошиєю, дисплазією кульшових суглобів, синдактилією, заячою губою, вовчою пащею та інші [4].

Згідно сучасних даних вроджену клишоногість, вважають, поліетіологічною хворобою, але вона може бути симптомом і спадкових хвороб – артрогрипоз, різні форми дизостозів.

Мета дослідження – розглянути та прогнозувати особливості використання засобів фізичної реабілітації при вродженій клишоногості у дітей раннього віку.

Об'єкт – фізична реабілітація дітей раннього віку з вродженою клишоногістю.

Предмет – застосування засобів фізичної реабілітації для покращення функціонального стану опорно-рухового апарату дітей 1–3 років.

Завдання:

1. Вивчити та проаналізувати науково-методичну літературу відповідно проблематики.
2. Оволодіти необхідними знаннями стосовно питання вродженої клишоногості.
3. Визначити найбільш ефективні засоби фізичної реабілітації при вродженій клишоногості.

Результати дослідження та їх обговорення. Вроджена клишоногість це – деформація стопи, яка характеризується відхиленням стопи від поздовжньої осі гомілки в середину, що досить часто зустрічається серед новонароджених, а також значно впливає на розвиток всього скелета дитини та розвиток кісток гомілки. Лікування вродженої клишоногості – це складний і тривалий процес. Ця патологія викликає в організмі дитини зміни в гомілковому суглобах, м'язах гомілки, апоневрози підшви, кістках стопи та гомілки.

При правильно підібраних засобах фізичної реабілітації вроджену клишоногість можна виправити найближчим часом, щоб уникнути небажаних наслідків, таких як болі при ходьбі, порушення формування хребта і, як наслідок, порушення постави і болі в спині.

Фізичну реабілітацію дітей раннього віку слід проводити, у поєднанні з масажем, лікувальною фізичною культурою (ЛФК) та фізіотерапією. Завданням якої є нормалізація функціональних можливостей стопи, активізація обмінних процесів, покращення психоемоційного стану, посилення крово- та лімфообігу, а також профілактика інвалідності.

Лікувальна фізична культура при вродженій клишоногості спрямована на вирішення наступних завдань: створення сприятливих фізіологічних умов для нормального росту і розвитку стопи, закріплення результатів корекції, підвищення адаптації організму до фізичних навантажень та розвиток рухових навичок. Тому, для їх вирішення використовують наступний комплекс ЛФК при вродженій клишоногості дітей раннього віку.

1. В.п. – лежачи на животі, ноги зігнуті в колінах. Однією рукою утримувати гомілку, а долонею іншої руки натискати на стопу дитини, направляючи її в тильну сторону, повторювати 3 – 6 разів.

2. В.п. – лежачи на спині. Зафіксувати стопу дитини в області гомілково-стопного суглобу, іншою рукою м'яко робити випрямляючий рух, поступово відводячи передній відділ стопи назовні, повторювати 5–6 разів, темп середній.

3. В.п. – лежачи на спині. Обертальні рухи стопи назовні вздовж поздовжньої осі. Обертальні рухи стопи назовню проводять дуже обережно, поступово опускаючи внутрішній і піднімаючи зовнішній край стопи, кількість повторень 5–6 разів, темп середній.

4. В.п. – сидячи між п'ят. Дитина стоїть на колінах, стопи розведені в боки носки нарізно. Повільно опуститися і сид між п'ят, повторювати 3 – 6 разів, темп повільний.

5. В.п. – сидячи, дитина по черзі обертає стопи назовні, 6–8 разів. Темп середній.

6. В.п. – сидячи, дитина ставить стопи паралельно і не відриваючи п'ят від підлоги, піднімає пальці ніг якомога вище, кількість повторів 6–8 разів, темп повільний.

7. В.п. – стоячи, піджати пальці, не відриваючи п'яти від підлоги, повторювати 5–6 разів, темп середній.

8. В.п. – стоячи, 20–40 сек. дитина повинна стояти на зовнішніх і внутрішніх сторонах стоп, повторити 6–8 разів, темп повільний.

9. В.п. – основна стійка, праву ногу ставимо на носок далеко позаду, переносимо вагу тіла на відставлену ногу, при цьому опускаємо стопу на п'яту. Те саме повторити лівою ногою.

10. В.п. – стоячи, кожною ногою окремо треба підняти з підлоги камінчик або мотузочку, кількість повторів 6–8 разів. Темп середній.

Лікувальний масаж застосовується для розслаблення внутрішньої й задньої груп м'язів гомілки, у яких відзначається підвищений тонус, для зміцнення розтягнутих і ослаблених передніх і зовнішніх м'язових груп гомілки.

Особливу увагу приділяють масажу попереку, сідничної ділянки та нижніх кінцівок. Також рекомендують виконувати масаж задньої поверхні ніг, спочатку проводять поглажування по всій довжині нижньої кінцівки, потім по чергово масажують стегно, гомілку та ахіллове сухожилля.

Виділяють основні види масажних рухів на нижніх кінцівках:

- безперервне легке обхватування однією рукою;
- спіралеподібне розтирання трьома пальцями;
- легке поглажування з обхватуванням і розтиранням;
- глибоке поглажування великим пальцем;
- спіралеподібне розтирання;
- натиснення одним або двома великими пальцями;
- коригуюче поглажування;
- заключне поглажування.

Завершуються процедура зазвичай розтягненням м'язів по внутрішньому краю ступні тривалістю близько 3 хвилин [4].

Комплекс масажу при вродженій клишоногості дітей раннього віку.

1. Покласти дитину на живіт. Однією рукою зігнути ногу в коліні, а другою намагатися втримати гомілку. Відпустити коліно і натискати на стопу малюка, а потім ніжно зігнути в тильному напрямку. Під час цих процедур руки повинні повністю проходити по всій поверхні гомілки і стопи.

2. Масаж ніг в положенні на спині дозволяє поліпшити кровопостачання задньої групи м'язів гомілки. Для цих цілей спочатку фіксується гомілка до поверхні підлоги. Упираючись долонею в підшву і поступово здійснювати точковий масаж в ділянці між гомілкою і тильною стороною ступні.

3. Поглажування в області гомілки і масаж стегна по чергово, сприяє поступовому перерозподілу крові з судин гомілки в дрібні артерії підшви.

4. Масаж стегна, слід проводити рухами знизу-вгору в напрямку від підколінної ділянки до паху. У задній частині стегна шкірні покриви ущільнені, тому для масування застосовуються розтирання, поштовхи і розминку.

5. Диференційований масаж проводиться вибірково для м'язів, які знаходяться в стані сильного скорочення. Для цього спочатку ніжно масажують контури кожного м'язу. Якщо вона знаходиться в стані гіпертонусу, слід проводити більш сильні надавлюючі рухи.

6. Ахіллове сухожилля при клишоногості частіше виявляється занадто скороченим, а масажні рухи подовжують його, що супроводжується усуненням підйому ступні вгору.

7. Поглажування передньої поверхні ноги по всій довжині, а потім аналогічним чином масажувати її тильну поверхню.

8. Для гомілковостопного суглобу застосовується розминання, штрихування, граблеподібне розтирання.

9. Колінний суглоб масажується круговими рухами, а потім розтирання.

10. Передня стегнова поверхня повинна піддаватися пасивним рухам (поглажування) [6].

Доцільно також застосовувати фізіотерапію, яка спрямована на покращення трофіки тканин та усунення м'язової дистонії, усунення ригідності м'язово-зв'язкового апарату при вродженій клишоногості.

Із засобів фізіотерапевтичного впливу використовують електростимуляцію (м'язів і нервів), парафінові (до 3 років) та парафіно-озокеритові аплікації (2–3 курси по 15–25 процедур, на гомілковостопний суглоб), загальні і місцеві ванни, електрофорез, фонофорез, електропунктуру, магнітотерапію (на гомілковостопний суглоб електромагнітним полем) [3].

Електростимуляція м'язів (ЕСМ) – стимуляція скорочення м'язів за допомогою на шкірних електродів, через які пропускаються електричні імпульси.

Парафіно-озокеритові аплікації на ніжки (чобітки). Після них бажано виконати масаж, так він буде у багато разів ефективніше. Хвойно-сольові ванни, температура яких 37°C. Тривалість прийому ванни 15–20 хв, 15 процедур через день. Курсами через місяць протягом 6 місяців. Ці ванни сприяють зменшенню гіпертонусу і зміцнюють весь організм при вродженій клишоногості. Застосовують на 1–1,5 склянки морської солі на половину великої ванни [3].

Електрофорез з еуфіліном або прогрівання парафіном покращують кровообіг, який при таких деформаціях особливо порушується. Так само призначається фіксація стопи «чобітком».

Електро/Фонофорез – метод введення лікарських препаратів через шкірні покриви з електромагнітним або ультразвуковим впливом. Найчастіше проводиться з лідазою, гідрокортизоном.

Фонофорез – вводяться в область стопи і гомілки через шкіру, за допомогою електромагнітного або ультразвукового випромінювання, електропунктуру для стимуляції рухових центрів м'язів, магнітотерапія та парафінові аплікації на гомілковостопний суглоб. Вони покращують кровопостачання, впливають на еластичність тканин і скоротливу здатність м'язів.

Нейроелектростимуляція – електромагнітний вплив в проекції периферичних рухових нервів для посилення м'язової активності [5].

Магнітотерапія – вплив електромагнітним полем, що проводиться в області гомілковостопного суглоба.

Висновки

1. Вроджена клишоногість у дітей раннього віку є серйозним захворюванням, яке за відсутності відповідного лікування та реабілітації, призводить до тяжких наслідків, таких як, порушення постави, деформації нижніх кінцівок, погіршення чіткості та легкості ходьби, порушення координації рухів, зниження швидкості реакції в цілому погіршення розвитку всього опорно-рухового апарату дитини.

2. Фізична реабілітація при вродженій клишоногості повинна бути своєчасною та комплексною, чим раніше розпочати лікування захворювання, тим більше шансів на успішне лікування.

3. У фізичній реабілітації дітей раннього віку з вродженою клишоногістю комплексно застосовують засоби, а саме лікувальну фізичну культуру, масаж, фізіотерапію, що позитивно впливають на зміцнення м'язів нижніх кінцівок, усунення їх деформації, збільшення рухливості та амплітуди рухів у гомілковостопних суглобах та покращення рівноваги та координації.

Література:

1. Башкін І. О. Зміни опорно-рухового апарату в дітей за наявності клишоногості, що детермінують проведення фізичної реабілітації / І. О. Башкін // Лікувальна фізична культура, спортивна медицина й фізична реабілітація. – Львів, 2012. – С. 66–69.

2. Головаха М. Л. Оптимізація проведення фізичної реабілітації при вродженій клишоногості / М. Л. Головаха // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2013. – № 9 – С. 16–19.

3. Каджая Л. К. Современный подход к лечению пациентов от 3-х до 14 лет с врожденной косолапостью : дис. канд. мед. наук:14.01.15, 14.03.11 / Л. К. Каджая. – М., 2011. – 118 с.

4. Михайлова Н. Є. Методи лікування вродженої клишоногості та засоби фізичної реабілітації / Н. Є. Михайлова, І. М. Григус // Концепція розвитку галузі фізичного виховання і спорту в Україні : зб. наук. пр. – Вип. VI. – Рівне, 2009. – Ч. 2. – С. 13–22.

5. Михайлова Н. Е. Основные компоненты программы физической реабилитации детей с врожденной косолапостью / Н. Е. Михайлова // Спортивная медицина. Спортивная наука Украины. – 2012. – № 1. – С. 66–69.

6. Михайлова Н. Є. Особливості проведення лікувального масажу за вродженої клишоногості // Лікувальна фізична культура, спортивна медицина й фізична реабілітація. Рівне, 2010. – С. 67–71.

Стаття надійшла до редакції 18.12.2016 р.

Тарасова А. В.

студентка 6 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

Лянной Ю.О.

кандидат педагогічних наук,
професор кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

Звіряка О.М.

кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛФК ДЛЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З НАСЛІДКАМИ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ

У статті розглянуто та описано основні форми та засоби ЛФК, особливості їх застосування у процесі фізичної реабілітації дітей середнього і старшого дошкільного віку з наслідками дисплазії кульшових суглобів (вальгусна та варусна деформація ніг, плоска та плоско-вальгусна стопа, укорочення кінцівок) в умовах спеціалізованого дошкільного навчального закладу.

Ключові слова: дисплазія кульшових суглобів, лікувальна фізична культура, фітбол-гімнастика, гідрокінезотерапія, гімнастика з елементами степ-аеробіки.

Постановка проблеми. На сьогоднішній день в Україні спостерігається негативна тенденція щодо стану здоров'я населення, особливо здоров'я дітей. За оцінками фахівців, близько 75% хвороб у дорослих є наслідком умов життя в дитячі та молоді роки. Майже 90% дітей мають відхилення стану здоров'я та понад 50% – незадовільну фізичну підготовку [1].

Дошкільне дитинство – це один із найбільш важливих періодів у житті людини. Саме, в умовах природного розвитку та соціалізації, закладаються основи здоров'я. Статистичні дані свідчать, що захворювання опорно-рухового апарату посідають третє місце у світі поряд з іншими захворюваннями, такими як онкологічні та серцево-судинні. Понад 17% дітей шкільного віку мають дефекти нижніх кінцівок: вроджені дисплазії кульшових суглобів; вальгусні або варусні деформації нижніх кінцівок; плоскостопість; клишоногість; вивихи або підвивихи стегна; укорочення ніг [2, с. 16].

З вищезазначеного найбільшої уваги потребує така вада розвитку опорно-рухового апарату, як дисплазія кульшових суглобів (ДКС), яка за даними медичних досліджень виявляється у 100–200 випадках із 1000 новонароджених. Через те, що відсутні необхідні умови лікування цієї патології, нерідко, лікування віддалене або несвоєчасне. Постійно збільшується чисельність ускладнень ДКС, які починають

проявляти перші симптоми вже в дошкільному віці, а в подальшому можуть стати причиною дегенеративно-дистрофічних змін кульшового суглоба і як наслідок інвалідизації хворого. Практична діяльність науковців (О. Д. Дубогай, І. В. Рой, Ю.О.Лянного, Ю. М. Коржа, О. М. Звіряки, А. М. Руденко) щодо реабілітаційної роботи з дітьми, які мають порушення опорно-рухового апарату, а саме ДКС, свідчить про те, що застосування лікувальної фізичної культури (ЛФК) в системі фізичної реабілітації для означеного контингенту є одним із найефективніших методів відновлення та профілактики [7, с. 138].

Таким чином, одним із основних засобів профілактики та фізичної реабілітації, які застосовуються у програмах, є лікувальна фізична культура, але враховуючи сучасні тенденції розвитку реабілітаційної теорії та практики, виникає нагальна потреба у впровадженні новітніх засобів та їх подальша інтеграція в спеціалізовані дошкільні навчальні заклади.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проаналізувавши наукову та методичну літературу ми з'ясували, що проблемі ДКС, а також ранньої діагностики цієї патології присвячено фахові роботи таких вчених, як Ф. Р. Богданова (2004), М. В. Волкова (2007), Г. М. Тер-Егіазарова-Шептун (2007), О. А. Малахова (2008), С.Е. Краліна (2008), та ін.

Проблему корекції наслідків ДКС в дітей досліджували О. Ф. Каптелін (1969), Д.К. Рісер (1985), М. Єфіменко (1999), Є. С. Вільчковський (2004), І. С. Красикова (2005), А. М. Руденко (2015), Р. Н. Бунятов (2016), та ін.

Під час лікування ДКС використовують комплекс реабілітаційних заходів, спрямованих на нормалізацію м'язового тону та відновлення функцій та рухливості ураженого кульшового суглоба і нижньої кінцівки, а також на виявлення та зміцнення компенсаторних механізмів. Слід зазначити, що за неправильного лікування в перші місяці життя, в подальшому (дорослому віці) первинна або вторинна ДКС може бути причиною диспластичного коксартрозу, а за задушеного вивиху стегна він неминучий і може проявлятися навіть у підлітковому віці [7, с. 139].

Крім цього, до наслідків ДКС також належать укорочення кінцівки, скошеність кісток таза, помірна атрофія м'язів нижньої кінцівки, контрактура кульшового суглоба. анатомо-функціональні і трофічні порушення. Без адекватного лікування ДКС прогресує під час росту дитини й призводять до складних структурних змін у суглобі, викликаючи порушення функції опори і руху, при цьому змінюється положення тазу, виникає викривлення хребта та багато інших наслідків у підлітків та дорослих (А. М. Руденко, 2015). Невчасно розпочата і неправильно підібрана програма фізичної реабілітації призводить до важкого оперативного втручання з подальшим тривалим курсом відновлювального періоду реабілітації.

Мета роботи – проаналізувати та обґрунтувати особливості застосування ЛФК у процесі фізичної реабілітації дітей дошкільного віку з наслідками дисплазії кульшових суглобів.

Об'єкт дослідження – засоби ЛФК для дітей 4–6 років з наслідками дисплазії кульшових суглобів.

Предмет дослідження – особливості застосування лікувальної гімнастики, гідрокінезотерапії, фітбол-гімнастики та гімнастики з елементами степ-аеробіки для корекції наслідків ДКС.

Методи дослідження: аналіз, синтез та узагальнення даних науково-методичної літератури.

Результати дослідження та їх обговорення. Лікувальна фізкультура є однією з найбільш важливих складових процесу комплексної реабілітації. Дія ЛФК визначається, з одного боку, широким впливом лікувальних фізичних вправ на різні системи організму, а з іншого – тренуючим та відновлювальним ефектом цих вправ. За своїми фізіологічними характеристиками фізичні вправи не можна ні порівняти, ні замінити іншими засобами фізичної реабілітації.

ЛФК успішно поєднується з медикаментозним лікуванням, хірургічними втручаннями, практично з усіма методами фізіотерапії, масажем. Вона відіграє провідну роль у лікуванні захворювань і ушкоджень опорно-рухового апарату. Лікувальна фізична культура має суттєвий арсенал різних вправ, які диференційовано можна дозувати залежно від поставленої мети. У зв'язку з цим є можливість застосування фізичних вправ відповідно до стану організму, стадії захворювання, конкретних лікувальних завдань на кожному етапі лікування. Окремо слід зазначити, що ЛФК не має вікових обмежень. Правильно підібрані комплекси можуть застосовуватися в лікуванні самих різних захворювань і ушкоджень, у будь-яких лікувальних закладах, на всіх етапах відновлення [8, с. 12–13].

Аналіз науково-методичної літератури показав, що ЛФК застосовується при наслідках дисплазії кульшових суглобів, а саме: усуває контрактури привідних м'язів стегна; відновлює нормальну форму кульшового суглобу; зміцнює м'язи, що сприяють рухам в кульшовому суглобі; відновлює в повному обсязі амплітуду рухів; корегує вальгусне та варусне положення колінних і гомілковостопних суглобів; корегує деформації стоп; усуває вальгусну постановку п'ятки та нормалізує висоту склепінь стопи; виховує і закріплює стереотип правильної постави тіла та нижніх кінцівок при стоянні та ходьбі; попереджає розвиток дистрофічних процесів; зміцнює м'язи нижньої кінцівки та підвищує їх силову витривалість [3, с. 369].

ЛФК застосовують у таких формах – ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ), лікувальна гімнастика, самостійні заняття, лікувальна ходьба, спортивно-прикладні вправи та ігри, а також гідрокінезотерапія, фітбол-гімнастика, гімнастика з елементами степ-аеробіки.

Головною формою ЛФК, яка розв'язує основні завдання лікувальної дії фізичних вправ, є лікувальна гімнастика. У комплекс лікувальної гімнастики включають як спеціальні вправи, так і вправи для загального розвитку. Співвідношення та їх тривалість залежить від характеру ураження кульшових, колінних та гомілковостопних суглобів; методу лікування; клінічного перебігу; стану хворого та етапу реабілітації.

Відтак, саме на етапі дошкільного дитинства, найбільш ефективним з точки зору наочності є «дзеркальний» спосіб показу вправ. Інструктор ЛФК повинен чітко й виразно пояснити та показати гімнастичні вправи, слідкуючи за кількістю повторів та їх темпом. Відомо, що дошкільники точно копіюють дії дорослих і від того, як показано ту чи іншу вправу, залежить і опанування нею дітьми. У старших групах ДНЗ показ деяких вправ можна доручати дітям.

Лікувальна ходьба застосовується для нормалізації діяльності систем організму, відновлення функціональних можливостей нижніх кінцівок. Дозування лікувальної ходьби залежить від дистанції, тривалості, темпу, довжини кроку і рельєфу місцевості [6, с. 68]. Для профілактики плоскостопості та корекції вальгусних та варусних нижніх кінцівок дітям пропонують різновиди ходьби: на носках, на внутрішньому та зовнішньому боці стопи (враховуючи принцип індивідуального підходу ходьба призначається в залежності від патології). Зазвичай, таку ходьбу тривалістю 20–30 с, чергують із звичайною ходьбою. Потім дітям можна запропонувати біг у повільному або середньому темпі, після якого вони повільно переходять на ходьбу.

Науковець-практик Ю. М. Корж (2013) зазначає, що на заняттях з лікувальної фізичної культури доцільно використовувати сюжетно-рольові постановки. З метою попередження ускладнень, формування компенсацій, відновлення рухових навичок, функцій організму і фізичних якостей, самостійні заняття з дітьми рекомендується проводити у формі комплексу спеціальних фізичних вправ, які діти вивчають у присутності реабілітолога, а потім виконують самостійно кілька разів протягом дня.

Гідрокінезотерапія займає важливе місце серед форм ЛФК, ефективність застосування якої доведена фундаментальними працями багатьох науковців: О. Ф. Каптеліна (1969), Н. Н. Кардамонової (2001), С. К. Копчака (2002) та ін.

Основною метою гідрокінезотерапії є підвищення сили та силової витривалості м'язів нижніх кінцівок, сприяння відновленню конгруентності кульшового суглобу, нормалізація м'язового тону, зміцнення суглобово-зв'язкового апарату, гармонійний розвиток майже всіх м'язових груп нижніх кінцівок, зміцнення опорно-рухового апарату, покращення обміну речовин, сну, апетиту, а також загальне зміцнення та загартовування організму дитини.

Застосовуючи гідрокінезотерапію, слід звернути увагу на те, що основними особливостями водного середовища, які використовуються з лікувальною метою є: виштовхуюча сила води, гідростатичний тиск, термічний чинник, опір води, психоемоційний чинник [4, с. 96].

Згідно фізичних закономірностей вага тіла, яке перебуває у воді, значно знижується. Тому активні рухи у воді можуть виконуватись при мінімальному м'язовому зусиллі, так як знижується гальмівна дія ваги кінцівки під час руху, збільшується амплітуда рухів у суглобі, рухи виконуються з меншим м'язовим напруженням. Завдяки цьому у воді набагато швидше і легше досягається відновлення нормальної амплітуди рухів у суглобі при зниженій силі м'язів.

Гідростатичний тиск водного середовища викликає позитивну депресорну дію на периферичний кровообіг, що полегшує венозний відтік, крово- і лімфообіг, що в свою чергу, покращує трофічні процеси в кульшових суглобах. Вплив гідростатичних якостей води підвищується при поєднанні з тепловим ефектом [9, с. 275].

Температурний чинник сприяє зменшенню больових відчуттів і розслабленню м'язів, збільшує еластичність сумково-зв'язкового апарату, що полегшує виконання різних вправ для уражених суглобів. Опір води використовують, як елемент дозування під час збільшення навантаження на м'язову систему.

Психоемоційний чинник під час занять гідрокінезотерапією сприяє підвищенню самопочуття дитини, додає віри у подолання свого недуга. Позитивні емоції підвищуються під музикальний супровід занять у воді [5, с. 65].

Однією з сучасних новітніх та досліджуваних науковцями (Б. Френкс, 2000; А. Лукьяненко, 2001; Т. Кудра, 2002; Ю. Менхин, А. Менхин, 2002; В. Борілкевич, 2006; Е. Хоулі, С. Савін, 2008; О. Сайкіна, 2008; О. Кібальник, 2008; А. Старченко, 2014 та ін.) форм ЛФК є фітбол-гімнастика. Фітбол, в перекладі з англійської, означає «м'яч для опори», який використовується з оздоровчою метою. Дана гімнастика має практичну і корекційну спрямованість, впливає на розвиток рухових умінь, координації рухів, функцій рівноваги, а також викликає позитивні емоції у дітей. Заняття з м'ячем зміцнюють м'язи спини і черевного преса, тренують нижніх кінцівок та формують у незвичних умовах стереотип правильної постави.

В залежності від віку, використання фітбол-м'ячів має свої особливості. Рухи дітей старшого та середнього дошкільного віку більш координовані і точні (у порівнянні з молодшим дошкільним віком), контролюються свідомістю та можуть регулюватися і підпорядковуватися власними вольовими зусиллями. Крім того, діти є більш наполегливими в подоланні труднощів і можуть багаторазово повторювати вправи, працювати в колективі, організовано й дисципліновано виконувати всі команди, добре співвідносити свої дії з музикою. Для дітей старшого дошкільного віку, які вже мають руховий досвід, збільшують роль словесних прийомів не супроводжуючи рухи показом [9, с. 275].

Водночас, показ застосовують, коли ознайомлюють дітей з новими рухами, які демонструють декілька разів. Використовують прийом наслідування діям тварин або явищ природи. Зорові орієнтири допомагають дітям уточнити напрямки руху й урізноманітнити заняття. Звукові орієнтири застосовуються для освоєння ритму, темпу рухів, емоційного підйому, а також як сигнал для початку та закінчення дії. В якості звукових орієнтирів використовується музичний супровід під фортепіано або аудіозаписи, удари в бубен, плескання в долоні тощо. Індивідуальна допомога при навчанні фізичним вправам використовується для уточнення розміщення дитини на фітболі, для створення правильних м'язових відчуттів, впевненості у своїх силах.

Новітньою формою ЛФК є гімнастика з елементами степ-аеробіки. Під час занять у ДНЗ використовують ступі (сходинок висотою не більше 8 см, шириною – 25 см, завдовжки – 40 см). Заняття з елементами степ-аеробіки обов'язково повинне супроводжуватися бадьюрою, ритмічною музикою, яка створює у дітей гарний настрій. Такі заняття розвивають рухливість в суглобах, формують склепіння стопи, тренують рівновагу, зміцнюють м'язову систему, поліпшують гнучкість, пластику, відновлюють тонус тіла, нормалізують діяльність серцево-судинної системи, допомагають виробити гарну поставу, сприяють гармонійному розвитку.

Підбираються, переважно, гімнастичні вправи з елементами степ-аеробіки, які мають циклічний характер та є простими по своїй руховій структурі (в основному ходьба). Саме такі вправи викликають активну діяльність органів кровообігу, дихання; підсилюють обмінні процеси тощо. Під час виконання вправ на степах необхідно правильно дозувати фізичне навантаження, тобто частота серцевих скорочень не повинна перевищувати 150-160 ударів за хвилину [10, с. 254].

Такі заняття проводяться під знайому дітям ритмічну та емоційну музику. Можна використовувати сучасні естрадні композиції. Колективні заняття дітей під музичний супровід сприймаються вихованцями набагато краще, ніж при заняттях ЛГ, підвищують їх емоційність. Виконуючи спільні вправи, діти не відчувають дискомфорт, невпевненість, навіть якщо виконання вправ є неточним.

Висновки. Аналіз літературних джерел показав, що на сучасному етапі розвитку суспільства, проблема наслідків ДКС у дітей є надзвичайно актуальною та такою, що потребує нагального вирішення. З метою запобігання збільшення кількості таких порушень у дітей, профілактичні та реабілітаційні заходи необхідно проводити вже на етапі дошкільного дитинства, коли закладаються первинні передумови основ здоров'я молоді.

Лікувальну фізичну культуру можна виділити як метод активної, функціональної і патогенетичної терапії, який сприяє відновленню порушених функцій, загальному оздоровленню дитини, зміцненню сили та запобігання подальших ускладнень. ЛФК застосовують у таких формах, як ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, самостійні заняття, лікувальна ходьба, спортивно-прикладні вправи та ігри, а також гідрокінезотерапія, фітбол-гімнастика, гімнастика з елементами степ-аеробіки, останні з яких на даному етапі розвитку реабілітаційної практики, можна вважати новітніми. Проте, лише за умови комплексного підходу, при розробці та впровадженні програм фізичної реабілітації для таких дітей можна досягнути позитивного корекційно-реабілітаційного та оздоровчого ефекту.

Перспективи подальших досліджень полягають в розробці новітньої комплексної програми фізичної реабілітації для дітей дошкільного віку із наслідками дисплазії кульшових суглобів, а також її практичного впровадження з подальшою перевіркою ефективності.

Література:

1. Блажівський Г. В. Проблема здоров'я та здорового способу життя дітей та молоді у сучасних умовах / Г. В. Блажівський // Кіровоградський вісник, 2010. С. 240–250 [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://eprints.zu.edu.ua/5893/>.
2. Малахов О. А. Врожденный вывих бедра / О. А. Малахов, С. Э. Кралина. – М.: Медицина, 2006. – 128 с.
3. Мухін В. М. Фізична реабілітація: Підручник для вищих медичних закладів / В. М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2005. – 472 с.
4. Мухін В. Н. Гидрокинезотерапия в системе оздоровительной физической культуры / В. Н. Мухин, А. Н. Звиряка // Формирование здорового образа жизни, организация физкультурно-оздоровительной работы с населением: материалы Международной науч.-практ. конф., 29 – 30 марта 2007 г. – Витебск, 2007. – С. 96 – 97.
5. Руденко А. М. Гідрокінезотерапія у процесі оздоровлення дітей / А.М. Руденко, О. М. Звиряка // Проблеми здоров'я та фізичної реабілітації: матеріали

Всеукраїнської наук.-практ. інтернет конф. : – Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2014. – С. 64–67.

6. Руденко А. М. Застосування засобів фізичної реабілітації для дітей дошкільного віку із наслідками дисплазії кульшових суглобів / А. М. Руденко, О. М. Звіряка // Проблеми здоров'я та фізичної реабілітації: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. інтернет конф.: – Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2014. – С. 67–71.

7. Руденко А. М. ЛФК в системі фізичної реабілітації дітей віком 4–6 років з наслідками дисплазії кульшових суглобів / А. М. Руденко, О. М. Звіряка // Молода спортивна наука України. ТЗ: – Л.: ЛДУФК, 2015. – С. 138–141.

8. Сухан В. С. Методичні вказівки до лекцій з курсу «Лікувальна фізкультура та спортивна медицина» / В. С. Сухан. – Ужгород: 2014. – 177 с.

9. Тарасова А. В. Особливості застосування ЛФК при деформаціях нижніх кінцівок у дітей дошкільного віку / А. В. Тарасова, В. А. Литвиненко, А. М. Руденко // Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту різних груп населення : матеріали XVI Міжнародної наук.-практ. конф. молодих учених : у 2 т. / відповід. ред. Я.М. Копитіна ; наук. ред. О. А. Томенко. – Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2016. – Т. I. – С. 272–277.

10. Шестаков М. П. Аэробика. Теория и методика проведения занятий: Учебное пособие / М. П. Шестаков, Е. Б. Мякинченко. – М.: Дивизион, 2006. – 304 с.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2016 р.

Хіра К. А.

студентка 4 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Беспалова О. О.

викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

У статті розглядається реабілітація дітей дошкільного віку з бронхіальною астмою з використанням спеціальних дренажних дихальних вправ, дихальної гімнастики Стрельнікової, танцювальної терапії та рухливих ігор.

Ключові слова: бронхіальна астма, діти дошкільного віку, реабілітація, дихальна гімнастика, рухливі ігри, танцювальна терапія.

Постановка проблеми. Бронхіальна астма у дітей – одна з важливих проблем педіатрії, обумовлена високою поширеністю у світі. За сучасними уявленнями це не тільки захворювання бронхо-легеневої системи, але й усього організму, і у першу чергу, центральної і вегетативної нервових систем. Тому комплексна фізична реабілітація повинна бути спрямована не тільки на корекцію порушень бронхо-легеневої системи, а на весь організм [2].

Незважаючи на труднощі щодо отримання якісних епідеміологічних даних, дослідження останніх років свідчать про те, що 4–8 % населення страждають від цієї патології. Серед дітей даний показник підвищується до 5–10 %, серед дорослих — коливається в межах 5–6 %. Водночас показники вітчизняної офіційної медичної статистики суттєво відрізняються від наведених вище цифр. Зокрема, поширеність БА серед дітей України, за даними офіційного звіту, у 2011 році становить 0,56 %. І це в той час, коли за результатами серйозних епідеміологічних досліджень, проведених за

міжнародною стандартизованою програмою ISAAC у різних регіонах України, частота даної патології в середньому становить 20–40 випадків на 1000 населення [3].

У вирішенні цього питання велику роль відіграє методика комплексної реабілітації з використанням аеробних видів рухової активності, однак відомостей у доступній нам літературі про вплив аеробних вправ, дія яких спрямована на центральну й вегетативну нервові системи, а також емоційну сферу дітей, хворих бронхіальною астмою, практично немає.

Враховуючи те, що у 60% дітей, хворих на астму, відзначається депресивний або субдепресивний стан, який виражається в зниженому настрої, втраті інтересу до життя, думках про ущербність, страх смерті, і так як у цих дітей недостатньо розвинені здатності до вираження свого стану за допомогою символів, то мова тіла (а саме танці) залишається єдиною для вираження емоційного стану дитини. Тому розробка програми з застосуванням дихальної та танцювальної терапії, направленої на вирішення завдання по корекції психофізичного й психоемоційного стану дітей з БА та подальшої їх соціальної інтеграції є актуальною і потребує комплексного підходу [2].

Мета дослідження: розробити та теоретично обґрунтувати комплексну програму фізичної реабілітації для дітей дошкільного віку з бронхіальною астмою.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-методичну та спеціальну літературу, що висвітлює проблему захворюваності на бронхіальну астму.
2. Обґрунтувати засоби фізичної реабілітації, які використовуються при бронхіальній астмі у дітей дошкільного віку.
3. Розробити комплексну програму фізичної реабілітації для дітей дошкільного віку з бронхіальною астмою.

Результати дослідження та їх обговорення. *Бронхіальна астма* (БА) – хронічне запалення дихальних шляхів, у якому важливе значення мають клітини запалення та клітинні елементи трахеобронхіального дерева, що викликають супутнє підвищення гіперреактивності бронхів, а це призводить до повторних епізодів приступів ядухи або свистячих хрипів, задишки, відчуття стискання в грудній клітці, особливо вночі або вранці. Ці явища пов'язані з поширеною, але змінною за своїми проявами бронхіальною обструкцією, вона може бути частково оборотною спонтанно або під впливом лікування [5].

Було розроблена програма фізичної реабілітації дітей дошкільного віку з бронхіальною астмою, яка включає: спеціальну методику дихальної гімнастики з визначеними положеннями динамічного дренажу, дихальну гімнастику Стрельнікової, ЛФК у вигляді танцювальної терапії та рухливих ігор у заняттях з дітьми, хворими на бронхіальну астму.

Завдання програми:

1. зміцнення м'язів, що беруть участь в акті дихання; нормалізувати стан діафрагмальних м'язів;
2. збільшення рухливості діафрагми та грудної клітки;
3. збільшити просвіт дихальних шляхів, що підсилює бронхіальну і легеневу вентиляцію; нормалізувати функціональність дихального апарату; знизити випадки розвитку бронхоспазму;
4. відновити нормальну діяльність серцево-судинної системи.
5. зняти роздратування, агресивність, невпевненість в собі.

Танцювальна терапія

Завдання: розвинути у дитини усвідомлення власного тіла; створити позитивне зображення тіла; дослідження відчуттів і набуття групового досвіду; навчити хворого на бронхіальну астму бути впевненою в собі та своїх діях незалежно від того, як це сприймають інші; навчити дитину рухатись і діяти, прислухаючись до внутрішнього імпульсу, намагатися відстежити власні рухи, почуття, відчуття, потреби, та бажання; зняти роздратування, агресивність, невпевненість в собі, нівелює труднощі у спілкуванні з іншими дітьми

Методика танцювальної терапії.

Танцювальна терапія базується на припущенні про те, що манера та характер рухів відображають своєрідність особистості дитини. Танцювальна психологічна робота заохочує вільні виразні рухи, які сприяють розвитку фізичної рухливості та сили на фізичному й психічному рівнях [8].

Танцювальна терапія з дітьми, що хворіють на бронхіальну астму проходить в три етапи.

На першому проходить формування первісної несвідомої рухової відповіді, яка характеризується високою відвертістю, правдивістю, спонтанністю почуттів; при цьому часто немає рухової форми. При повторі музики несвідома рухова відповідь може бути виражена в абсолютно іншій моторній формі. Рухи членів групи на цьому етапі, як правило, спонтанні, хаотичні. Тому що несвідома рухова відповідь є результатом спонтанного емоційного відгуку, який, у свою чергу, ґрунтується на музичному творі.

Цінність роботи на першому етапі полягає в тому, що вона дозволяє звільнитися від невротичної ситуації, відреагувати на сублімовані неприємні переживання, пов'язані з психотравмою, без її вербалізації.

На другому етапі відбувається формування емоційного рухового образу. На цьому етапі здійснюється творча обробка спонтанного рухового матеріалу, встановлюються зв'язки між несвідомим руховим відгуком та афективним відгуком на музичний фрагмент. У результаті виникає емоційний руховий образ, який є вираженням психомоторної єдності та основою творчого розвитку особистості.

Третій етап слугує для формування абетки руху та виразної мови руху. На цьому етапі проходить запам'ятовування вдало знайдених форм. Спочатку емоційні рухові образи в усьому залежать від музичного твору, вони є виразом конкретних музичних переживань у моторній формі. Надалі вдало знайдені та вивчені моторні форми систематизуються на основі цілей та завдань, які ставляться під час робочого процесу.

Наступним етапом може бути створення за допомогою виразної мови руху "емоційно – музичного - рухового твору", який має початок, продовження та логічне завершення.

Творчий танець дозволяє звільнити придушені почуття та дослідити заховані конфлікти, які можуть бути джерелом психічної напруги. Тут психодинамічне поняття катарсису розповсюджується на танець, в якому рухи приводять до експресивного терапевтичного звільнення.

Перевага групової танцювальної-терапії порівняно з іншими видами психологічної та соціальної допомоги особистості заключається в створенні демократичної атмосфери в групі, пов'язана з рівними правами й відповідальністю учасників групи, незначна залежність від інструктора. Індивідуальна творчість у групі впливає на динаміку загального процесу завдяки поєднанню прагнення учасників до злиття з групою та збереження групової ідентичності й потреби в незалежності та укріплення індивідуальної ідентичності [8].

Рухливі ігри – один з найбільш дієвих методів у руховій терапії хворих і ослаблених дітей. Вони позитивно впливають на серцево-судинну, дихальну системи та опорно-руховий апарат, також на загальний психо-емоційний стан дитини.

Завдання рухливих ігор:

1. зміцнювати здоров'я граючих;
2. сприяти їх правильному фізичному розвитку;
3. сприяти оволодінню життєво необхідними руховими навичками, вміннями і вдосконалення в них;
4. виховувати необхідні морально-вольові і фізичні якості;
5. прищеплювати організаторські навички і звичку систематично самостійно займатися іграми.

Методика проведення:

Застосовуються вправи для великих м'язових груп, на зміцнення м'язів черевного преса, дихальні вправи (дихальні вправи з вимовою звуків, динамічні дихальні вправи з подовженим видихом, діафрагмальне дихання, дренажні вправи та ін.), рухливі ігри спеціальної та загальнорозвиваючої спрямованості, елементи хатха-йоги.

В основній частині також можна використовувати 1–2 гри з м'ячем, в яких слід використовувати заздалегідь розучені у вправах передачі, метання, ведення м'яча. Тривалість повинна бути 5–10 хвилин.

Заклучна частина: елементарні гімнастичні і дихальні вправи, вправи на розслаблення, а також елементи аутогенного тренування. До неї можна включати рухливу гру із низькою інтенсивністю, що сприятиме повільному зниженню навантаження та буде заспокоювати після емоційного збудження.

У грі виявляються і розвиваються різні сторони особистості дітей, задовольняються багато емоційних і інтелектуальних потреб, формується характер, впевненість у собі, своїх силах. Рухливі ігри – найбільш доступний і ефективний метод впливу на дитину при її активній допомозі. Ігрові вправи займають особливе місце як у фізичному вихованні дитини, так і в лікуванні, забезпечуючи комплексний вплив на її організм і високу емоційність. Ігрові вправи поділяються на рухливі (на місці, малорухливі, рухливі) і спортивні [7].

Зважаючи на недостатньо високий рівень фізичної працездатності дітей з БА, слід звернути особливу увагу на дозування. Для регулювання фізичного й емоційного навантаження на заняттях використовують наступні прийоми: змінити тривалість і кількість повторень гри; збільшити або зменшити розміри майданчика; застосовувати інвентар більшої або меншої ваги та розмірів; ввести короткі перерви; зменшити або збільшити число команд залежно від кількості учасників

Дихальна гімнастика

Завдання дихальної гімнастики:

1. поліпшення самопочуття хворої дитини;
2. зменшення спазму бронхів та бронхіол;
3. зміцнення м'язів, що беруть участь в акті дихання;
4. збільшення рухливості діафрагми та грудної клітки;
5. навчання хворого керувати своїм диханням з тим, щоб володіти ним під час астматичного нападу;

Методика дихальної гімнастики:

Вправи при бронхіальній астмі повинні бути простими і легко здійсненними, в основі їх повинна бути зв'язок з диханням. Між вправами треба робити паузу, щоб відпочити і розслабити м'язи. На один комплекс досить 4–12 вправ по 3–5 повторів, темп повинен бути середній або повільний, залежно від самопочуття [6].

Комплекс дихальних вправ:

1. Прокинувшись, не встаючи з ліжка, лежачи на спині, потрібно зігнути ноги в колінах і, підтягнувши їх якомога ближче до грудей, зробити повільний видих через рот. Кількість повторень визначається самим організмом – до появи легкої втоми в тілі.

2. Напроти себе поставити посудину з водою і взяти «соломинку». Зробити максимально глибокий вдих через трубочку, а видих – через неї ж, але вже в воду. Повторюючи дії протягом 10 хвилин 5 разів на день. Таким чином покращаться механічні властивості легень і прийде в норму газообмін.

3. У положенні стоячи, піднявшись на носках, схрестивши руки над головою і відвести їх назад на рівень потилиці. Ставши на ноги, одночасно швидко і різко зробити нахил вперед, як при рубанні дров. Потім потрібно опустити руки і відвести назад, супроводжуючи дію сильним глибоким видихом. Прийміть вихідне положення. Повторіть вправу кілька разів.

4. Лежачи на спині, підклавши руки під сідниці. На рахунок «раз-два-три» зробити сильний і глибокий видих, як можна сильніше підтягуючи живіт. У цьому

повинні обов'язково брати участь і м'язи черевного преса. На рахунок «чотири» вдихніть, максимально випинаючи живіт. Після – глухо покашляйте.

5. У положенні стоячи потрібно витягнути руки вздовж тулуба, роблячи вдих на рахунок «один-два-три-чотири», одночасно піднімати плечі. Потім опустивши плечі і, видихаючи на такий же рахунок, розслабте їх, одночасно видаючи звук «кха».

6. Взяти повітряну кульку і надувати її до максимальних розмірів. У день досить надути 2–3 кульки. Потрібно слідкувати за тим щоб вправа не стомлювала хвору дитину.

7. Стоячи прямо, стискати руками нижній і середній відділи грудної клітини. На повільному і спокійному видиху виймайте звуки «пф», «ррр», «бррх», «дррх», «бррх», «бррх» і «дррах». Поступово час видиху слід збільшити до 25 секунд.

Корисно поєднувати вправи зі звуковою гімнастикою. Наприклад, проводячи першу вправу, вимовляти голосні у, і, е, о, при проведенні другого приголосні ж, з, р, с, третій ш, щ. Звуки можна вимовляти в будь-якому порядку і кількості. Вимова звуків сприяє тренуванню дихання. Основна частина вправ виконується сидячи, звертаючи увагу на виконання повного видиху. Вправи сидячи включають комплекс для верхніх кінцівок і нахилів.

Лікувальний масаж.

Завдання лікувального масажу:

1. усунення або зменшення бронхоспазму;
2. розслаблення м'язів плечового пояса, грудної клітки та підвищення її рухливості;
3. підтримання тонуусу і зміцнення дихальних м'язів;
4. стимуляції відходження мокроти;
5. нормалізації діяльності ЦНС.

Методика лікувального масажу:

Застосовують сегментарно-рефлекторний масаж паравертебральних зон поперекових, верхньогрудних та середньошийних сегментів і класичний масаж. Масажують грудну клітку, спину, надпліччя, застосовують непрямий масаж легень, серця, діафрагми. Використовують погладжування, розтирання, розминання, вібрацію, стискання та стрясання грудної клітки [1].

Масаж може застосовуватися окремо як на початку, так і в кінці заняття лікувальною гімнастикою, у комплексі засобів попередження та зняття астматичного нападу.

Порядок проведення сегментарного масажу при бронхіальній астмі.

Хворий приймає положення сидячи, максимально розслабляючи всі м'язи. Масажист встає або сідає за його спиною. Масаж починається з погладжування і легкого розтирання спини, задньої поверхні шиї, передній і боковій частині грудної клітини протягом 2–3 хвилин. Потім протягом 8–10 хвилин вибірково проводиться масаж м'язів спини, задньої поверхні шиї, міжребер'я і надлопаткову область. Далі, масажист розводить всі пальці, крім великого, і розташовує їх на міжребер'ї. Потім, коли хворий намагається через рот при щільно стислих губах зробити видих, він виробляє 5–6 поштовхоподібних рухів від хребта до грудни, з поступовим посиленням тиску. Потім масажист розташовує кисті рук на передній черевній стінці хворого, за якою під час видиху проводить поштовхоподібні рухи вгору. Дихальний масаж виконується по 3–4 рази. Масаж закінчується: погладжування спини і грудної клітини протягом 3–5 хвилин; чергуванням розтирання з поплескуванням; поколачуванням.

Дихальна гімнастика Стрельникової.

Завдання:

1. Очистити дихальні оболонки від слизового вмісту.
2. Збільшити просвіт дихальних шляхів, що підсилює бронхіальну і легеневу вентиляцію.
3. Нормалізувати функціональність дихального апарату.
4. Знизити випадки розвитку бронхоспазму.

5. Нормалізувати діафрагмальні м'язи.
6. Відновити нормальну діяльність серцево-судинної системи.
7. Завдяки нормалізації дихальних органів знизити частота нападів ядухи, особливо у дітей.
8. Навчити дитину керувати власним диханням, самостійно знижуючи інтенсивність нападів.

Методика.

Шумний вдих носом з частотою приблизно рівної 60 в хвилину – головне в гімнастиці Стрельникової. Починати гімнастику потрібно з малого – з двох правильних коротких вдихів. Дитина робить з напіввідкритим ротом короткий, триває секунду, вдих і тут же, не думаючи про видиху – другий вдих. При цьому вдихи вийдуть неглибокими, швидше поверхневими. Якщо вдається зробити два вдиху поспіль – робимо чотири, потім – шість і вісім. Обов'язково робити парна кількість вдихів, а правильно – кратне восьми, але це прийде не відразу, а в міру тренувань [5].

Гімнастику потрібно робити стоячи, однак при важких станах її можна починати в положенні сидячи і навіть лежачи. Головне – правильні чіткі, кратні восьми, вдихи, які не викликають у пацієнта «роздування», задишки і запаморочення. Якщо такі симптоми з'явилися – значить, вправа робиться неправильно.

Першими вправами зазвичай рекомендуються «Долоньки», «Вушка» і «Насос», а потім вже й інші, такі як «Малий маятник», «Обійми плечі», «Великий маятник», «Кішка», «Погончики».

Кількість будь-яких вправ повинне бути кратним 4. Це музичний розмір, який легко допоможе підраховувати навантаження. На четвертий день – число вправ збільшується до 16, а потім – до 24 і 32. Ритм, який складається з непарних значень (наприклад, 3, 5).

Між серіями вправ допускається пауза для відпочинку не більше десяти секунд. У цьому випадку заняття виглядає таким чином:

- перші два дні: 24 підходу по 4 вдиху (паузи по 10 секунд);
- наступні два дні: 12 підходів по 8 вдихів (паузи ті ж);
- п'ятий і шостий день: 6 повторів по 16 вдихів (паузи десять секунд);
- з сьомого дня: 3 підходи по 32 вдихи (паузи).

Комплекс вправ:

Вправа «Долоньки»

1. Поверніть долоні від себе і зігніть в ліктях так, що вони були спрямовані строго вниз.
 2. Починайте робити різкі, гучні вдихи, стискаючи при цьому долоньки в кулачки (іноді дану вправу так і називають – «кулачки»).
 3. Робіть поспіль 4 вдиху, а потім видихайте. Відпочиньте 3–4 секунди і починайте нову серію.
- Виконайте 24 такі серії.

Вправа «Погончики»

1. Встаньте прямо, ноги на ширині плечей.
 2. Розслабте плечі, підніміть голову. Поставте руки на рівні пояса, стиснувши їх у кулаки.
 3. На вдиху різко опустіть руки вниз до підлоги. Відіжміть кулаки і розчепірте пальці. У цей момент м'язи передпліччя, кистей і плечей повинні бути напружені.
 4. Робіть вдих на 8 рахунків (1 серія)
 5. Поверніться у вихідне положення, повільно видихаючи. 3–4 секунди відпочиньте.
- Виконайте 12 серій.

Вправа «Насос»

1. Встаньте прямо, ноги на ширині або ширше плечей. Плечі опущені, руки вздовж тулуба.

2. Починайте робити вдих і повільно нахилитися, стискаючи газету або уявляючи, що у вас в руках рукоятка від насоса. Пам'ятайте, що вдих повинен бути гучним.
 3. Виконуйте нахил ритмічно на 8 рахунків.
 4. Робіть видих і повертайтеся у вихідну позицію. Відпочиньте пару секунд.
- Рекомендується робити для початку 12 серій

Вправа «Кішка»

1. Встаньте прямо, ноги вже ширини плечей. Плечі розслаблені, руки вздовж тулуба.
 2. На вдиху присідайте і одночасно повертайте корпус вправо. Руки повинні бути трохи зігнуті в ліктях, а пальці в кулачки. Потім повторіть такі ж дії вліво.
 3. Видих відбувається між поворотами.
- Зробіть 12 серій по 8 таких присідань-вдихів.

«Великий маятник»

Дитина стає прямо, ноги ставляться вже, ніж ширина плечей. Як у вправі «Насос», дитина трохи нагинається вперед і робить вдих. Потім прогинається в попереку, робить нахил назад і обіймає руками плечі. Знову вдих. При цій вправі видих відбувається сам собою, його не слід спеціально контролювати. Паузи між вдихами три-чотири секунди.

Вправа виконується 3 рази по 32 вдихи.

«Обійми плечі»

Треба встати прямо, зігнути руки в ліктях і підняти їх до рівня плечей. Далі треба охоплювати плечі з максимальним захопленням, при цьому виконувати галасливий короткий вдих, повертатися у вихідне положення і видихати ротом.

Потім положення рук змінюється в тому плані, що зверху захоплення виконує інша рука. При захопленні плечей голову можна злегка відкидати назад. Тоді вдих виконується як би зі стелі. Рекомендується виконання 12 вправ по 8 вдихів-видихів. Їх можна робити і сидячи.

Висновки. Бронхіальна астма (БА) – хронічне запалення дихальних шляхів, у якому важливе значення мають клітини запалення та клітинні елементи трахеобронхіального дерева, що викликають супутнє підвищення гіперреактивності бронхів. Розроблена та теоретично обґрунтована комплексна програма фізичної реабілітації для дітей дошкільного віку з бронхіальною астмою. Основними завданнями програми були: зміцнення м'язів, що беруть участь в акті дихання; нормалізувати стан діафрагмальних м'язів; збільшення рухливості діафрагми та грудної клітки; збільшити просвіт дихальних шляхів, що підсилює бронхіальну і легеневу вентиляцію; нормалізувати функціональність дихального апарату; знизити випадки розвитку бронхоспазму; відновити нормальну діяльність серцево-судинної системи; зняти роздратування, агресивність, невпевненість в собі.

Список використаної літератури

1. Апарин В. Е. Лечебная физкультура и массаж как основные средства реабилитации детей с заболеваниями органов дыхания / В. Е. Апарин, Б. Н. Коротков, А. Б. Коротков, С. Б. Короткова // ЛФК и массаж. – 2005. – № 6. – С. 39–40.
2. Балаболкин И. И. Бронхиальная астма у детей: Книга. / И. И. Балаболкин. – 2-е изд. – М: Медицина, 2004. – 176 с.
3. Беш Л.В. Бронхіальна астма у дітей: Журнал Педіатрія. / Л.В. Беш. Львівський міський дитячий алергологічний центр. – Медицинское образование, 2013
4. Бойко М. Г. Сучасні напрямки реабілітації хворих на хронічні обструктивні захворювання легень та бронхіальну астму / М. Г. Бойко, Т. М. Жабо, Д. М. Бойко // Вісн. наук. досліджень. — 2005. — № 3. — С. 13—15.
5. Гордон Н. Ф. Заболевания органов дыхания и двигательная активность / Н. Ф. Гордон. – К., 2001. – 185 с.
6. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура / В. А. Епифанов. – М. : Медицина, 2001. – 592 с.

7. Хрущев С. В. Физическая культура детей с заболеваниями органов дыхания / С. В. Хрущев, О. И. Симонова. – М., 2006. – 304 с.

8. Бібліофонд: електронна бібліотека студента статей і наукової літератури: [Електронний ресурс] / Н. А. Белая, Т. В. Капитан // Бібліотечний вісник – 2015.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2016 р.

Хіра К. А.

студентка 4 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Руденко А.М.

викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СПОРТСМЕНІВ З ТЕНДИНІТОМ ВЛАСНОЇ ЗВ'ЯЗКИ НАДКОЛІННИКА («КОЛІНО СТИБУНА»)

У статті розглядається комплексна реабілітація спортсменів з тендинітом власної зв'язки надколінника, з використанням засобів фізичної реабілітації, таких як лікувальна фізична культура, механотерапія та застосування тейпування при пошкодженні колінного суглобу у спортсменів.

Ключові слова: тендиніт, спортсмени, лікувальна фізична культура, механотерапія, тейпування.

Постановка проблеми. Кількість ускладнень внаслідок переломів і вивихів в колінному суглобі достатньо велика і за даними різних авторів становить від 12% до 50%. Найбільш розповсюдженими серед них є контрактури, які зустрічаються в 62–82% випадків від числа всіх ускладнень травм і захворювань колінного суглоба.

Відомо, що втрата функції колінного суглобу негативно позначається, як на трудовій діяльності, так і на повсякденній активності людини [2]. Про велику соціальну значущість фізичної реабілітації (ФР) даного контингенту хворих свідчить той факт, що в 81,4% випадків ці пошкодження зустрічаються в осіб працездатного віку 35–45 років.

Тендиніт – це запалення сухожилля, яке виникає найчастіше в місці прикріплення сухожилля до кістки, може поширюватися на всі сухожилля до самого м'язу. «Коліно стрибун» є одним з найбільш поширених тендинопатій серед спортсменів, що тренуються на більш твердих ігрових поверхнях. З поширених видів спорту, які найчастіше ведуть до захворювання можна назвати волейбол, баскетбол, футбол, легка атлетика, бадмінтон та інші «стрибучі» види.

Це порушення найчастіше зустрічається у чоловіків, ніж у жінок. Науковці стверджують, що ризик розвитку тендиніту власної зв'язки надколінника значно збільшується, коли молоді спортсмени переходять від юніорського до професійного рівня, тобто різко збільшують обсяг тренувань [2].

Тим не менш, навіть люди, які не беруть участь в будь-яких видах спорту, можуть відчувати симптоми тендиніту. Для більшості людей, лікування колінного тендиніту починається з фізичної реабілітації, щоб розтягнути і зміцнити м'язи навколо коліна. Питання лікування та реабілітації спортсменів з тендинітом власної зв'язки надколінника є актуальним, адже зміни які виникають в суглобах, призводять до обмеження функцій опорно-рухового апарату та подальшої інвалідизації [4].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вивченню проблеми тендиніту власної зв'язки надколінника приділяли увагу багато вчених. Дану проблему

досліджували О. А. Бур'янов, Є. Т. Скляренко, В. П. Волошин (2011), Н. В. Гранько (2014), І. В. Хацко (2015), Б. І. Сименач, В. І. Маколінець (2010) та інші. У роботі О. А. Бур'янова, Є. Т. Скляренка, В. П. Волошина та В. П. Задніченка описується анатомія колінного суглобу, а також розробка занять для студентів на тему «Навколосуглобові захворювання м'яких тканин опорно-рухового апарату». Н. В. Гранько у своїй статті приділяє увагу професійним захворюванням, а саме тендиніту, під час заняття бальними танцями та шляхи попередження даних ушкоджень.

І. В. Хацко зазначає у своїй роботі типові травми кваліфікованих та висококваліфікованих спортсменів у тенісі до яких саме і відноситься тендиніт власної зв'язки надколінника. А особливо приділяє увагу не оперативному а консервативному лікуванню даного захворювання. На ранній стадії для зняття запального процесу рекомендується консервативне лікування: спокій, холод, ультразвук, лазер, магнітотерапія, діадинамотерапія, черезшкірна електроанальгезія апаратом «Елімант 401», протибольові препарати. Науковці Б. І. Сименач та В. І. Маколінець пропонують у своїй роботі опрацьовану нову концепцію про захворювання суглобів, яка верифікована та реалізована. Ця концепція істотно змінила уявлення про різноманітні суглобові патології. Вона розкрила сутність групи «нових» захворювань, першопричиною яких є внутрішні фактори – аномалії будови, а вплив зовнішніх факторів має лише експозитивне значення.

Мета дослідження – розробка комплексної реабілітаційної програми для спортсменів з тендинітом власної зв'язки наколінника.

Об'єкт: сучасні методи та засоби фізичної реабілітації при тендиніті власної зв'язки наколінника.

Предмет: тендиніт власної зв'язки наколінника «коліно стрибунів»

Завдання:

1. Проаналізувати науково-методичну та спеціальну літературу, що висвітлює проблему тендиніту власної зв'язки наколінника у спортсменів.
2. Обґрунтувати засоби фізичної реабілітації, які використовуються при тендиніті власної зв'язки наколінника у спортсменів.
3. Розробити комплексну фізичну реабілітаційну програму для спортсменів з тендинітом власної зв'язки наколінника («коліно стрибунів»).

Результати дослідження та їх обговорення. Тендиніт зв'язки надколінника («коліно стрибунів») – це травма, яка характеризується больовими відчуттями в ділянці чотирихоголового сухожилля у верхній частині надколінника (25%), або сухожилля у нижній частині надколінника (65%) або у горбистості великогомілкової кістки (10%) [3].

Як це характерно для більшості ушкоджень, що викликаються надмірним використанням, тендиніт надколінника розвивається в три етапи:

- перший (легкий): біль відчувається тільки після активності і не позначається на виконанні дій;
- другий (помірний): біль відчувається під час і після активності;
- третій (важкий): біль під час і після активності більш тривала і може відчуватися при повсякденній діяльності [3].

Засоби фізичної реабілітації які застосовуються при запаленні сухожилля, включають в себе лікувальну фізичну культуру, застосування механотерапії при тендиніті та застосування тейпування при пошкодженні колінного суглобу у спортсменів.

Лікувальна фізична культура.

Основними завданнями лікувальної фізичної культури, з приводу розриву зв'язок колінного суглоба є повне відновлення функцій колінного суглоба, відновлення побутових навичок і трудових умінь. Призначають пасивні й активні вправи для суглоба, вправи з обтяженням, опором, статичні напруження чотирихоголового м'язу стегна та м'язів гомілки, різновиди ходьби, вправи на механоапаратах, гідрокінезотерапію, працетерапію [6].

За допомогою комплексу загально-розвиваючих вправ у спортсмена спостерігатиметься повна ліквідація контрактури колінного суглоба, усунення м'язової атрофії стегна, відновлення нормальної ходи та загальна зміцнювальна дія.

Комплекс загально-розвиваючих вправ для м'язів ніг для спортсменів з тендинітом власної зв'язки надколінника

1. В.п. – основна стійка:

1–2 – крок правою вперед, руки вгору;

3–4 – в.п. Дозування: 6–8 разів.

2. В.п. – руки назад:

1 – присід на всій ступні, коліна разом, руки вперед;

2 – в.п. Дозування: 6–8 разів.

3. В.п. – руки в сторони:

1 – випад вправо з нахилом вліво, руки вгору; 2 – в.п.;

3–4 – те ж саме в другу сторону. Дозування: 6–8 разів.

4. В.п. – основна стійка:

1–2 – присід на правій, ліву вперед, руки вперед; 3–4 – в.п.;

5–8 – те ж на лівій нозі. Дозування: 6–8 разів.

5. В.п. – упор сидячи:

1 – сидячи зігнувши ноги, не торкаючись носками підлоги;

2 – упор сидячи кутом;

3–4 – в.п. Дозування: 6–8 разів.

6. В.п. – основна стійка:

1 – мах правою в сторону, хлопок руками над головою; 2 – в.п.;

3–4 – те ж з лівої ноги. Дозування: 6 – 8 разів.

Механотерапія – дозволяє спрямовувати та дозувати рухи у ушкодженій ділянці тіла.

Завданням механотерапії є відновлення рухливості у колінному суглобі, ліквідація контрактури, зміцнення сили м'язів, підсилення крово- і лімфообігу, підвищення локальної дії на тканини, збільшення еластичності м'язів і зв'язок, повернення суглобам властивої для них функції [7].

Принцип дії різних типів механотерапевтичних апаратів, що використовуються для цього, базується на біомеханічних особливостях рухів у суглобах. Переважна більшість апаратів застосовується з раннього постімобілізаційного періоду: апарати маятникового типу – під час розробки рухливості у суглобах, апарати блокового типу – під час зміцнення сили м'язів. Апарати за принципом важеля або тренажери для зміцнення окремих м'язових груп та покращення діяльності серцево-судинної системи застосовуються переважно на етапі санаторної реабілітації [7].

Вправи на механотерапевтичних апаратах застосовуються в якості додаткового впливу на окремі ланки опорно-рухового апарату для розвитку функції руху і зміцнення м'язової сили.

Використовують різні типи механотерапевтичних апаратів, принцип дії яких базується на біомеханічних особливостях рухів у суглобах.

Тейпування – приклеювання на коліно спеціальних стрічок, які розвантажують зв'язку надколінника. Розвантаження зв'язки надколінника може відбуватися шляхом наклеювання тейпу поперек зв'язки, по бокам від неї, хрестоподібно з фіксацією довгих кінців темпу зверху або знизу [5].

Тейп можна наклеювати і вздовж зв'язки з фіксацією тейпа нижче нормального місця прикріплення зв'язки до бугристості великогомілкової кістки. Також можлива і комбінація способів тейпування. Тейпування поперек – самий простий спосіб розвантажити зв'язку наколінника.

Тейп приклеюють з помірним зусиллям. Зліва – тейпування по бокам з допомогою тейпа спеціальної форми. З права – комбіноване тейпування. Є поперечні, хрестоподібні і поздовжні стрічки. Класичний варіант комбінованого тейпування включає в себе поперечну і хрестоподібну стрічку. Аналогічним

тейпуванню є лікування тендиніту зв'язки надколінника з допомогою відрізу. Який зтягується поперек зв'язки (а не поперек надколінника). Відріз розвантажує зв'язку і допомагає полегшити симптоми тендиніту [5].

Основні рекомендації по кінезотейпуванні:

1. Тейп повинен накладати тільки кваліфікований спеціаліст (лікар, масажист, реабілітолог, тренер) який володіє знаннями і навичками тейпування.
2. Тейпування краще всього проводити на чисту і суху шкіру.
3. Спортсмена слід покласти або посадити в зручне положення, щоб місце для накладання тейпу було нерухоме і доступне. Надати йому середнього фізіологічного положення.
4. Одна із відмінних якостей тейпів Pharmacels – їх легко розірвати руками. Ця властивість дозволяє не використовувати який-небудь ріжучий інструмент при накладанні пов'язки.

Техніка розриву таких тейпів складається із двох рухів:

- Великим і вказівним пальцем двох рук зажимаємо кінці тейпу у призначеному місці розриву так, щоб пальці доторкалися (чим менша відстань між пальцями правої і лівої руки, тим легше відбувається розрив).
 - Різким рухом двох рук в різних напрямках розриваємо тейп. Таким чином, техніка розриву тейпу схожа на техніку розривання аркуша паперу.
5. При роботі з тейпом руки повинні бути сухими і чистими.
 6. Завжди тейп накладається окремими полосами, за випадком (фігура «8» при тейпуванні гомілковостопного суглоба).
 7. Тейп накладається рівно, притискаючи долонею для запобігання утворення складок.
 8. Накладається тейп щільно, але так, щоб не порушити кровопостачання.
 9. Для спрощення тейпування використовуються еластичні тейпи Pharmacels: Tear-LasticTape, Pro-LasticTape или Stadius Tape.
 10. По закінченню тейпування необхідно «зжати» пов'язку руками для забезпечення кращої фіксації.
 11. Зняття тейпа – медичними ножицями для зняття пов'язок Pharmaeels Bandage Scissors (Lister). Рух ножицями завжди – зверху вниз (від ліктя до долоні, від стегна до гомілки, від гомілки до стопи).

Заходи безпеки :

1. Завжди використовуйте безпечні медичні ножиці для зняття пов'язок і тейпів.
2. Тейпи і засоби для тейпування (ножиці для зняття тейпу і т.д.) зберігайте в недоступному для дітей місці.
3. Неможна накладати тейп в період змагань не випробувавши його на тренуванні. Накладати тейп повинен один і той же лікар.
4. Не накладайте тейп на пошкодженні ділянки шкіри (синці, забої, алергічні прояви) або на відкриті рани.
5. Пов'язку не слід тримати на тілі довго, в основному по гігієнічним причинам і для запобігання алергічних реакцій.
6. Слідкувати за кровопостачанням. У випадку больових відчуттів або зміні кольору шкіри кінцівки, необхідно зняти пов'язку і накласти її ще раз.
7. В деяких випадках клеючий шар може мати вміст натуральних компонентів, які в окремих випадках можуть визвати алергічну реакцію. У випадку її появи потрібно негайно припинити використання тейпу і звернутися до лікаря [5].

Висновки

Таким чином, проаналізувавши наукові літературні джерела з проблеми ушкодження власної зв'язки наколінника у спортсменів, можна зробити висновок про те що найчастіше травмування спостерігається у спортсменів ігрових видів спорту, легкої атлетики, баскетболу, футболу тощо. Застосування програми реабілітації є важливою та ефективною тактикою, оскільки сприяє зменшенню больових відчуттів,

покращує функціональні можливості суглобів та прискорює повернення спортсменів до тренувальної та змагальної діяльності.

Також при вивченні багатьох літературних джерел, були виявлені найголовніші засоби відновлення які сприятимуть змінам в амплітуді рухів спортсменів, а особливо в згинанні у колінному суглобі. Також можна зазначити відновлення м'язів. За допомогою засобів фізичної реабілітації та методик проведення занять, поступово зникатимуть больові відчуття в коліні, відновлюватиметься функція ушкодженого суглобу.

Література:

1. Абдеррахим А. П. Общая характеристика повреждений у спортсменов / А. П. Абдеррахим // Педагогика, психология та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. моногр. / за ред., С. С. Срмакова . – Х. 2007,– № 3.– С. 6–9.
2. Эйсмонт О. Л. Артроскопическая диагностика и лечение локальных повреждений хряща коленного сустава / О. Л. Эйсмонт, А. В. Борисов, Б. В. Малюк, Д.В. Бухач // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2007, – № 3 – С. 111–116.
3. Грейда Б. П. Больові синдроми і деякі захворювання опорно-рухового апарату у спортсменів / Б. П. Грейда. – Львів : Світ, 1992. – 90 с.
4. Добровольский В. К. Пошкодження і захворювання при нераціональних заняттях спортом / В. К. Добровольський. – М. : Фізкультура і спорт, 2004.–182 с.
5. Корж А. А. Диагностика и консервативное лечение заболеваний и повреждений опорно-двигательной системы. – Кн. III / А. А. Корж, В. Н. Коваленко, Н.А. Корж с соавт. – Х. : Основа, 2005.
6. Корж Ю.М. Основы лікувальної фізичної культури : Метод. реком. / Ю.М. Корж, О. М. Звіряка. – Суми : СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2005. – 76 с.
7. Мухін В. М. Фізична реабілітація. – Київ, Олімпійська література. – 2005. – 486 с.
8. Мятига О. М. Фізична реабілітація в травматології : [навчальний посібник] / О. М. Мятига. – Х. : СПДФЛ Бровін А. В., 2012. – С. 54–59.

Стаття надійшла до редакції 18.12.2016 р.

РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Булавацький Б.А.

студент 5 курсу спеціальності «Фізична реабілітація»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ імені А.С. Макаренка

Лянна О.В.

викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ імені А.С. Макаренка

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

У статті розглядається проблема відновлення хворих військовослужбовців із остеохондрозом поперекового відділу хребта і протрузіями міжхребетних дисків засобами фізичної реабілітації.

Ключові слова: реабілітація, хребет, нестабільність, остеохондроз, протрузія, фізичні вправи.

В сучасному житті людини спостерігається тенденція до збільшення числа захворювань опорно-рухового апарату (ОРА). Інвалідність внаслідок дегенеративно-дистрофічних порушень досягає 50% загальної інвалідності. За даними лікарсько-трудової експертизи, причинами зниження та втрати працездатності у 26,1% випадків є функціональні зміни в хребті та його прилеглих тканинах. Відкладення солей тобто звапніння, окостеніння хряща, відбувається тільки на кінцевій стадії захворювання і не є причиною всіх численних неприємних проявів остеохондрозу. Рівень солей кальцію і фосфору в крові хворих на остеохондроз залишається в межах норми, а причина захворювання – втрата гнучкості хрящового і зв'язкового апарату хребта, що проявляється розривами і тріщинами. Пульпозне ядро міжхребцевого диска може зміщуватися в бік тріщини, утворюючи протрузію диска, а у разі розриву диска – міжхребцеву грижу [4]. На цій стадії змінюється рухливість і відбувається деформація хребта. Отже, в основі остеохондрозу лежать хворобливі зміни міжхребцевих дисків, їх деформація, зменшення висоти, розшарування [1; 5].

Аналіз причин порушень основних функцій організму військовослужбовців, вказує на відсутність профілактичних заходів, недооцінки ролі відновного лікування із використанням різноманітних засобів фізичної реабілітації, а також через відсутність реабілітаційних програм, що одночасно впливають на функціональний стан ОРА. Тому у відновному лікуванні військовослужбовців з протрузіями та грижами хребта мають бути передбачені комплексні лікувальні заходи, що сприяють не тільки усуванню симптомів, а й лікуванню первинної причини, яка сприяє розвитку захворювання [2]. Профілактика і лікування ускладнень остеохондрозу військовослужбовців мають не тільки медичні, але і соціальні аспекти.

Мета дослідження – розробка реабілітаційної програми, оцінка особливостей застосування комплексних взаємодоповнюючих засобів фізичної реабілітації в лікуванні та профілактиці військовослужбовців із остеохондрозом поперекового відділу хребта.

Завдання дослідження:

- вивчити особливості функціонального стану опорно-рухового апарату військовослужбовців;

- розробити програму фізичної реабілітації військовослужбовців із остеохондрозом поперекового відділу хребта на основі застосування традиційних і сучасних методів лікування.

Результати дослідження. Для реалізації поставлених завдань нами було проведено аналіз клінічних проявів неврологічних ускладнень остеохондрозу поперекового відділу хребта хворих військовослужбовців на базі Навчально-реабілітаційного центру кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка. За даними комплексного реабілітаційного обстеження (анкетування, функціональні методи дослідження) та бесіди з хворими, встановлено, що скаргою більшості оглянутих була біль в попереково-крижовій ділянці, в тому числі, з іррадіацією в ногу. Больові відчуття були тупими і ниючими, розпираючими, посилювалися при незручних і різких рухах, зміні положення тулуба і при тривалому перебування в одному положенні. Перехід в горизонтальне положення – полегшував стан хворих. Виникнення больових відчуттів провокувало, як правило, фізичне навантаження, іноді переохолодження, в деяких випадках хронічна травматизація (наслідки стрибків з парашутом). Для багатьох пацієнтів була характерна ранкова скутість і біль в попереку, які зникали після ранково-гігієнічної гімнастики.

Функціональні дослідження (проба Шобера, Томайєра, Ловетта, Ласега, тест на витривалість м'язів спини) підтвердили, що у всіх хворих був присутній вертебральний синдром, тобто порушення статичної і динамічної рівноваги, такі як: сплюснення поперекового лордозу і розвиток кіфозу, обмеження згинання та розгинання, сколіотичні деформації хребта. У 7 осіб діагностувалася радикулопатія, яка супроводжувалася вертебральним, міофасціальним і больовим синдромом з іррадіацією болю по ходу сідничного нерва: по задній поверхні стегна, заднього відділу гомілки з віддачею в п'ятку, третій, четвертий і п'ятий пальці стопи. Зниження сили простежувалося при згинанні кінцевих фаланг другого, третього, четвертого і п'ятого пальців стопи, у зв'язку з цим, пацієнтам важко або неможливо було стояти на пальцях. У 4 осіб було ураження п'ятого поперекового корінця, що характеризувалося вертебральним, міофасціальним і больовим синдромом. Біль при пальпації остистих відростків і паравертебральних точок поширювався по ходу сідничного нерва, по задньо-зовнішній поверхні стегна, зовнішній поверхні гомілки і першому пальцю стопи. При визначенні сили виявлялася слабкість тильного згинання основної фаланги першого пальця, що ускладнювало стояння хворого на п'ятках. У 3 осіб було діагностовано ураження четвертого поперекового корінця, яке характеризувалося болями в поперековому відділі з іррадіацією по передній поверхні стегна, внутрішній поверхні колінного суглоба і гомілки. При цьому спостерігалася незначна гіпотонія м'язів передньої поверхні стегна, легка слабкість при розгинанні гомілки і приведенні стегна.

Виходячи з отриманих даних обстежених військовослужбовців, нами було розроблено комплексну програму фізичної реабілітації для подальшої реалізації в умовах Навчально-реабілітаційного центру кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка. Фізично-реабілітаційна програма передбачала застосування лікувального масажу, лікувальної фізичної культури та постізометричної релаксації.

Застосування лікувального масажу сприяє ліквідації неврологічних проявів остеохондрозу поперекового відділу хребта, покращенню крово- та лімфообігу в ділянці дегенеративно-дистрофічних змін міжхребцевих дисків, здійснює знеболюючу, розсмоктуючу дію та нормалізацію тонусу м'язів. В залежності від симптоматики, масаж повинен проводитися на попереково-крижовій, сідничній ділянці тіла, шийно-комірцевій зоні, міжлопатковій ділянці (вихідне положення – сидячи) та грудній клітці (вихідне положення – лежачи на спині) [3]. Курс складає 12 сеансів тривалістю 15–20 хв.

Лікувальна гімнастика проводиться з метою покращення крово- та лімфообігу, зменшення макро- та мікротравматизації шийного відділу хребта і периферичних тканин, зменшення компресії спинно-мозкових корінців, збільшення сили та силових витривалості м'язів верхнього плечового поясу, попереку та інших основних м'язових груп, зняття спастичності, відновлення фізіологічних вигинів хребта, покращення загальної працездатності.

Лікувальна гімнастика повинна включати в себе вправи для цілеспрямованого впливу на ділянку попереково-крижового відділу, нижніх кінцівок та загально-розвиваючого впливу на зону шийно-грудного відділу хребта та верхніх кінцівок. Курс складається з двох періодів: підготовчого (перший тиждень) та основного (другий тиждень) [2]. В програму входить два комплекси лікувальної гімнастики. Перший (підготовчий період) проводиться з 1 по 5 день, другий (основний період) – з 8 по 12., тривалістю 40–45 хв.

Постізометрична релаксація – це нова методика м'якої мануальної терапії, в основі якої лежить поєднання короточасного (5–10 сек.) напруження м'язів мінімальної інтенсивності та подальшого пасивного розтягування м'язів (5–10 сек.).

Переваги методу постізометричної релаксації: метод є безпечним; доступним; має високу стійку ефективність; надає анагезуючу дію; релаксує м'язи.

Завдання постізометричної релаксації: загальнотонізуючий вплив, покращення трофіки переартикулярних тканин, зниження гіпертонусу м'язів.

Основні загальні рекомендації під час проведення прийомів: попередній, поетапний інструктаж пацієнта. Необхідно коротко пояснити суть методу лікування, а також попросити пацієнта повідомляти реабілітологу про можливу зміну самопочуття в процесі лікування (поява або посилення болю, запаморочення тощо). Необхідно створити зручне положення для пацієнта, з метою повного розслаблення м'язової системи і контролювати цей стан. Реабілітолог займає зручне положення і здійснює пасивне розтягування патологічно зміненої м'язової групи у бік обмеження руху до появи перших ознак болю і її напруження. Пасивне розтягнення в фазі релаксації виконується без зусилля, безболісно. Пасивне розтягнення припиняється в момент появи опору розслаблених м'язів. Повторні ізометричні скорочення проводять в новому вихідному положенні з урахуванням збільшеного обсягу пасивних рухів. У період одного сеансу проводити 5–7 мобілізаційних прийомів в режимі постізометричної релаксації в даному напрямку або на даному м'язі.

Перша фаза короточасного напруження виконується на вдиху та затримці дихання, друга фаза пасивного розтягнення – на видиху. Реабілітолог просить пацієнта виконати статичне напруження під час повного вдиху протягом всієї I фази, та затримати дихання до кінця фази напруження. Під час ізометричного напруження реабілітолог надає команду пацієнту перевести погляд в бік умовного руху [6].

Для вирішення поставлених завдань, нами визначено основні м'язи на яких доцільно проводити постізометричну релаксацію при остеохондрозі поперекового відділу хребта це – м'язи розгиначі тулуба, квадратний м'яз попереку, найширший м'яз спини, внутрішні та зовнішні косі м'язи живота.

Висновки. На підставі опрацьованого матеріалу, можна зазначити, що найбільш ефективним під час лікування хворих на остеохондроз хребта є комплексний підхід з використанням таких засобів фізичної реабілітації як лікувальна фізкультура, масаж, постізометрична релаксація тощо. Комплексне використання цих засобів з урахуванням причин виникнення захворювання, клінічних проявів, віку, рухового режиму та функціонального стану організму дає можливість цілеспрямовано впливати на розвиток хвороби враховуючи індивідуальний підхід.

Література:

1. Епифанов В.А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика) / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.

2. Котелевський В.І. Стрес та дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта / В.І. Котелевський, О.П. Тимошенко, Ф.С. Леонтьєва. – Суми : СумДПУ, 2014. – 200 с.

3. Котелевський В.І. Спосіб диференційованої м'язово-емоційної корекції (ДМЕК) у фізичній реабілітації при вертебральній патології / В.І. Котелевський // Спортивний вісник Придніпров'я: Науково-теоретичний журнал Дніпропетровського державного інституту фізичної культури і спорту. – 2015. № 3. – С. 235 – 240.

4. Мачерет Є.Л. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків : Підручник / Є.Л. Мачерет, І.Л. Довгий, О.О. Коркушко. – К., Т. 1. – 2006. – 255с.

5. Попадюха Ю.А. Сучасні аспекти зміцнення поперекового відділу хребта спортсменів на тренажерах з нестійкою опорою. Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова, Серія 15 Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. наукових праць. – К. : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2013. – Випуск 1. – С. 54–62.

6. Сохиб Бахджат Махмуд Аль Маваждех. Особенности физической реабилитации при нестабильности пояснично-крестцового отдела позвоночника / Сохиб Бахджат Махмуд Аль Маваждех, Ю.А. Попадюха // Науковий Часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Зб. Наукових праць. – К. : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2012. – Випуск 21. – С.61–68.

Стаття надійшла до редакції 19.12.2016 р.

Дубовик К. Д.

студентка 5 курсу спеціальності «Фізична реабілітація»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

Міхєєнко О. І.

доктор педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ПРОГРАМНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

У статті представлено програмне забезпечення та організаційно-методичні аспекти фізичної реабілітації осіб з артеріальною гіпертензією.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, фізична реабілітація, масаж, лікувальна фізична культура, психосоматична релаксація, аутогенне тренування, дієтотерапія.

Постановка проблеми. Артеріальна гіпертензія (АГ) визнається як одна з найбільших в історії людства неінфекційних пандемій ХХ ст., що продовжує поширюватися в ХХІ ст. і становить важливу проблему медико-соціальної значущості [7, с. 3]. За статистичними даними ВОЗ (2012) фактично третина дорослого населення світу страждає на підвищений артеріальний тиск (АТ), що є причиною майже 50% усіх випадків летальності внаслідок серцево-судинних захворювань.

Високий рівень інвалідизації та смертності осіб з АГ пов'язаний з ризиком розвитку ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарда, цереброваскулярної патології, насамперед, інсульту [1–9]. Лікування осіб зі стабільно підвищеними АТ передбачає необхідність постійного прийому базисної медикаментозної терапії з метою

попередження тяжких наслідків та ускладнень АГ. Натомість це, у свою чергу, зумовлює ризик виникнення побічних ефектів та низки ускладнень: алергічних і токсичних реакцій, медикаментозної залежності, синдрому «звикання» тощо [3; 6]. Зважаючи на зазначене, Українська асоціація кардіологів рекомендує залучати до реабілітації осіб з АГ переважно немедикаментозні засоби, що сприятиме не лише зменшенню економічних витрат на лікування, а й інтенсифікації відновлення і стабілізації стану пацієнтів при систематичному і комплексному проведенні реабілітаційних заходів [5].

Отже, зважаючи на поширеність цієї патології, тяжкість наслідків та високий рівень інвалідизації і летальності, проблема реабілітації осіб з АГ безперечно є актуальною.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз сучасних досліджень засвідчив, що на сьогодні етіологія і патогенез АГ залишаються до кінця не з'ясовані [3; 5–6]. У країнах пострадянського простору дотепер провідною теорією щодо виникнення АГ є нейрогенна теорія Г. Ф. Ланга, згідно якої основним механізмом, що призводить до стабільно високого АТ є нервовий: психоемоційні реакції, стреси, душевні переживання. Повторення психоемоційних факторів різного характеру сприяє трансформації емоційно обумовлених гіпертензивних реакцій в хронічну форму АГ. У зв'язку з чим науковцями обґрунтовується необхідність включення в комплексну програму реабілітації заходів, спрямованих на психокорекцію і загальну релаксацію пацієнтів з АГ [4; 7–8].

На основі аналізу наукових досліджень і публікацій з'ясовано, що важливим аспектом фізичної реабілітації осіб з АГ є комплексний підхід, що передбачає гармонійну інтеграцію різних реабілітаційних заходів зі здоровим способом життя [2–6; 8].

Незважаючи на існуючу значну кількість досліджень, більшість з них присвячена медичним аспектам лікування пацієнтів з АГ. Натомість, питанням фізичної реабілітації осіб з АГ приділяється недостатньо уваги. У сучасній літературі різні аспекти фізичної реабілітації осіб з АГ висвітлюються переважно на рівні окремих рекомендацій.

Мета статті – розкрити організаційно-методичні особливості реалізації комплексної програми фізичної реабілітації осіб з АГ I і II стадії.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація осіб з АГ.

Предмет дослідження – програмне забезпечення фізичної реабілітації осіб з АГ I і II стадії.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення даних літературних джерел з теми дослідження.

Виклад основного матеріалу.

Розроблена програма фізичної реабілітації осіб з АГ I і II стадії передбачала реалізацію таких заходів: лікувальний масаж, заняття з ЛФК, що включали психосоматичну релаксацію й аутогенне тренування, а також рекомендації щодо проведення фіто- й ароматерапії та дотримання дієтотерапії в домашніх умовах.

Тривалість проведенні зазначених заходів в умовах стаціонару лікарні:

- масаж – 15–30 хв. (курс 10 днів);
- ЛФК – 20–60 хв. залежно від рухового режиму (курс 2 місяці);
- психосоматична релаксація – 15–20 хв.;
- аутогенне тренування – 15–20 хв.

Психосоматична релаксація й аутогенне тренування проводилося через день: перший день – психосоматична релаксація, наступний – аутогенне тренування.

Основними завданнями масажу були: зниження АТ, усунення та профілактика головного болю і запаморочення, попередження гіпертонічного кризу, нормалізація психоемоційного стану.

Протипоказання до масажу: гострі запальні захворювання міокарда й оболонок серця; ревматизм в активній фазі; пороки клапанів серця в стадії декомпенсації й аортальні пороки з переважанням стенозу аорти; недостатність кровообігу II Б и III

ступенів; коронарна недостатність, що супроводжується частими приступами стенокардії або явищами лівошлуночкової недостатності, серцевою астмою; аритмії – миготлива, пароксизмальна тахікардія; тромбози і тромбоемболічна хвороба, анеризми аорти, серця та великих судин; ГХ III стадії; пізні стадії атеросклерозу судин головного мозку з явищами хронічної недостатності мозкового кровообігу III стадії; атеросклероз периферичних судин; запалення лімфатичних судин і вузлів – збільшені, хворобливі лімфатичні вузли, спаяні зі шкірою і з підлягаючими тканинами; гостра серцево-судинна недостатність.

Масаж проводився за седативною (релаксаційною) методикою і передбачав: масаж верхньої частини спини – підлопаткової і міжлопаткової ділянок, масаж комірцевої зони і волосистої частини голови; додатково проводився масаж дистальних відділів нижніх і верхніх кінцівок.

Прийоми релаксаційного масажу включали: різні види погладжування, легкі розтирання, вижимання, неглибокі розминання, безперервну вібрацію. При цьому виключалися прийоми глибокого розминання і переривчастої вібрації: постукування, рублення, похлопування та ін. Масаж проводився в середньому і повільному темпі з урахуванням побажань пацієнтів.

ЛФК спрямовувалася на вирішення таких спеціальних завдань: нормалізація АТ, підвищення функціональних можливостей кардіореспіраторної системи, зміцнення серцевого м'язу, активізація процесів обміну речовин, підвищення загальної працездатності організму хворого.

Заняття ЛФК проводилися у формі ранкової гігієнічної гімнастики (РГГ) і лікувальної гімнастики (ЛГ). Фізична реабілітація для осіб з АГ I–II стадії включала три режими рухової активності: щадний (7–10 днів); щадно-тренувальний (2 тижні); тренувальний (4 тижні).

Заняття ЛГ на щадному режимі проводилися у групі (3–4 особи), в.п. – лежачи, сидячи і стоячи, використовувалися загальнорозвивальні вправи для великих і середніх м'язових груп, темп виконання – повільний і середній. Співвідношення загальнорозвивальних вправ до дихальних – 2:1, число повторень 4–6 разів. У заняття обов'язково включалися спеціальні вправи: на розслаблення, рівновагу, координацію рухів. Тривалість заняття становила 20–25 хв. РГГ проводилася протягом усього періоду занять і включала 10–14 вправ, які періодично замінювалися.

На щадно-тренувальному режимі заняття ЛГ проводилися переважно у в.п. – сидячи і стоячи, із залученням усіх м'язових груп, темп виконання вправ повільний і середній, кількість повторень – 6–8 разів. Тривалість заняття становила – 30–40 хв. Співвідношення загальнорозвивальних вправ до дихальних – 3:1.

На тренувальному режимі використовувалися різні в.п., збільшувалася амплітуда рухів, темп виконання – середній, кількість повторень вправ – 8–10 разів, співвідношення загальнорозвивальних вправ до дихальних – 4:1. Тривалість заняття – 40–60 хв.

Комплекс вправ ЛГ для осіб з АГ I–II стадії включав: дихальні вправи; загальнорозвивальні (загальнозміцнювальні) вправи; спеціальні вправи: на розслаблення м'язів, на координацію рухів і рівновагу з елементами вестибулярного тренування.

Під час проведення ЛГ уникали вправ, які можуть спричинити підвищення АТ (вправи з тривалою затримкою дихання і напругою, інтенсивні рухи в проксимальних відділах кінцівок), а також вправи, що можуть спровокувати порушення мозкового кровообігу (вправи з різкими нахилами і швидкими підйомами тулуба та поворотами голови).

Дихальні вправи (статичні) в процесі заняття ЛФК чергувалися із загальнорозвивальними, а також супроводжували їх виконання (динамічні вправи). З метою вироблення правильного дихання використовувалися статичні вправи на різні типи дихання, переважно – на тренування діафрагмального та змішаного, повного дихання (на вдиху спочатку випинається живіт, далі грудна клітка розширюється і

піднімається вгору; на видиху – втягується живіт, грудна клітка звужується і опускається). Динамічні дихальні вправи виконувалися в сполученні з напруженням і розслабленням м'язів (затримка вдиху на тлі напруги м'язів, а потім спокійний видих, супроводжуваний розслабленням м'язів) та передбачали здійснення під час рухів вільного глибокого вдиху через ніс і подовженого видиху через рот.

Вправи на розслаблення виконувалися відразу ж після м'язової напруги і поєднувалися із дихальною гімнастикою. Використовувалися динамічні вправи (махові рухи, погойдування, потряхування, вільне падіння розслаблених кінцівок тощо) та статичні (фіксація певної релаксаційної пози – у в.п. лежачи йогівська поза «шавасана», і сидючи – поза «кучера»).

Психосоматична релаксація й аутогенне тренування проводилося через день у заключній частині заняття і мало на меті максимальне м'язове розслаблення, пригнічення осередків збудження у корі головного мозку та корекцію психоемоційного стану, зниження АТ та інших симптомів АГ.

Психосоматична релаксація передбачала загальне розслаблення (м'язове, психоемоційне) хворого під музику та проводилося в двох в.п. Перше в.п. – лежачи на спині із напівзігнутими нижніми (у кульшовому, колінному суглобах) нижніми кінцівками (або під коліно – валик), руки незначно віддалені від тулуба, долонями вгору, кисті рук розслаблені із напівзігнутими пальцями, очі закриті. Дихання діафрагмальне. Друге в.п. – поза «кучера»: сидючи, не спираючись на спинку стільця, ноги напівзігнуті і розставлені в сторони на півкроку, руки пропущені між ногами, тулуб злегка нахилений, голова опущена, очі закриті. Дихання діафрагмальне, черевне – з'являється розслаблення м'язів уздовж хребта. При цьому пацієнтам пропонувалось подумки розслабляти усі частини тіла, починаючи з пальців ніг і закінчуючи м'язами голови: ... «розслабляються пальці стоп ... самі стопи ... розслабляються гомілковостопні суглоби, гомілки, коліна... ». Після м'язової релаксації пацієнтам пропонувалось відкинути всі думки та «розчинитися в релаксаційній музиці».

Аутогенне тренування проводилося в аналогічних психосоматичній релаксації позах (в.п.). Методика аутогенного тренування заснована на словесному самонавіюванні, вплив якого обґрунтовується з позиції вчення І. П. Павлова про умовні рефлекси. Словесні сигнали й уявлення, пов'язані з цими словами, включають кортико-вісцеральні реакцію за типом умовного рефлексу. Наприклад, під час концентрації уваги на слові «тепло» необхідно домагатися виникнення відчуття тепла, тобто розширення кровоносних судин, особливо поверхневих капілярів, що нагадує ефект теплового впливу. Таким чином, слово є при цьому основним засобом саморегуляції.

Слово «аутогенне» – грецького генезу: «аутос» – сам, і «генос» – рід, що означає породжує себе. Як єдина система це тренування було запропоноване німецьким психіатром Й. Шульцем. Ця система включає шість вправ:

1. «Важкість». Мета – досягнення стану м'язової релаксації (розслаблення). Спочатку викликають відчуття м'язової важкості в правій, а потім у лівій руці. Для кращого ефекту подумки промовляється: «Права рука важка ... права нога важка ... обидві руки ... ноги важкі». Далі важкість поширюється на все тіло.

2. «Тепло». Мета – навчитися керувати судинним тонусом (розширювати, звужувати поверхневі капіляри). При наполегливому тренуванні з'являється «тепло в руці ... нозі ... усьому тілі». Незамінні словесні формули: «Права рука ... нога тепла. Обидві руки теплі ... усе тіло тепле». Засвоєння цієї вправи дозволяє знижувати АТ.

3. «Серце». Мета вправи – регуляція ритму серця. Однак займатися самотійно цією вправою не бажано і особливо особам, які мають проблеми із серцем.

4. «Дихання». Вправа спрямована на регуляцію та нормалізацію ритму дихання. Подумки підкріплюється словами «Моє дихання рівне і спокійне ... дихання рівномірне, не напружене ...» Вправа сприяє врівноваженню процесів збудження і гальмування в корі головного мозку, зниженню АТ, нівеляції нападів бронхіальної астми.

5. «Тепло» в ділянці черевного сплетіння. Вправа викликає тепло в черевній порожнині. Подумки підкріплюється словами: «Мій живіт теплий ... Черевне сплетіння випромінює тепло ... нормалізується робота шлунково-кишкового тракту».

6. «Прохолода» у ділянці чола. Вправа спрямована на зняття втоми та головного болю. Під час цієї вправи виникає відчуття приємної прохолоди в ділянці чола. Подумки підкріплюється словами: «Мій лоб приємно прохолодний ... Я відчуваю приємну прохолоду в ділянці чола ... Голова ясна як джерело ...».

Під час виконання вправ – діафрагмальне дихання, довільний вдих – через ніс, подовжений (2,5 вдихи) «зігріваючий» видих – через рот. Кожна з формул самонавіювання передбачає багаторазове повторення – 2–4 рази. Для досягнення стійкого ефекту, на думку деяких дослідників, доцільно застосовувати аутотренінг протягом не менше 6 місяців.

Пацієнтам з АГ було надано загальні рекомендації щодо дієтичного харчування, які включали такі позиції:

- енергетична цінність дієти повинна відповідати енерговитратам, особливо при ожирінні та деяких обмеженнях при розвитку атеросклерозу: знизити кількість жирів (тваринних) – при наявності ожиріння включити в раціон продукти, багаті на ліпотропні речовини (сир, бобові, тріска); кількість білка в нормі (1,2–1,5 г на 1 кг маси тіла на добу); кількість вуглеводів не обмежувати, але зменшити вживання легкозасвоюваних вуглеводів (цукор, мед, варення, кондитерські вироби) і збільшити вживання продуктів, багатих на рослинну клітковину (не солодкі сорти фруктів, ягід, овочів);

- обмежити вживання солі до 4–6 г на добу – при тяжкій формі АГ, ускладненій недостатністю кровообігу показана безсольова дієта (сприяє підвищенню діурезу і зменшенню об'єму плазми крові); однак повне виключення солі на тривалий період не рекомендують, так як гіпохлоремія може сприяти накопиченню азотистих шлаків в крові;

- кількість прийому рідини не обмежується;

- вітамінізувати раціон (вітаміни А, Е, групи В, РР, С);

- збагачувати їжу калієм (овочі, фрукти, сухофрукти), кальцієм (сир, молоко), магнієм (квасоля, горох, соя, зелений горошок, ізіум, інжир, шипшина, фініки, пшениця, кукурудза, сушені абрикоси), фосфором (риба, м'ясо), йодом (морська капуста, креветки, кальмари, мідії, краби);

- виключити продукти, що збуджують ЦНС (м'ясні та рибні бульйони, міцний чай, кава, какао, шоколад, алкоголь) та подразнюють нирки (гострі закуски, приправи, копченості);

- обмежити продукти, що мають коагулюючу дію (сметана, вершки, масло);

- харчування повинно бути дробовим – 4–5 раз на добу, з наступним прийомом їжі не раніше ніж за 2–3 год. до сну.

Усім пацієнтам з АГ також було надано рекомендації щодо проведення фіто- й ароматерапії в домашніх умовах. Поряд з рослинами гіпотензивної дії, рекомендовано рослини, що мають седативну, сечогінну, жовчогінну, послаблюючу, протисклеротичну, антикоагулюючу дію, а також полівітамінні рослини.

Фітотерапія розробляється з урахуванням патогенезу та індивідуальних особливостей прояву захворювання. На початковій стадії, коли АТ підвищується періодично, корисні рослини з седативною і м'якою гіпотензивною дією (глід, валеріана, конвалія травнева, Мар'їн корінь, пустирник, синюха блакитна, сухоцвіт болотяний, шоломниця байкальська). Виявляючи виражену седативну дію, ці рослини покращують сон, нормалізують функцію підкоркових утворень ЦНС, знижують серцевий ритм, посилюють сечовиділення. Флавоноїди деяких рослин діють як спазмолітики, зміцнюють мембрани капілярів і артерій, нормалізують обмінні процеси. На цій стадії хвороби фітотерапія може бути основною.

У випадку стабільної АГ використовують рослини з більш вираженою гіпотензивною дією (омела біла, раувольфія зміїна, евкомія), які застосовуються при

високому АТ в поєднанні зі спазмолітиками (арніка гірська, беладона, деревій та ін.), а також травами, що поліпшують метаболічні процеси в міокарді (астрагал, суниця лісова, калина, абрикос звичайний, буркун лікарський, капуста, китайський лимонник, часник).

Курс фітотерапії для осіб з АГ I–II стадії становив 6–8 місяців із перервою через 1,5–2 місяці на 7–10 днів. Пацієнтів попереджали, що покращення стану в результаті фітотерапії відзначається на 2–3 тиждень, однак стійкий ефект може бути досягнутий за умови тривалого і регулярного застосування.

Для ароматерапії пацієнтам з АГ рекомендовано приймати ванни з ефірно-олійними розчинами (5–20 крапель на 300 л води), які включали гіпотензивні олії (лавандову, майоранову, з душиці) та седативні (гераневу, із собачою кропивою, тім'янову, хмелеву, трояндову). Для кращого розчинення олії пацієнтам запропоновано попередньо змішати їх із 4 столовими ложками емульгатора (морська або поварена сіль, мед, вершки, рідке мило) або із 2 жменями повареної солі. Температура води у ванні не повинна перевищувати 37–40°C, тривалість прийому ванни – 20 хв. Процедури проводяться через день або на третій день. Курс ароматерапії становить 15–20 ванн.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому плануємо представити результати експериментальної перевірки розробленої комплексної програми фізичної реабілітації осіб з АГ I і II стадії.

Література:

1. Коваленко В. М. Динаміка стану здоров'я народу України та регіональні особливості Аналітично-статистичний посібник / за редакцією В. М. Коваленко, В. М. Корнацького. ННЦ «Інститут кардіології М.Д. Стражеска». – Київ. – 2012. – 211 с.
2. Макарова И. Н. Реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: под ред. проф. И. Н. Макаровой. – Москва : Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа», 2010. – 304 с.
3. Оганов Р. Г. Школа здоровья. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: под ред. акад. РАМН Р.Г. Оганова. – Москва : издательская группа «ГЭОТАР – Медиа», 2009. – 160 с.
4. Подольський О. В. Ефективність заходів психофізичної реабілітації пацієнтів з стрес-асоційованою есенціальною артеріальною гіпертензією з використання магніто-лазерної терапії, аудіовізуальної стимуляції та кінезіотерапії / О. В. Подольський. // Медична гідрологія та реабілітація. – 2012. – Т. 10, № 4. – режим доступу : – http://nbuv.gov.ua/UJRN/MedGid_2012_10_4_3.
5. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії : посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. Четверте видання, виправлене і доповнене. – К. : ПП ВМБ, 2008. – 80 с.
6. Рудий Ю. Й. Обґрунтування використання фізичної реабілітації у хворих з артеріальною гіпертензією (огляд літератури) / Ю. Й. Рудий, Я. В. Лученко, І. П. Гуменюк // Biomedical and biosocial anthropology. – 2014. – № 23. – С. 291–295.
7. Садреева Д. С. Особенности вторичной профилактики артериальной гипертонии у сельских жителей Самарской области : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.15 «Кардиология» / Д. С. Садреева. – Самара., 2010. – 23 с.
8. Свищенко Е. П. Артериальная гипертензия : практическое руководство / Е. П. Свищенко, В. Н. Коваленко. – Киев : Морион, 2001. – 527 с.
9. Ханюкова І. Я. Інвалідність внаслідок гіпертонічної хвороби в Україні / І. Я. Ханюкова // Медичні перспективи. – 2003. – Т. VIII, 4. – С. 99–103.

Стаття надійшла до редакції 15.12.2016 р.

Кривопишина Я.В.
студентка 4 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С. Макаренка

Корж З.О.
старший викладач
кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С. Макаренка

ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В УЧНІВ ПОЧАТКОВИХ КЛАСІВ

Стаття висвітлює форми та методи формування здорового способу життя у молодших школярів як в навчальному процесі, так і в позаурочний час.

Ключові слова: молодший школяр, здоровий спосіб життя.

Постановка проблеми. Перехід до нового типу гуманістично-інноваційної освіти в Україні вимагає змін акцентів у вихованні сучасної молоді. Нині важливим завданням системи освіти є навчання підростаючого покоління відповідального ставлення до здоров'я як до найвищої суспільної та індивідуальної цінності. За останні півстоліття суттєво зросли вимоги до здоров'я людей, змінився зміст самого поняття – здоров'я. На зміну однобічному (в основному медико-біологічному) прийшов цілісний підхід до його визначення. У зміст поняття «здоров'я» сучасні вчені Т.Богайченко, М.Зубалій, С.Закопайло, С.Кондратюк, ін. включають всі складові здоров'я людини, а саме: фізичне, психічне, соціальне, духовне [4].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Особистісна орієнтація освіти, формування через освіту здорового способу життя можуть реалізовуватися на наукових засадах у процесі валеологічної освіти, використання активних форм виховання культури здоров'я. На думку учених та практиків культуру здоров'я необхідно формувати ще в дошкільному віці [1, 8]. У початковій школі, коли учні оволодівають системою знань, фізичні можливості необхідно поєднувати з їхнім інтелектуальним розвитком. Як відзначає ряд науковців, саме в молодшому шкільному віці починає активно формуватися спосіб життя, від якого в майбутньому значною мірою залежить здоров'я людини [6].

Аналіз окресленої проблеми у масовій педагогічній практиці України виявив позитивні тенденції. Так з 1993 року в Україні на державному рівні розпочато впровадження основ здоров'я в навчальний процес, що здійснюється за такими напрямками: застосування здорового способу життя у процесі викладання предметів гуманітарного та природничого циклів, викладання спеціальних оздоровчих курсів, проведення відповідної позаурочної виховної роботи тощо. Нині в Україні розроблені інтегровані курси «Здоров'я», які позитивно вирішують деякі аспекти проблеми виховання здорового способу життя школярів.

Сучасний стан здоров'я школярів вимагає тісного співробітництва педагогіки з медициною. Однак медичний аспект, спрямований на розробку різних рекомендацій зі зміцнення і збереження здоров'я дітей практично не торкається негативних для здоров'я учнів наслідків розумової перевтоми, тривалого нерухомого положення дитини за партою, що спричиняє не лише виникнення сколіозів, але й короткозорості, захворювань шлунково-кишкового тракту та ін. хвороби [3].

Як ми бачимо, на сьогодні проблеми здоров'я і здорового способу життя, освіти й виховання хвилюють багатьох учених у різних аспектах.

Мета статті. Розкрити сучасні шляхи формування здорового способу життя учнів початкових класів.

Об'єкт дослідження – процес виховання здорового способу життя у дітей молодшого шкільного віку в загальноосвітніх навчальних закладах.

Предмет дослідження – педагогічні умови формування установок до здорового способу життя у дітей молодшого шкільного віку загальноосвітнього навчального закладу.

Методи дослідження. При дослідженні цієї проблеми застосовано метод узагальнення науково-дослідної та науково-методичної літератури, методи теоретичного аналізу.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Сучасні дослідження доводять, що одна профілактична медицина все ж не дає значних позитивних результатів у формуванні здорового способу життя школярів, що більшість медичних працівників вважають турботу про здоров'я і формування здорового способу життя учнів винятково справою педагогів, тоді як останні покладають усі надії на медичних працівників.

На особливу увагу заслуговує молодший шкільний вік – початковий етап соціалізації дитини на рівні школи. Із вступом дитини до школи стає можливим цілеспрямований педагогічний вплив на особистість. Необхідність формування здорового способу життя у молодших школярів обумовлена розумінням того, що лише з раннього дитинства можна прищепити дітям основні знання, навички і звички щодо збереження здоров'я, які згодом перетворюються у важливий компонент загальної культури і впливатимуть на формування здорового способу життя усього суспільства. Психологи Г. Костюк, А. Хрипкова та ін. стверджують, що молодший шкільний вік є періодом дуже інтенсивного психофізичного розвитку дитини, формування у них моральних понять та переконань. Діти починають цінувати один в одного фізичну силу, швидкість, кмітливість, а вже потім моральні якості хоробрість, доброту, чутливість. Проте недостатньо ще уявляють, якими якостями вони володіють самі [6].

Аналіз науково-педагогічної літератури дає підстави стверджувати, що здоровий спосіб життя – це форма життєдіяльності, яка ґрунтується на вимогах добового біоритму і включає такі основні складові, як особиста гігієна, рухова активність, режим харчування та сну, загартування, чергування праці та відпочинку, відсутність шкідливих звичок [2].

Так, при навчанні предмету «Основи здоров'я» та «Фізична культура» передбачається вивчення і практичне застосування медичних, фізіологічних, гігієнічних та психологічних аспектів здорового способу життя. Під час занять учні ознайомлюються з такими темами: «Дорога до школи», «Основи загальної гігієни», «Гігієнічні вимоги до тіла, одягу, житла», «Гігієна харчування», «Негативний вплив шкідливих звичок на організм дитини», «Ранкова гімнастика», «Режим загартування повітрям, водою, сонцем», «Гієна відпочинку»).

Предмет «Основи здоров'я» дає можливість ознайомити молодших школярів з основами біоритмології, тобто з взаємозв'язком і взаємозалежністю людини і природи «Як бути здоровим», «Праця і відпочинок у сім'ї», «Про охайність», «Що треба знати про себе». На уроках з «Основи здоров'я» учні знайомляться з такими темами: «Органи травлення», «Гігієна харчування», «Вміння дотримуватись режиму харчування та послідовності прийняття їжі», «Зуби. Правила догляду за зубами», «Знання про чинники виникнення карієсу та його профілактику», «Вміння користуватися зубною щіткою», «Турбота про чистоту повітря», «Знання про користь чистого повітря».

Зміст дисципліни «Фізичне виховання» передбачає підвищення рівня знань і оволодіння навичками та вміннями ведення здорового способу життя засобами гігієни та фізичної культури, вміння поєднувати у повсякденному житті активний і пасивний відпочинок, дає відомості про умови дотримання режиму сну, про негативний вплив гіподинамії, вчить володіти комплексами вправ для ранкової гімнастики. Достатній обсяг рухової активності школярів можна досягти шляхом послідовного використання та оптимального поєднання різних форм організації

навчання. Учні повинні знати про користь ранкової гімнастики, фізичних вправ до початку занять у школі, фізкультурних хвилинок двічі впродовж уроку, спортивних годинах після обіду та два рази на тиждень уроків фізичного виховання [7, 10].

Однак, у змісті вище перелічених навчальних предметів проблему здорового способу життя висвітлюють фрагментарно, що не дає можливості впливати комплексно на мотиваційну сферу учнів початкових класів, забезпечити їх достатнім рівнем знань щодо вимог здорового способу життя.

Форми і методи виховання у молодших школярів здорового способу життя органічно пов'язані з навчальною діяльністю на уроках, але, крім цього, передбачають позаурочну виховну роботу з означеної проблеми.

Адже відомо, що для молодшого шкільного віку найбільш доцільними методами виховання є розповіді, бесіди, приклади, вправи, привчання, ігри, виховні ситуації, змагання. Зокрема, спонукальна функція розповіді орієнтована на засвоєння фактів і накопичення знань, на формування пізнавального інтересу до збереження і зміцнення здоров'я. З метою ефективної реалізації цієї функції вчителі можуть використовувати різноманітні прийоми, серед яких, насамперед, виділяються наведення яскравих прикладів, «проектування» розглянутих оздоровчих проблем на особистість молодшого школяра, що розуміється як створення виховних ситуацій, за яких проблеми формування здорового способу життя стають особистісно значущими, постановка проблеми, пов'язаної із станом здоров'я, актуалізація набутих молодшими школярами знань та досвіду з формування, збереження і зміцнення здоров'я. Зазначимо, що розповідь вчителя, його слово, оцінки або судження мають велике значення для молодших школярів, що, навіть усупереч небажанню дотримуватись основних вимог здорового способу життя, стимулюють зміну ставлення учня до цієї діяльності на краще. Беручи до уваги схильність молодших школярів до наслідування, можна широко застосовувати такий виховний метод, як приклад, який передбачає зустрічі з фізично привабливими здоровими людьми – спортсменами, новаторами здорового способу життя, батьками, педагогами, однолітками. Після таких зустрічей під час спілкування молодші школярі мають можливість порівнювати свій спосіб життя із конкретним способом життя здорової людини, проектувати майбутній образ самого себе. Відомо, що приклад надає конкретні взірці для наслідування і тому активно формує свідомість, почуття, переконання, активізує діяльність.

Зважаючи на притаманну молодшим школярам любов до казок, можна запропонувати їм для позакласного читання казку «Мандрівка з годинником в країну Здоров'я». Під час виховної години казку можуть читати частинами самі діти, а після кожної частини проводити обговорення і давати відповіді на запитання казкового героя. Обов'язковим при цьому має бути наявність у класній кімнаті героя казки – годинника. Дітям надається можливість висловити свої пропозиції, з повагою віднестися до інших думок, разом знайти правильні відповіді, обґрунтувати їх. Так, запитання «Як запропонував годинник поводитися дітям, щоб бути здоровими?» потрібно підвести дітей до таких відповідей: «робити ранкову зарядку потрібно тому, що вона зміцнює здоров'я»; «мити руки потрібно, бо на брудних руках знаходяться мікроби»; «гарно пережувувати їжу потрібно тому, щоб вона краще засвоїлась»; «їсти більше овочів і фруктів потрібно, тому що у них багато вітамінів»; «займатися спортом або вдома виконувати фізичні вправи»; «все робити по черзі, щоб менше стомлюватися» та ін. Учні разом із вчителем приходять до висновку «Щоб бути здоровим, потрібно дотримуватись режиму дня». Так казка розкриває не лише зміст режиму дня, але й формує позитивне ставлення до гігієнічних вимог, допомагає усвідомити і засвоїти норми оздоровчої поведінки, черговість виконання режимних моментів, а застосування діалогічного підходу допомагає зробити молодшим школярам висновки про необхідність дотримання режиму дня з метою збереження здоров'я.

Ефективний педагогічний вплив дає привчання до рухової активності в ігровій формі. З цією метою можна організувати спортивні ігри та змагання із

застосовуванням різних фізичних вправ з подальшим визначенням рівня підготовки дітей, які досягли успіху, й тих, хто через недостатній рівень фізичної підготовленості відстав, але доклав максимум зусиль. Таким чином, схвалення переможців, з метою спонукання дітей до повторювання фізичних вправ є застосуванням наступного методу виховання – заохочення. Діти молодшого шкільного віку мають більшу потребу в заохоченні, схваленні вчинків, ніж діти інших вікових груп. Враховуючи авторитет вчителя (вихователя) у молодших школярів, метод заохочення має велику виховну силу, що активізує процес формування до здорового способу життя.

У вихованні здорового способу життя молодших школярів неабияке значення має раціональне харчування. Дітям необхідно розповідати про необхідність правильного харчування. Для засвоєння дітьми правил гігієни і поведінки під час харчування можна звернутися до відомих казок з подальшим їх обговоренням. Цей виховний метод передбачає діалогічну взаємодію і спонукає молодших школярів до активізації їх самостійності в оцінних судженнях, формує негативне ставлення до людської неохайності. Під час обговорення казок важливо акцентувати увагу на таких правилах поведінки в їдальні: «перед їжею мити руки»; «пити невеликими ковтками»; «не стукати ложками по тарілці»; «не нахилиятися низько над столом»; «лікті на стіл не ставити»; «їсти тихо»; «під час їжі не розмовляти» та ін. Таким чином учитель разом з учнями має можливість формувати конкретні правила поведінки під час їжі.

Не менш важливий компонент здорового способу життя дитини є сон, який є необхідною умовою психологічної та фізичної рівноваги, формою життєдіяльності, під час якої відбувається регулювання біоритмологічної структури організму. Ознайомлення молодших школярів із різноманітною інформацією про залежність стану психофізичного здоров'я від умов і тривалості сну, наведення конкретних прикладів, подання цієї інформації за допомогою різних виховних методів (бесіда, розповідь, виготовлення плакатів, виховні ситуації тощо) сприяє розумінню дітьми важливості означеної складової збереження здоров'я і формування здорового способу життя.

Під час проведення розповідей і бесід необхідно звертати увагу учнів на визначення та усунення різних негативних чинників, що впливають на нічний сон. Дітям варто пояснити, що недобре спати у непривітному приміщенні, у якому окрім пилу, міститься багато вуглекислого газу, який перешкоджає засинанню. В сучасних квартирах знаходиться велика кількість різної теле- і радіоапаратури, електроприладів, котрі випромінюють слабкі електромагнітні поля і можуть викликати головний біль, ускладнення дихання тощо. Дитина ще вразливіша до таких впливів, ніж доросла людина. Учням необхідно пояснити причини і сутність цієї небезпеки, а також роль правильного положення тіла під час сну.

Таким чином, загальноосвітня школа залишається основним соціальним інститутом, який надає дітям базову освіту про основи здоров'я, вирішує завдання у формуванні здорового способу життя учнів початкових класів.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження в галузі здорового способу життя будуть спрямовані на розробку практичних заходів з визначення мотивації молодших школярів до здорового способу життя та корекції всіх його основних компонентів для підвищення їх соціальної дієвості з урахуванням індивідуально-особистісних інтересів учнів початкових класів у загальноосвітньому навчальному закладі.

Література

1. Бех І.Д. Виховання та розвиток особистості у дзеркалі двох парадигм. / І.Д. Бех // збірник наукових праць – 2012 – № 16 ,книга 1– С. 3 – 8.
2. Гончаренко М.С. Поняття «Валеопедагогіка» та «Педагогічна валеологія» у психолого-педагогічній літературі / М.С. Гончаренко, С.Є. Лупаренко // Педагогічні науки : теорія, історія, інноваційні технології – 2010 – №1(3) – С. 30–36.
3. Гундаров М.А. Медико-соціальні проблеми здорового способу життя / М.А. Гундаров. – К ІЗМН, 1999. – 83 с.

4. Зубалій М. Складові здорового способу життя / М. Зубалій // Завуч. – 2000. – № 20. – Липень. – 29. с.
5. Кондратюк С.М. Здоров'я школярів – головна умова їх гармонійного розвитку / С. М.Кондратюк // Педагогічні науки : зб. наук. праць. – Суми : Редакційно-видавничий відділ СДПУ ім. А. С. Макаренка, 1999. – С. 299–308.
6. Костюк Г.С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості / Г.С. Костюк // за ред Л.М. Проколієнко. – К. : Рад.школа, 1989. – 608 с.
- 7.Круцевич Т.Ю. Контроль у фізичному вихованні дітей, підлітків і молоді. / Т.Ю Круцевич , М.І. Воробьев, Г.В Безверхня. // Навчальний посібник. – Вид. 2 – С. 4 – 23.
- 8 Кондрашова Л.В. Педагогіка в запитаннях і відповідях / Л.В. Кондрашова О.А., Пермяков Н.І., Зеленкова Г.Ю. Лаврешина // – 2006.
9. Міхеєнко О.М. Основи раціонального та оздоровчого харчування: підруч. [для студ.вищ.навч.закл.] / Міхеєнко О.М. – Суми,2013. – С. 6 – 15, 31 – 61.
10. Поташнюк І. Теоретико-методичні основи використання оздоровчого впливу засобів фізичної культури на формування й відновлення здоров'я людини / І. Поташнюк О. Кубович // Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення – 2011 [Електронний ресурс] режим доступу до статті http://esnuir.eenu.edu.ua/bitstream/123456789/3520/3/i_potashniuk.pdf

Стаття надійшла до редакції 22.12.2016 р.

Кукса Н. В.

кандидат педагогічних наук, доцент
кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

Миненко О. О.

студентка 4 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ В ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ЛФК

У статті представлено програмне забезпечення ЛФК для дітей молодшого шкільного віку з порушенням постави в сагітальній площині.

Ключові слова: порушення постави, сутулість, молодший школяр, програма лікувальної фізичної культури, масаж, лікувальна гімнастика

Постановка проблеми. Постава починає формуватися з моменту народження дитини, тому при несприятливих умовах розвитку вже в дітей раннього віку можуть спостерігатися порушення постави. Найбільш виражено порушення постави виявляються в дітей шкільного віку, що пов'язано з тривалим перебуванням в положенні сидячи за партою, комп'ютером, а також неправильним положенням тіла при цьому. Статистична витривалість у молодших школярів ще достатньо низька, тому діти дуже швидко втомлюються, що пов'язано з віковими особливостями рухового аналізатора.

Організм дитини відрізняється від організму дорослої людини не лише за розмірами, але й за особливостями будови й функціонального стану систем і органів. Фізичний розвиток дітей є нестабільним, періоди посиленого росту чергуються його сповільненням, змінюються його обмінні та енергетичні процеси. У дитячому віці відбувається інтенсивне збільшення маси і довжини тіла, формування кісткової

системи. Зважаючи на означене, у дітей при неправильному фізичному навантаженні й недбалому ставленні до постави можуть виникати стійкі відхилення в розвитку хребта [1, с. 77].

С. Афанасьєв зазначає, що недостатня увага до цієї проблеми та несвоєчасна корекція функціональних порушень хребта в дитячому віці сприяють формуванню захворювань не тільки кістково-м'язової системи, але й інших органів і систем, що є причиною зниження або втрати працездатності в зрілому віці [2, с. 7].

Питанням формуванню правильної постави і корекції її порушень присвячено багато наукових досліджень, зокрема, вчені акцентують увагу на можливості прогресування наявних деформацій хребта в молодшому шкільному віці, для якого характерні найбільші зміни антропометричних показників фізичного розвитку. Відзначено, що в періоди інтенсивного росту для дітей характерним є зниження працездатності, підвищена фізична і розумова втомлюваність, ослаблення реактивності організму. З початком шкільного навчання тривале перебування в положенні сидючи обумовлює підвищене статичне навантаження на хребет дитини, що в поєднанні зі зниженим функціональним станом м'язової системи створюють несприятливі умови для подальшої деформації хребта.

Аналіз останніх досліджень і публікацій з проблеми дослідження. Незважаючи на численні дослідження, присвячені питанням формування правильної постави в дітей молодшого шкільного віку, ця проблема не втрачає своєї актуальності серед фахівців в області адаптивної фізичної культури, корекційної педагогіки та реабілітології [5, с.182].

На думку В. Й. Шатило, проблема функціональних порушень постави і сколіозу у дітей залишається однією з найактуальніших у медичній, педагогічній і реабілітаційній практиці та потребує подальшого осмислення, вивчення, наукового й експериментального обґрунтування. Аналіз статистичних даних свідчить про збільшення патології опорно-рухового апарату серед дитячого населення, зокрема, негативну динаміку розповсюдження і формування порушень постави і сколіозів у дітей шкільного віку [4, с. 89].

Мета дослідження – науково обґрунтувати і розробити програмне забезпечення ЛФК для дітей молодшого шкільного віку з порушеннями постави в сагітальній площині.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація дітей з порушенням постави.

Предмет дослідження – корекція та профілактика сутулості в дітей молодшого шкільного віку засобами ЛФК в умовах навчального закладу.

Викладення основного матеріалу. О. М. Мятига вказує що основні фізичні вправи, які спрямовані на формування правильної постави, можна умовно розділити на три групи: 1) вправи для розвитку рухових навичок і зміцнення м'язового корсета; 2) вправи для формування правильної постави; 3) коригувальні вправи для корекції і профілактики порушень постави. Вправи *першої* групи спрямовуються на розвиток сили та статичної витривалості м'язів; виконуються переважно з розвантажувальних (полегшених) вихідних положень: лежачи на животі або на спині, на гімнастичній лавці, гімнастичній стінці. Вправи *другої* групи активізують рухову структуру постави, тобто зорієнтовані на формування та функціональне застосування (розвиток м'язово-суглобової чутливості) – це вправи з предметами на голові, які розвивають відчуття різних поз, рівноваги, балансування тощо. Вправи *третьої* групи застосовуються для профілактики негативних впливів середовища на поставу [3, с. 175-176].

Розглянемо більш детально організаційно-методичні особливості ЛФК для молодших школярів зі сутулістю. Спеціальними завданнями ЛФК в аспекті корекції сагітального профілю постави в дітей молодшого шкільного віку були:

- нормалізація трофічних процесів, збільшення рухливості хребта;
- виховання стереотипу та формування навичок правильної постави;
- корекція фізіологічних вигинів за рахунок зміцнення слабких та розслаблення напружених м'язів;

- підвищення вертикальної стійкості тіла дітей та їх рухових можливостей;
- зміцнення м'язового корсету, вироблення загальної і силової витривалості м'язів тулуба та підвищення рівня фізичної працездатності.

Окрім зазначеного, було поставлено завдання щодо покращення функціонального стану дихальної та серцево-судинної систем. Остання передбачала адаптацію та підвищення витривалості до фізичного навантаження.

Масаж при порушеннях постави дозволяє зміцнити слабкі та розслабити м'язи з підвищеним тонусом; покращити кровообіг та іннервацію, трофіку м'язів, сухожиль і кісток; відновити нормальні умови для розвитку та росту кісток хребта і грудної клітки.

Масаж проводився безпосередньо перед лікувальною гімнастикою з перервою між заходами на 15-20 хв. Загальна тривалість масажу становила 45-60 хв.

Лікувальний масаж для дітей зі сутулістю спрямовувався на загальне зміцнення м'язового корсету, а також вирівнювання тонусу м'язів передньої і задньої поверхні тулуба: розслаблення напружених м'язів (грудної клітки), стимуляцію функції слабких (розтягнутих) м'язів спини, черевного пресу, їх зміцнення.

Протипоказання до проведення масажу були такі: гострі запальні процеси, кровотечі та схильність до них, захворювання крові, гнійні процеси будь-якої локалізації, захворювання шкіри (інфекційні, грибові), гангрена, гостре запальні процеси, запалення лімфатичних вузлів, активна форма туберкульозу, доброякісні та злоякісні пухлини різної локалізації. Також протипоказаннями є психічні захворювання, недостатність кровообігу III ступеню; легенева, серцева, ниркова, печінкова недостатність тощо.

План масажу при порушеннях постави передбачав масаж спини і комірцевої зони (у в.п. лежачи на животі; 20 і 10 хв.); масаж грудної клітки та м'язів черевного пресу (у в.п. лежачи на спині; по 10-15 хв.).

Особливості методики масажу спини при порушеннях постави полягають у використанні швидкого темпу масажних рухів, глибокого натискання, переривчастого виконання всіх прийомів масажу. Особлива увага приділяється прийомам розминання з метою підвищення тонусу та зміцнення розтягнутих м'язів спини. Напрямок масажних рухів – від повздожних кісток і поперекового відділу вгору уздовж хребетного стовпа, до шийного відділу та верхнього краю трапецієподібного м'язу, від остистих відростків до пахових та пахових лімфатичних вузлів.

Лікувальна гімнастика у сполученні з масажем є провідним засобом фізичної реабілітації дітей з порушенням постави. Комплекс лікувальної гімнастики для дітей молодшого шкільного віку зі сутулістю включав:

- загальнорозвивальні і дихальні вправи;
- вправи для формування стереотипу правильної постави;
- спеціальні (коригуючі) вправи.

ЗРВ і дихальні вправи застосовувалися з метою підвищення загальної фізичної підготовки, поліпшення трофіки тканин опорно-рухового апарату, покращення функціонального стану дихальної і серцево-судинної систем. ЗРВ – переважно прості, елементарні активні вправи середнього дозування, виконуються в різних в.п., для всіх м'язових груп; з предметами і без них. ЗРВ і дихальні вправи є необхідним підготовчим фоном для корекції поршень постави в дітей.

Вправи для формування стереотипу правильної постави передбачали фіксацію певної пози з поступовим збільшенням тривалості її утримання у статичі і динаміці та ускладненням вправ.

Спеціальні (коригуючі) вправи спрямовувалися на корекцію фізіологічних вигинів, збільшення рухливості хребта, зміцнення слабких і розслаблення напружених м'язів.

Лікувальна гімнастика проводилася 3 рази на тиждень по 25-30 хв. Заняття складалося з 3 частин: вступної (4-5 хв.), основної (15-20 хв.) та заключної (3-5 хв.). У вступній частині заняття лікувальної гімнастики здійснювалася мобілізація резервів дихального апарату, серцево-судинної і нервової систем з метою підготовки до

виконання більш складних вправ та спеціальних вправ в основній частині заняття. Використовувалися дозована ходьба; дихальні вправи, які чергувалися із нескладними вправами (або супроводжували їх) з невеликим навантаженням для різних м'язових груп.

В основній частині заняття вирішувалися спеціальні завдання. Проводилися вправи на виховання правильної постави; коригуючі вправи, які чергувалися із вправами на розслаблення м'язів і загальнорозвивальними вправами. Схема виконання спеціальних вправ: вправи на формування стереотипу правильної постави; вправи у полегшених в.п.: різні види повзання (на ліктях і колінах, на випрямлених руках і ногах), вправи у в.п. лежачи на животі, на спині, на боку, на чотирьох. Включалися вправи з предметами (гімнастичні палиці, м'ячі, прапорці тощо). Під час виконання вправ у в.п. лежачи на спині під верхню її частину (міжлопаткова область) підкладався невеликий валик, що сприяло розтягненню м'язів грудної клітки. Наприкінці основної частини – повторно виконання вправ на виховання правильної постави.

Відповідно до спеціальних завдань комплекс коригуючих вправ для дітей молодшого шкільного віку зі сутулістю включав:

- вправи для формування м'язового корсету;
- вправи для збільшення рухливості хребта;
- вправи для зміцнення м'язів спини;
- вправи на розтягнення і розслаблення м'язів грудної клітки;
- вправи для зміцнення м'язів черевного преса;
- вправи для корекції крилоподібних лопаток (при наявності);
- вправи на розтягнення м'язів передньої поверхні і зміцнення м'язів задньої поверхні стегна.

Заклучна частина заняття лікувальної гімнастики передбачала зниження загального збудження, поступове приведення організму дитини в спокійний стан. З цією метою використовувалися ходьба у повільному і середньому темпі; вправи на розслаблення; дихальні вправи. Наприкінці заняття – загальна релаксація у в.п. лежачи на спині з напівзігнутими нижніми кінцівками (у кульшовому і колінному суглобах), верхні кінцівки – вільні і розслаблені, очі закриті.

Вправи для збільшення рухливості хребта передбачали виконання нахилів, згинання-розгинання, повороти тулуба із різних в.п. Основною коригуючою вправою для збільшення рухливості хребта в дітей зі сутулістю було виконання розгинання тулуба із в.п. – лежачи на животі, таким чином, щоб тулуб, включаючи сідниці, знаходилися на вісу. Це уможлиблювалося завдяки використанню:

- спеціального тренажера з фіксацією стоп ніг; передня частина стегон –на тренажері;
- стільця, на якому фіксація задньої частини стегон здійснювалася руками інструктора ЛФК.

Дитина здійснювала повільне піднімання (розгинання) й опускання (згинання) тулуба разом із тазом; руки дитини – заведені за голову, зціплені у замок.

До комплексів лікувальної гімнастики для молодших школярів зі сутулістю вводились 1-2 рухливих гри.

Важливим аспектом фізичної реабілітації молодших школярів зі сутулістю було також налагодження взаємодії з батьками таких дітей з метою надання їм рекомендацій щодо можливості проведення різних засобів ЛФК в домашніх умовах.

Перспектива подальших досліджень полягає в пошуку нових підходів до фізичної реабілітації школярів з порушеннями постави.

Література:

1. Філак Я. Засоби фізичної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з кіфотичним порушенням постави / Я. Ф. Філак // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: збірник наукових праць – 2016. – № 2. – С. 76-81.
2. Афанасьєв С. Гендерні особливості функціонального стану хребта підлітків зі сколіотичною поставою / С. Афанасьєв // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2016. – № 5 (55). – С. 7.
3. Мятига О. М. Лікувальна фізична культура, лікувальний масаж і фізіотерапія при порушеннях постави / О. М. Мятига, О. П. Ковальчук // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2013. – № 5. – С. 175–178.
4. Шатило В. Й. Попередження порушень постави у дітей та підлітків / В. Й. Шатило // Современная педиатрия. – 2013. – № 6. – С. 88–91.
5. Пригородова І. М. Особливості методики корекційного фізичного виховання дітей дошкільного віку з порушеннями постави / І. М. Пригородова, О. П. Глоба // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – 2014. – Вип. 28. – С. 181–185.

Стаття надійшла до редакції 25.12.2016 р.

Литвиненко В.А.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

Литвиненко А.Є.

студентка групи 3 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ЗАСТОСУВАННЯ ІМАГОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

У статті розглядається особливості застосування імаготерапії в процесі корекційно-реабілітаційної роботи дітей дошкільного віку; проведено аналіз досліджень та підходів, щодо використання такого засобу арт-терапії, як імаготерапія (лікування через образ, театралізацію).

Ключові слова: імаготерапія, лялькотерапія, лялька, реабілітаційна робота, дошкільний вік.

Постановка проблеми. В останні роки у дітей дошкільного віку виділяють відсутність мотивації до навчальної діяльності, зниження пам'яті та уваги, відсутність навичок соціальної поведінки, збіднені емоційні прояви, порушення самоконтролю у всіх видах діяльності.

В. А. Литвиненко вважає, що імаготерапія розвиває найрізноманітніші творчо-мовленнєві здібності й функції: мову, інтонацію, уяву, пам'ять, увагу, асоціативне мислення; технічні й мистецькі здібності; руховий ритм, пластичність тощо. Імаготерапія розвиває емоційно-чуттєву сферу, тим самим збагачуючи особистість дитини [5].

О. М. Литвиненко зазначає, що ляльковий театр дозволяє стимулювати дітей до образного й вільного сприйняття навколишнього світу (людей, культурних цінностей, традицій, літературного твору). За його допомогою дитина вчиться поважати чужу думку, фантазувати, уявляти, спілкуватися з оточуючими, бути толерантною до різних точок зору [2].

І. А. Гусєва вказує, що напрямки роботи із застосуванням імаготерапії з дітьми, що потрапили у важку життєву ситуацію, зумовлені необхідністю особистісною та соціальною адаптацією дітей. Це заважає їм повноцінно розвиватися, здобувати освіту, жити щасливим життям. Підтримка, допомога у їх реабілітації, успіх в емоційному і розумовому розвитку полягає в безперервному створенні сукупності методик, методів, засобів, форм контролю соціально-педагогічної діяльності [6].

М. О. Антонець стверджує, що використання лялькового театру сприяє розумовому, моральному та релігійному вихованню дітей. Ляльковий світ – модель людського життя, модель стосунків людини з цим світом, взаємин між людьми з Творцем. Через ляльку людина намагається зрозуміти саму себе і навчитися існувати у створеному для неї світі [1].

Імаготерапія в реабілітаційній роботі з дітьми дошкільного віку застосовується як в індивідуальній, так і в групових формах. Імаготерапія з дітьми дошкільного віку проводиться у формі лялькотерапії [4].

Найдієвішим засобом емоційної розкритості дитини, позбавлення її затисків, стимулювання художньої уяви, здатності до образного й вільного сприйняття навколишнього можна вважати гру, фантазування, творчість, театралізовану діяльність [3].

Мета дослідження проаналізувати можливості застосування імаготерапії в процесі реабілітації дітей дошкільного віку та охарактеризувати особливості її використання з корекційно-реабілітаційною метою.

Результати досліджень: Досвід застосування вітчизняними і зарубіжними вченими та практиками імаготерапії у роботі з дітьми, доводить ефективність її методів. Одним із дієвих способів застосування імаготерапії є виготовлення дітьми ляльки. При виборі матеріалу для виготовлення ляльки враховуються два критерія: можливість вносити зміни в ляльку без втрати загального естетичного враження та можливість більшою мірою імпровізації. У зв'язку з цим описуються переваги глини, у тому числі полімерної, перед іншими матеріалами [7].

Є. Н. Васіна зазначає, що лялька як продукт художньої творчості дитини виступає її самосвідомості як частини «Я», що виноситься назовні, на об'єкт навколишньої дійсності. «У створенні ляльки кожен раз зачіпається тема інтеграції порядку і хаосу, пошуку ідентичності та її експресивного вираження через створення об'єкта для рефлексії». Іноді лялька символізує сутність героя чи то початок в ньому, яке повинно бути розкрито. Створюючи «цілющу ляльку», яка виступає в якості метафори тих якостей, які необхідно культивувати автору ляльки, він (автор), може стати здоровим і гармонічним [5].

Н. О. Зінов'єва запропонувала методику для дітей, що пережили насилля, або мають проблеми у соціалізації (рекомендується набір із 15–20 різних ляльок: агресивні, миролюбні, ляльки, що зображують родину, вчителів, вихователів, міліцію, лікарів, ляльки-відьми, ляльки-тварини тощо). Досить ефективними у лялькотерапії є пальчикові ляльки. Психологічний ефект таких ляльок полягає у тому, що, неконтактна, сором'язлива, нерішуча дитина, незважаючи на те, що лялька знаходиться на її руці, розглядає її відокремленою від себе. Завдяки цьому може активно включатися в ігрову діяльність, розкривати свої найпотаємніші почуття, за принципом: це – не я, це – лялька! [7].

Цікавий сучасний досвід використання ляльки як об'єкта творчого відтворення власного «Я» в Україні є досить відомим. Адже тут споконвічно лялька вважалась одним з найефективніших засобів народної педагогіки та часто з'являлась у творах народних майстрів. Своєрідний синтез цих двох ідей спостерігається у творчості відомої української художниці Наталії Рудюк (м. Київ), яка активно розвиває ідею українського сучасного лялькарства. Її унікальна творчість – це високохудожні зразки перенесення внутрішнього світу людини (часто й самої авторки, оскільки більшість ляльок мають навіть фотографічну схожість з нею) у художні образи ляльок, які сповнені прагненням відчувати, любити, шукати істину

людського буття! Цікава й сама казкова основа авторських сюжетів: Лялька-Янгол, Лялька-Амазонка, Лялька-Фенікс тощо [5].

І. Медведєва використовує мистецтво театру ляльок як «лялькотерапію», лікуючи дітей від неврозів за допомогою театру ляльок [3].

Т. Калошна використовує ляльок-маріонеток у психотерапевтичній роботі. Ляльки, які дитина може надіти на руку (лялька-петрушка, лялька-бі-ба-бо) у корекційній роботі використовуються для того, щоб дитина могла виражати свої емоції, для опису і виразу яких у неї немає потрібних слів [3].

Лялькотерапія використовує також елементи музики, танцю, образотворчого мистецтва. Дітям надається можливість намалювати свою ляльку-образ, одягнути її на своєму малюнку так, як цього хоче дитина. Слід зазначити, що дуже часто діти соромляться співати або танцювати. А коли дитина бере ляльку-рукавичку, одягає її на свою руку, вставляє пальці у м'які руки рукавички-ляльки, яка по розміру така ж сама як рука дитини, то вже співає або танцює не дитина, а лялька, а дитина нібито ховається за ляльку. Слід особливо підкреслити, що за допомогою театральної ляльки у дітей з певними проблемами у розвитку формується соціальна стійкість [3].

При «оживленні» предмету чи побутової річі, які значно відхиляються від своїх звичайних функцій, у них відкриваються нові якості, які діти не помічали раніше, які були заховані. За множинністю проявів, багатогранністю властивостей і якостей діти відкривають для себе сутність предметів і явищ, що значно розширює діапазон сприйняття цих предметів. Виконання таких завдань надає можливість дітям діяти за таку ляльку, говорити від її імені, наділяти її чисто людськими якостями, незалежно від того, наскільки вона зовнішнє нагадує людину. У дітей є особлива якість ідентифікації з іншими людьми або предметами чи явищами оточуючої дійсності. Розвиток здібності до ідентифікації дозволяє дитині глибше зрозуміти не тільки інших, а і усвідомити себе, своє внутрішнє «я». Особливою формою ідентифікації є антропоморфізм, коли якості живих істот приписуються неживій матерії. Цей спосіб пізнання себе і оточуючого світу особливо притаманний дітям [3].

Висновки. Імаготерапія є не тільки цікавим, але й надзвичайно ефективним методом виховання та розвитку творчих здібностей у дітей духовних пріоритетів. Цей метод дає можливість маленьким глядачам усвідомлювати власні почуття; надає можливість дитині побути у різних творчих ситуаціях, через які вона знайомиться з природою, предметами навколишнього світу. Отже, методи імаготерапії органічно інтегруються в освітньо-виховний та реабілітаційний процес, що сприяє мовленнєвому, творчому, розумовому потенціалу дітей, дає можливість ефективно організовувати корекційну роботу. На сьогоднішній день широке використання методів імаготерапії у роботі з дошкільниками, переконливо засвідчує про надзвичайну актуальність та своєчасність використання не тільки з розвивальною, а й з колекційною метою.

Перспективи та подальші розвідки досліджень: проведений теоретичний аналіз дозволяє вбачати подальші перспективи та розвідки у практичному впровадженні імаготерапії в реабілітаційній роботі з дітьми дошкільного віку.

Список використаної літератури:

1. Антонєць М.О. Лялькотерапія як один з методів виховання духовних пріоритетів у дитини / М.О. Антонєць // Збірник наукових праць «Простір арт-терапії.» – Вип. 1(7). – К.: Арт-терапевтична асоціація, 2010. – С. 4–11.

2. За лаштунками лялькового театру : репертуарний збірник для лялькового театру. Випуск IV / ОКЗ «Сумська обласна дитяча бібліотека ім. М. Островського»;уклад. О. Литвиненко. – Суми, 2012. – 41 с.

3. Калініна Л.А. Використання лялькотерапії як напряму арттерапії у корекційній роботі з дітьми, які мають проблеми у розвитку / Л.А. Калініна // Педагогіка. – № 5. – 2009. – С.25–29

4. Литвиненко В.А. Основи арт-терапії: навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. 2-ге видання, перероблене і доповнене. / В.А. Литвиненко – Суми: ФОП Цьома С.П., 2016. – 136 с.

5. Федій О. А. Естетотерапія: навч. посіб. 2-ге вид. перероб. та доп. / О.А. Федій – К.: «Видавництво. «Центр учбової літератури», 2012. – 304 с.

6. [Електронний ресурс] / И.А. Гусева. – Режим доступа: <http://nsportal.ru/shkola/tekhnologiya/library/2014/01/07/rol-kukly-v-razvitii-devochki-art-terapiya>

7. [Електронний ресурс] / Л.Г. Тельнова. – Режим доступа: <file:///C:/Users/Dell/Downloads/vozmozhnosti-ispolzovaniya-kukloterapii-v-psiologicheskoy-rabote-s-osuzhdennymi.pdf>

Стаття надійшла до редакції 19.12.2016 р.

Литвиненко В. А.

кандидат педагогічних наук, доцент
кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім.А.С.Макаренка

Луценко І. О.

студентка 3 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім.А.С.Макаренка

ЗАСТОСУВАННЯ ТАНЦЕТЕРАПІЇ В ОЗДОРОВЧІЙ РОБОТІ З ДОРΟΣЛИМИ

У статті представлений новий погляд на танцетерапію, як реабілітаційний метод, що заснований на творчому самовираженні і направлений на зцілення психіки та самопізнання людини. Розглядаються особливості реалізації її творчих можливостей з метою подальшої соціалізації та моделювання навичок її соціальної поведінки за допомогою танцю.

Ключові слова: танцетерапія, рух, кінезіотерапія, ритм, оздоровча робота.

Постановка проблеми. У сучасному світі гостро порушується питання про корекцію порушень емоційно-особистісної та мовленнєвої сфер, зняття м'язевого та психологічного напруження. Потреба сучасного суспільства – це виховання всебічно розвиненої особистості, що і є основною ціллю на даному етапі. Ключовим завданням є зняття психоемоційної напруги, забезпечення релаксації, корекція моторної сфери, регуляція емоційних станів.

Одним із ефективних засобів поліпшення психологічного, емоційного та фізичного стану людини є танці, або танцювально-рухова терапія, яка виконує оздоровчо-рекреативну та реабілітаційну функцію [1, с. 23–24].

Про зацікавленість дослідників впливом танцю на загальний стан людини свідчать численні роботи А. Е. Гиршона [6], В.А. Котова [7], М. Боровського [5], Л.В. Пискунова [10], В. А. Литвиненко [8], В. М. Бехтерева [4], А. М. Бернштейна [3] та ін.

Танці – це створення художніх образів (характерів, душевних станів, дій) шляхом систематизованої ритмічної зміни пластичних рухів і виразних поз [5, с. 30–31]. Доведено, що певний рівень рухової активності може зробити стимулюючий вплив на розумову працю. Окрім цього, танці дозволяють тренувати опорно-рухову, дихальну, серцево-судинну і нервову системи. Сприяють формуванню правильної пози, поліпшують поставу, гнучкість, витривалість, розвивають координацію, вчать не піддаватися стресові і справлятися з різними життєвими труднощами [7, с. 48–49].

Рухи, особливо якщо вони правильні, здатні врівноважувати психіку, зціляти, пробуджувати психічну енергію, необхідну для знаходження сили, духовного

удосконалення, для життя. Танець поєднує наші фізичні можливості й духовну енергію, допомагає зберігати контакт із життєвими силами. Танець сприяє взаємодії півкуль головного мозку, з'єднуючи інтуїтивне і раціональне. З психологічної точки зору, танець – досить складне явище. Психологія танцю не вивчена. Розгляд ранніх структур танцю виділяє кілька психологічних функцій. По-перше – мімічну діяльність як своєрідну готовність людини до самостійної діяльності. По-друге – почуттєве самовідтворення, тобто зняття протиріч щодо поводження і спілкування з людьми [9, с. 55].

Танцювальні рухи поліпшують обмін речовин, роботу серцево-судинної і дихальної систем, підвищують імунітет до різних захворювань та створюють сприятливий емоційний фон для спокійного життя.

Доведення вищезгаданих стверджень складає проблему даного дослідження, що і дало можливість сформулювати його як застосування танцетерапії в оздоровчій роботі з дорослими.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні можливостей застосування танцетерапії в оздоровчій роботі з дорослими та охарактеризуванні особливості її використання з корекційно-реабілітаційною метою.

Результати дослідження та їх обговорення. У кожного з нас є певний образ свого «я», і навіть якщо він не відповідає реальності, – поставити його під сумнів досить непросто. Образ «я» виражений в образі тіла. Карл Юнг зазначав, що душа і тіло – не окремі сутності, а одне і те ж життя [11, с. 146].

Стереотипи, які породжені вихованням і перенесеними стресами, втілюються і в нашому житті й у нашому тілі. У нас є обмеження, страхи і нереалізовані бажання, і тіло також виражає їх. Але, на щастя, потенціал та можливості людини не мають меж. Людина – це насамперед, задана сутність, «жива скульптура», людина – це процес і суб'єкт розвитку, у нас завжди є можливість руху, танцю [7, с. 48].

Танець – це створення художніх образів (характерів, душевних станів, дій) шляхом систематизованої ритмічної зміни пластичних рухів і виразних поз. Танцетерапія – унікальний метод, що дозволяє виявляти і усувати психоемоційну причину практично будь-якого психосоматичного захворювання, швидко і ефективно позбавити організм від наслідків пережитого стресу. У танцювальній терапії акцент ставиться на чесному вираженні почуттів і вільному русі, а не на певних рухах [2, с. 169; 10, с. 28].

Історичні відомості, доводять, що танець використовувався людьми ще стародавні часи в цілях лікування. І в більш пізні часи в Італії рухи під швидко, динамічну музику вважалися ефективним засобом лікування тарантизму (укусу павука-тарантула). Хворі в «шаленому» темпі в танці «тарантела» рухалися до повної знемоги, «витанцьовуючи» отруту з тіла [11, с. 67].

Танець – це не тільки засіб для вираження почуттів, але також і засіб досягнення більш високого рівня свідомості, виконання, і спостереження за рухами танцю веде до певної релаксації і трансформації свідомості.

Танцювальна терапія може бути корисна для різних пацієнтів – психічних хворих, хворих на рак, самотніх літніх людей та ін. Танець часто є легким способом вираження емоцій, навіть якщо досвід людини настільки травматичний, що вона не може говорити про це. Танцювальна терапія також може допомогти людям з фізичними вадами поліпшити свою самооцінку, навчитися балансу і координації [12, с. 112].

В. А. Литвиненко зазначає, що у мові жестів, міміки, рухах завжди відображається внутрішній, емоційний, душевний стан. Особливість музики полягає у захопленні її ритмічним настроєм, стимулюванні та регуляції рухів тіла. Танцювально-рухова терапія базується на визнанні того, що тіло і психіка взаємопов'язані: зміни у сфері емоційної, розумової або поведінкової викликають зміни у всіх цих областях. Позитивний ефект рухових ритмічних вправ полягає через танцетерапію [8, с. 18].

Як вважають західні психотерапевти танець впливає на:

- внутрішньо організовані рухи людського тіла в просторі і часі (танець, як танець);

- переживання, загальне для всіх, хто коли-небудь по-справжньому танцював (танець як стан);
- хореографічну ідею або запис танцю (танець як текст) [13, с. 257]

У дослідженнях А. Е. Гиршона виділені такі принципи організації: тіло є інструментом, а рух процесом, що допомагає учням пережити, розпізнати та виразити свої почуття та конфлікти. Це спосіб спілкування зі світом і самим собою; зняття внутрішнього напруження, втілення його на несвідомо-символічному рівні, що підвищує упевненість в собі і відкриває нові шляхи розвитку особистості [6, с. 4].

Моше Фельденкрайз у своїй роботі «Усвідомлення через рух» розглядає питання, пов'язані з образом «Я» і рухом; виділяє 4 компоненти образу себе: рух, відчуття, відчування й мислення. Всі компоненти повинні бути присутніми в кожному русі, і якщо хоча б один з елементів дії зменшується до зникнення, існування стає під загрозою. Автор говорить про те, що для зміни звичного способу дій потрібно багато сил, так як велика роль звички. Багато частин тіла людина просто не усвідомлює, а відповідно, не може включити їх в нову дію, так як воно потребує усвідомлення. За Моше Фельденкрайзу, «повний образ себе» – це усвідомлення всіх зв'язок скелетної мускулатури і всієї поверхні тіла. Це ідеальний стан і він рідко зустрічається. Людина діє у відповідності зі своїм суб'єктивним станом. Тільки сама людина може зрозуміти, що в її зовнішності – фіктивне, а що – справжнє, проте не кожен може оцінити таким чином себе, і тут може допомогти досвід інших. На думку Моше Фельденкрайза, вдосконалення рухів – кращий спосіб самовдосконалення [6, с. 5].

Сучасна медицина не відмовилася від використання танцетерапії навіть зараз, коли існує маса інших способів лікування людей з різними захворюваннями. Але сучасні лікарі ставлять перед танцетерапією вже зовсім інші завдання – у танці у людини значно знижується м'язова напруга, що часом вельми важливо для позбавлення від недуги, і чого важко досягти при лікуванні медикаментами. Досить важливим засобом ефективної рухової діяльності є те, що м'язи організму чуйно реагують на щонайменші зміни настрою людини і її думок.

Форми рухів, що застосовуються в корекції, можуть бути різні. Танець – це особлива форма рухів, це музично-пластичне мистецтво, що відображає життя в рухових образах. Танцетерапія заснована на вираженні пластикою тіла певних почуттів і переживань. В якості головного засобу вираження цих станів у танці є пантоміміка, жести, які становлять особливий виразний мова, що передає внутрішній стан людини. Завдяки своєрідності мови танець (згідно концепції К. Юнга) здатний зі сфери несвідомого витягувати пригнічені потягу, бажання і конфлікти людини і робити їх доступними для усвідомлення і катарсичної розрядки [2, с. 169].

Необхідно зазначити, що С. К. Лангер вважає танцювально-рухову терапію «магнетичним колом», так як це спільна робота, гра і досліди в ритмічних діях, експериментування з жестами, позами й рухами, невербальне спілкування – служать створенню глибокого групового досвіду [11, с. 248].

Танцювальна терапія може бути корисна в ситуації один-на-один, коли реабілітолог працює тільки з одним пацієнтом, що дає безпеку у вираженні почуттів. Заняття в групі можуть дати відчуття емоційної підтримки, покращити навички комунікації і здатність ставити кордон. Реабілітолог працює з клієнтом для того, щоб допомогти розвинути більш здорове тіло, тіло, яке не затиснуте з-за утримування напруги, конфліктів, почуттів.

Джоан Смолвуд юнгіанський аналітик і танцетерапевт, зазначив, що виділив три компоненти реабілітаційного процесу:

1. усвідомлення (частин тіла, дихання, почуттів, образів, невербальних «подвійних повідомлень» (коли спостерігається дисонанс між вербальним і невербальним повідомленням людини);
2. збільшення виразності рухів (розвиток гнучкості, спонтанності, різноманітності елементів руху, включаючи фактори часу, простору і сили руху, визначення меж свого руху і їх розширення);

3. автентичний рух (спонтанна, танцювально-рухова імпровізація, що йде від внутрішнього відчуття, що включає в себе досвід переживань і почуттів і веде до інтеграції особистості) [1, с. 189].

К. Юнг вважав, що артистичні переживання, які він називав «активною уявою», виражені, наприклад, у танці, можуть отримати неусвідомлені потреби з несвідомого і зробити їх доступними для катарсичного звільнення та аналізу. «Душа і тіло – не окремі сутності, а одне й теж життя». На відміну від підходів до роботи з тілом, в танцетерапії немає ідеальної «моделі тіла», яку потрібно досягти. Реабілітолог відноситься до тіла як до еволюційного процесу. І ще найважливіша відмінність танцювально-рухової терапії від різних підходів роботи з тілом полягає в тому, що тут людина сама досліджує себе (принцип активності пацієнта), свої рухи і розвивається власним шляхом, а реабілітолог слідує за ним (тобто недирективний стиль терапії). Дана терапія більше цікавиться тим, як рух відчувається, ніж тим, як воно виглядає [13, с. 155].

Висновки. Оскільки, танцетерапія є різновидом кінезіотерапії, то встановлено, що кінезіотерапія – природний метод відновлення роботи організму, лікування рухом людини. Відсутність рухової активності і великі нервові перевантаження, стреси є основними причинами практично всіх захворювань. Доведено, що людина, яка починає рухатися, танцювати стає більш життєздатною, енергійною, здоровою. Поліпшується обмін речовин, робота серцево-судинної і дихальної систем, підвищується імунітет до різних захворювань. Отже, танцетерапія має позитивний вплив у процесі оздоровчої роботи з дорослими.

Перспективи і подальші розвідки дослідження полягають в практичному впровадженні танцетерапії в оздоровчій роботі з дорослими.

Список використаної літератури

1. Арнольд О. Танцетерапия / О. Арнольд – М.: ACADEMIA, 2001. – 245 с.
2. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: Учеб. для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений / Е. А. Медведева, И. Ю. Левченко, Л.Н. Комиссарова, Т. А. Добровольская. – М.: ACADEMIA, 2001. – 248 с.
3. Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности / Николай Александрович Берштейн. — М.: Наука, 1990. – 496 с.
4. Бехтерев В. М. Избранные произведения / Владимир Михайлович Бехтерев. — М.: Медгиз, 1958. – 527 с.
5. Боровський М. Танец – это влияние музыки на разум и отражение души через возможности тела / М. Боровський // Тутти-информ. – 2001. – №3 (18). – С. 30–31.
6. Гиршон А. Е. Танец и терапия / А. Е. Гиршон // Танцевальный Клондайк. – 2001. – №5. – С. 4–5.
7. Котов В. А. Взаимовлияния танца и музыки в стиле свинг / В. А. Котова // Спортивные танцы. – Бюллетень, № 1 (17). – М.: РГАФК, 2001. – С. 48–49.
8. Литвиненко В. А. Основы арт-терапии / В.А.Литвиненко – Суми: ФОП Цьома С.П., – 2016. – 136 с.
9. Любан-Плоцца Б. Музыка и психика: слушать душой / Б. Любан-Плоцца, Г.И. Побережная, О.Б. Белов – Киев: АДЕФ-Украина, 2002. – 200 с.
10. Пискунова Л. В. Современные танцы и здоровье / Л. В. Пискунова // Спортивные танцы. – Бюллетень, № 1 (24). – М.: РГАФК, 2002. – С. 28–30.
11. Рудестам К. Групповая психотерапия / Кьелл Рудестам. – М.: Прогресс, 1990. – 520 с.
12. Чудная Р. В. Адаптивное физическое воспитание / Р.В. Чудная – К.: Наукова думка, 2000. – 358 с.
13. Pesso A. Experience in action / Albert Pesso. – New York: New York University Press, 1973 – 285 с.

Стаття надійшла до редакції 19.12.2016 р.

Лянна Г. Ю.
студентка 5 курсу спеціальності «Фізична реабілітація»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

Міхєєнко О. І.
доктор педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ТА ЗАГАЛЬНА КУЛЬТУРА ОСОБИСТОСТІ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК, ФОРМУВАННЯ, ШЛЯХИ РОЗВИТКУ

У статті розглядається сутність понять «культура» та «спосіб життя» в аспекті формування здоров'яорієнтованої поведінки особистості.

Ключові слова: культура, спосіб життя, здоров'яорієнтована поведінка.

Однією із актуальних проблем сучасного суспільства залишається здоров'я населення. Результати наукових досліджень свідчать про те, що тенденція погіршення здоров'я молоді зберігається і набуває стійкого характеру. Сьогодні виникло протиріччя між вимогами суспільства до особистості, які неухильно зростають та недостатнім рівнем її загальної культури. Сприяти вирішенню цього завдання дає можливість упровадження культурологічного підходу, реалізація якого передбачає самовизначення особистості.

На сьогодні не існує однозначного тлумачення поняття «культура». У загальному розумінні культура являє собою сукупність традицій, норм, цінностей, розумінь, ідей, знакових систем, характерних для соціальної спільності, що виконують функції соціальної орієнтації. В основу нашого дослідження лягло наступне поняття: культура – історичний рівень суспільства, творчих сил і здібностей людини, виражений у типах і формах організації життя людини та її діяльності. У сфері культури людина здійснює діяльність, яку можна розглядати у трьох аспектах: пізнає культуру, діє у соціальному середовищі як носій певних культурних цінностей і створює нові цінності. Це стає базою для розвитку культури майбутніх поколінь [4].

Наступне поняття, яке ми розглядаємо у цьому дослідженні – «спосіб життя». Загалом спосіб життя тлумачиться як сукупність форм життєдіяльності людей, обумовлених даним способом виробництва, що має свій вияв у праці, побуті, соціально-політичному житті, культурі, поведінці людей і служить найважливішим показником рівня розвитку суспільства [3].

Поняття спосіб життя є складним та комплексним, який відображає ціннісні орієнтації людей, причину їх життя, поведінки, стилю життєдіяльності, зумовлений рівнем життя. Існує кілька визначень поняття «здоровий спосіб життя» людей у тому чи іншому суспільстві. У наукових працях спосіб життя часто пов'язують з поведінкою людини, відсутністю шкідливих звичок, способом життєдіяльності спрямованим на підтримку здоров'я [9].

У літературних джерелах поняття «спосіб життя» визначається як стійкий стереотип поведінки, що склався у певних суспільних та економічних умовах, спосіб життя та діяльність людей, який має свій вияв їхній праці, проведенні дозвілля, задоволенні матеріальних і духовних цінностей, у спілкуванні та поведінці. Спосіб життя визначає адаптацію організму людини до умов навколишнього середовища, гармонійну взаємодію усіх органів і систем, що сприяють виконанню соціальних функцій і досягнення тривалості життя. Спосіб життя особистості є результатом загальної культури людини та результатом вільного вибору [1; 8].

Спосіб життя населення впливає на стан як окремої людини так і суспільства. Відомо, що серед найголовніших факторів, які впливають на стан здоров'я (екологія, спадковість, шкідливі звички та ін.), більше 50% визначає саме спосіб життя людини [3].

Чинники, які визначають «спосіб життя» умовно визначаються за матеріальними умовами і формами життєдіяльності людини. Такий підхід зрозумілий, адже залежність між умовами праці, побуту, формами проведення дозвілля і здоров'я людини безсумнівний. Але він не враховує особистісні характеристики людини, її духовні потреби, ціннісно-світоглядні орієнтації та морально-етичні мотиви здоров'яорієнтованої поведінки. Саме духовна та моральна культура має пряме відношення до формування здорового способу життя.

Погодимося із думкою вчених, що концентрація уваги на матеріальних умовах життя людини призводить до деякої абсолютизації здоров'я людини, залишаючи осторонь складники духовного, морального, психічного, соціального, комунікативного рівнів. Так, у поширеному висловлюванні «у здоровому тілі – здоровий дух» духовний та психічний стан людини тісно пов'язаний зі станом тілесності. Утім дана теза не зовсім правильно відображає зміст рядків сатири римського поета Ювенала, яка звучить так: «Orandum est ut sit mens sana in corpore sano», що в перекладі з латинського означає: «Потрібно благати, щоб у здоровому тілі був здоровий дух». Як бачимо, зміст цього висловлювання дещо відмінний від попереднього [6].

Збій у духовному, а не тільки у фізичному розвитку людини і суспільства тягне за собою захворювання, серед яких і соціальні (наркоманія, алкоголізм, та ін.). Очевидно, що вони пов'язані з бездуховністю, відсутністю моральних настанов.

На нашу думку, у визначенні поняття «здоровий спосіб життя» необхідно враховувати поведінку у суспільстві, режим дня (сон, харчування тощо). В основі формування здорового способу життя лежать наукові знання, медико-профілактичні заходи, раціональний режим дня, праці та відпочинку, рухова активність, правильно організоване харчування, відсутність шкідливих звичок тощо [13].

Сутність здорового способу життя особистості найбільше виражена у загальній культурі. Збереження і розвиток фізичних, соціальних, духовних функцій особистості визначається рівнем загальнолюдських, державних і національних цінностей культури. Здоровий спосіб життя об'єднує виконання людиною професійних, громадських, сімейних, побутових функцій у оптимальних для здоров'я умовах і визначає спрямованість зусиль особистості на збереженні та зміцненні індивідуального та громадського здоров'я [3].

За даними ВООЗ із усіх факторів ризику перше місце займає нездоровий спосіб життя та низький рівень загальної культури особистості. Питома вага факторів нездорового способу життя перевищує 50% всіх обумовлених впливів [2].

Аналізуючи спосіб життя, розглядають особливості професійної, громадської та соціально-культурної діяльності особистості. У якості основних особливостей виділяють соціальну, трудову і фізичну активність. Іншими словами, як живе людина, які основні способи і форми життєдіяльності її спрямованість. Під час формування власного способу життя важливим є свідоме, емоційно-ціннісне ставлення до здоров'я, запровадження заходів, спрямованих на його збереження, зміцнення чи відновлення [10].

Здоровий спосіб життя включає в себе духовно-моральну гармонію, позитивне мислення і сприйняття життя, достатні знання про здоров'я та здоровий спосіб життя, застосування медико-профілактичних заходів, раціональний режим дня, культуру харчування, культуру руху, особисту гігієну, відмову від шкідливих звичок, вибір найбільш сприятливого середовища і соціального оточення [3; 10].

Наведені характеристики здорового способу життя дають змогу розглядати культуру здорового способу життя особистості як системний і динамічний стан сформованості загальної культури людини, зумовлений певним рівнем спеціальних знань, фізичної культури, духовно-культурних цінностей набутих у результаті

виховання і освіти втілених у практичній життєдіяльності, у фізичному, психічному, духовному та соціальному здоров'ї.

Очевидно, що дотримуючись загальних рекомендацій щодо формування здорового способу життя, людина повинна знайти свій особистий, творчий підхід до власного здоров'я, ґрунтуючись на культурі суспільства, до якого вона належить.

Отже, ефективність державної програми з формування здорового способу життя, на нашу думку, визначає реалізація різнопланових чинників, серед яких:

1. Інформування населення про чинники здоров'я та норми і правила здорового способу життя, про позитивні і негативні фактори, що впливають на здоров'я. Йдеться про створення системи інформування населення. Така інформація визначає певні орієнтири і дає можливість опанувати необхідні знання, зацікавитися оздоровленням. Теоретична інформація, певною мірою, впливає на поведінку та визначає спосіб життя людини.

2. Навчання людей здорового способу життя. Йдеться про комплексну просвітницьку й виховну діяльність. Це формування навичок зміцнення здоров'я, створення мотивації дотримання правил і норм здорового способу життя, формування культури здорового способу життя виховання здоров'яорієнтованої поведінки.

3. Проведення оздоровчих заходів, включаючи підтримку ініціатив, пов'язаних із формуванням здорового способу життя. При цьому фізичний та психічний компоненти здоров'я переплітаються із духовними [13].

Від зацікавленості людей особистим здоров'ям залежить успіх у формуванні та впровадженні здорового способу життя. Основною причиною низького результату у боротьбі зі шкідливими звичками (паління, алкоголю, наркотиків та ін.) – це віддаленість від природи, низький рівень загальної культури населення, особливо молоді [12].

Проблема здорового способу життя в Україні становить одне з важливих напрямків вітчизняного соціально-гуманітарного знання. Але для того щоб кожен громадянин відчував свою відповідальність за власне здоров'я необхідно сформувати систему пріоритетів у суспільних відносинах, що сприяють фізичному, психічному і духовному оздоровленню людини та суспільства. У вирішенні цієї проблеми повинні брати участь держава, суспільні, культурні, освітні організації, засоби масової інформації, що є найважливішою умовою формування здорового способу життя. Але основою такого рішення виступає рівень загальної культури особистості, повернення до традиційних культурних цінностей здорового способу життя, зближення людини з природою, звернення до духовності.

Література:

1. Агаджанян Н.А. Экология человека : здоровье и концепция выживания / Н.А. Агаджанян. – Ставрополь : Изд-во СГУ, 2000. – 27 с.
2. Брехман И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье / И.И. Брехман. – Л. : Наука, 1987. – 208 с.
3. Вайнер Э.Н. Валеология : учебник для вузов / Э.Н. Вайнер. – М. : Флинта; Наука, 2001. – 416 с.
4. Культурология: теория та історія культури : навчальний посібник / За ред. І.І. Тюрменко, О.Д. Горбула – Київ : Центр навчальної літератури, 2004. – 368 с.
5. Лисицин Ю.П. Образ жизни и здоровье населения. / Ю.П. Лисицин – М. : Знание, 1982. – 40 с.
6. Лисицин Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. / Ю.П. Лисицин. // Проблемные лекции: учеб. пособие. – М. : Медицина, 1992. – 512 с.
7. Лисицын Ю. П. Санология – наука об общественном здоровье и здоровом образе жизни. Ю.П. Лисицин – М., 2001. – 231 с.
8. Міхеєнко О.І. Формування культури здоров'я населення як нагальна потреба сучасності / О.І. Міхеєнко // Педагогічні науки : теорія, історія, інноваційні технології : Зб. наук. праць. – Суми : СумДПУ ім. А.С. Макаренка, 2010. – № 1 (3). – С. 82–91.

9. Міхеєнко О.І. Формування здорового способу життя як комплексна проблема / О.І. Міхеєнко, Ю.О. Лянной // Формування здоров'я дітей, підлітків та молоді в умовах навчально-виховного закладу : Матеріали ІІ обласної науково-практ. конф. – Суми : СумДПУ ім. А.С. Макаренка, 2005. – С. 112–119.

10. Міхеєнко О.І. Свідоме та відповідальне ставлення до власного здоров'я як умова формування культури здоров'я особистості / О.І. Міхеєнко // Педагогіка здоров'я : збірник наукових праць Всеукраїнської науково-практичної конференції / За загальною редакцією проф. О.М. Микитюка. – Х. : ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 2011. – С. 152–158.

11. Міхеєнко О.І. Феномен здоров'я у сучасному культурно-освітньому просторі / О.І. Міхеєнко Проблемы современного педагогического образования./ Сер. : Педагогика и психология. – Сб. статей / Ялта : РИО КГУ, 2014. – Вип. 46. – Ч. 6. –

12. Цыnguнова Е.Т. Понятие и содержание категории «здоровый образ жизни». / Е.Т. Цыnguнова – М., 2009. – С. 232–238.

13. Чумиков А.Н. Связи с общественностью. / А.Н. Чумиков, М.П. Бочаров. // теория и практика – М. : Дело, 2006. – 552 с

Стаття надійшла до редакції 21.12.2016 р.

Лянной М.О.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри теорії та методики фізичної культури
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка;

Маслова Т.С.

студентка 5 курсу спеціальності «Фізична реабілітація»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка;

Копитіна Я.М.

кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
ст.викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-наукового інституту фізичної культури
СумДПУ ім. А.С.Макаренка

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У СИСТЕМІ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ВИХОВАТЕЛІВ ДИТЯЧИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

У статті подано відомості щодо особливостей професійного вигорання вихователів ДНЗ, причин та механізму розвитку, засобів щодо відновлення власного здоров'я.

Ключові слова: фізична реабілітація, професійне вигорання, вихователі.

Постановка проблеми. Початок процесу соціалізації дітей починається із відвідування дитячих навчальних закладів (ДНЗ), які закладають основу для подальшого розвитку та самореалізації особистості. Персона вихователя має першочергове значення у процесі адаптації дітей до нових умов побуту, і, значною мірою від його професійності та майстерності як педагога. Проте, соціально-економічні та політичні труднощі, низький рівень заробітної платні, постійні реформи та перманентні зміни вимог зі сторони Міністерства освіти суттєво негативно позначаються на фізичному та емоційному здоров'ї вихователів ДНЗ. Усі ці фактори, узяті разом, є поштовхом до погіршення загального самопочуття, настрою, підвищуються рівня втомленості та дратівливості, що призводить до виникнення та загострення професійних кризових станів і, як наслідок, до різноманітних

психосоматичних захворювань. Дослідження проблеми професійного вигорання педагогів є актуальною сьогодні, оскільки стосується фахівців професій, які віднесено до типу «людина-людина», у перелік якого входить і вихователь ДНЗ. Тому збереження фізичного та психологічного здоров'я вихователів – це, з одного боку проблема індивідуально-особистісна, а з іншого боку – це питання підвищення якості надання освітніх послуг [1].

На сьогодні питання профілактики професійного вигорання вийшли за рамки професійної діяльності вихователя. Кожен педагог має здійснювати власну професійну діяльність з урахуванням реалізації завдань із збереження та зміцнення свого власного здоров'я, це стосується як змістовного, так і організаційного аспектів. Зважаючи на це, особливої актуальності набуває проблема формування готовності вихователя до застосування засобів фізичної реабілітації із метою збереження, відновлення та зміцнення здоров'я паралельно із професійним саморозвитком та самовдосконаленням.

Аналіз останніх досліджень з літературних джерел засвідчив наявність широкого спектру дослідження проблеми професійного вигорання вчителів (О.П. Белей, 2011; Т.Б. Ільїна, 2000) та вихователів (Т.А. Колтунович, 2013) з точки зору психології та фізичного здоров'я (І.В. Гавриленко, 2014). У своїх наукових роботах Н. Левінець стверджує про необхідність розвитку здоров'язбережувальної компетентності сучасного вихователя, проте у доступних для нас інформаційних ресурсах не було знайдено пропозицій щодо застосування саме засобів фізичної реабілітації для вихователів ДНЗ з метою попередження професійного вигорання.

Тому **метою** нашої роботи є аналіз причин і симптомів професійного вигорання, соматопсихологічних змін у організмі, а також підбір доступних засобів фізичної реабілітації з метою профілактики та усунення даних зрушень.

Об'єкт дослідження – засоби фізичної реабілітації, застосовані вихователями ДНЗ з метою профілактики та усунення професійного вигорання.

Предмет дослідження – особливості фізіологічного впливу засобів фізичної реабілітації, які пропонуються до використання вихователями задля профілактики професійного вигорання та зменшення негативного впливу на організм даного процесу.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної та спеціальної літератури, присвяченої питанню професійного вигорання та застосування засобів фізичної реабілітації із профілактично-реабілітаційною метою.

Науковці довели, що у людей, які віддано працюють, віддають усю душу заради дітей, відбувається ідентифікація із власною роботою. Її ознаками можуть слугувати наступні фактори: важкість переключення на інший від побутової діяльності навіть після закінчення роботи; постійні думки про роботу, навіть під час відпочинку; внутрішня потреба виконувати усі обов'язки по роботі вчасно та якісно, тим самим збільшуючи собі професійне навантаження; відчуття задоволення у суб'єкта виникає лише під час роботи, він намагається уникати ситуацій відпочинку від роботи; теми для спілкування, не пов'язані із роботою, розцінюються як нецікаві та неважливі; суб'єкта постійно переслідуює зростаюча втома; поставлені перед собою цілі є важкодосягненими та вимагають надзвичайних зусиль для їх реалізації; невдачі на роботі призводять до катастрофічних наслідків [2].

Психологічні навантаження, які існують тривалий час, можуть стати причиною фізичних змін та порушень у стані здоров'я. Тому, усе перераховане вище породжує актуальність даної теми для теоретико-практичних досліджень у галузі фізичної реабілітації.

Усі психо-фізіологічні зміни, які можуть виникати у вихователів ДНЗ під час формування та розвитку професійного вигорання є показаннями для застосування засобів фізичної реабілітації.

Фізична реабілітація – це застосування з лікувальною і профілактичною метою фізичних вправ і природних чинників у комплексному процесі відновлення здоров'я,

фізичного, психічного, емоційного стану та працездатності хворих. Її засобами є: лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія, механотерапія, працетерапія та ін. Призначення доцільних засобів фізичної реабілітації, послідовність застосування її форм і методів визначається характером перебігу захворювання, загальним станом хворого, періодом та етапом реабілітації, руховим режимом, умовами проведення, наявністю спеціального обладнання тощо.

Завданням фізичної реабілітації є: мобілізація сил організму, активізація захисних і пристосувальних механізмів, попередження ускладнень, прискорення відновлення функцій різних органів і систем, скорочення термінів клінічного і функціонального відновлення, адаптація до фізичних навантажень, відновлення працездатності, покращення психо-емоційного стану.

Для ефективного впливу засобів фізичної реабілітації вихователь повинен дотримуватись таких принципів:

1. Ранній початок реабілітаційних заходів. Це допомагає швидше відновити функції організм та допомагає попередити ускладнення.

2. Безперервність реабілітаційних заходів. Цей принцип лежить в основі ефективності реабілітації, тому, що тільки безперервність і поетапність реабілітаційних процесів є запорукою скорочення часу на лікування.

3. Комплексність реабілітаційних заходів. Застосування різних засобів ФР можливе при їх методично правильному поєднанні із урахуванням фізіологічного впливу на організм.

4. Індивідуальність реабілітаційних заходів. Оздоровчо-реабілітаційні програми повинні складатися індивідуально для кожного вихователя, враховуючи морфо-функціональний стан, вихідний рівень фізичного розвитку, психологічний стан, вік, особистісні уподобання щодо використання у повсякденному житті форм і засобів фізичної культури.

5. Необхідність проходження програми фізичної реабілітації у колективі. Проходження фізичної реабілітації у групі собі подібних людей морально підтримує, нівелює дискомфорт, що пов'язаний з наслідками захворювання.

6. Свідома активна участь у процесі ФР. Пояснення доцільності застосування засобів ФР, їх механізму терапевтичної дії необхідні для усвідомлення реабілітантом важливості фізичної реабілітаційного процесу та уникнення бездумного механічного їх застосування [3].

Висновки. Різноманітність та універсальність засобів ФР дозволяє їх використовувати вихователями із метою профілактики професійного вигорання, що дозволить попередити психо-фізіологічні зміни під час роботи у колективі.

Перспективи подальших досліджень полягають в розробці методики та програми фізичної реабілітації із профілактики професійного вигорання вихователів ДНЗ.

Література

1. Белей О.П. «Професійне вигорання» в діяльності вчителів як результат їх неадекватного відношення до свого здоров'я / О.П.Белей // Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини: вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені І.Огієнка. 2011. – Вип.4. – С. 25-30.

2. Психологія залежності : хрестоматія / сост. К.В. Сельченко. – Мн.: Харвест, 2004. – 592 с.

3. Гавриленко І.В. Обґрунтування необхідності підготовки майбутніх вихователів до фізичної реабілітації в ДНЗ / І.В.Гавриленко // Вісник Чернігівського державного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт. - Чернігів: ЧДПУ імені Т.Г.Шевченка – 2014. - 118. – Т.ІІ. – С. 84–86.

Стаття надійшла до редакції 19.12.2016 р.

Приходько В.О.,
студент 6 курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

Кукса Н.В.
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ГІДРОКІНЕЗОТЕРАПІЯ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

У статті розглядаються організаційно-методичні особливості реалізації гідрокінезотерапії в системі комплексної фізичної реабілітації дітей із церебральним паралічем.

Ключові слова: фізична реабілітація, гідрокінезотерапія, дитячий церебральний параліч, дошкільники.

Постановка проблеми. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) на сьогодні залишається на провідних позиціях в структурі дитячої інвалідності за неврологічним профілем. Згідно даних Міністерства охорони здоров'я України, перше місце серед дітей з особливими потребами посідають хворі з ураженням нервової системи (47,9%), а серед нозологічних форм домінує ДЦП.

Основними принципами фізичної реабілітації дітей цієї нозології є ранній початок проведення реабілітаційних заходів, активне залучення дітей до процесу відновлення, систематичність і поступовість, комплексний підхід тощо. Останнє передбачає включення в комплексну програму різних засобів фізичної реабілітації, оптимальна інтеграція яких дозволить найбільш ефективно використати реабілітаційний потенціал кожної дитини.

На сучасному етапі в системі комплексної реабілітації дітей з органічним ураженням мозку з успіхом використовується гідрокінезотерапія. Ефективність гідрокінезотерапії забезпечується багатогранним терапевтичним впливом на організм дитини з церебральним паралічем. Фізичні вправи, що виконуються у водному середовищі, сприятливо впливають на різні системи організму: м'язову, нервову, дихальну, серцево-судинну, сенсорну, а також на загальний психоемоційний стан і терморегуляцію тіла.

Завдяки розвантаженню хребта у воді, плавання використовується в лікувальній фізичній культурі при атрофічних процесах у м'язах, при паралічах і парезах, захворюваннях опорно-рухового апарату, суглобів та ін. Для дітей із церебральним паралічем водне середовище є оптимальною умовою для здійснення корекції і розвитку рухів, а також невід'ємним компонентом фізичної реабілітації. Проведення лікувальної фізкультури у воді має низку переваг. Під час лікувального плавання ефективніше формується опорна реакція верхніх і нижніх кінцівок.

Застосування гідрокінезотерапії при ДЦП сприяє гальмуванню патологічної тонічної, рефлексорної активності, нормалізації на цій основі м'язового тону та полегшення довільних рухів. Заняття з лікувального плавання і гімнастики у басейні сприяють також послідовному формуванню рухових навичок у дитини з церебральним паралічем.

Науковці (Іванова М. В., Лебедева Т. Г., Горчакова Г. А., Ляшенко В. І., Реберчук О. В., Ляшенко В. А.) відзначають, що вода при певній температурі сприяє розслабленню м'язів і відновленню взаємодії їх при згинанні і розгинанні кінцівок, створює умови розвантаження хребта і фізіологічних передумов для нормального

розвитку хребта, правильної постави, виправлення деформацій. У воді покращується координація рухів, збільшується сила м'язів спини і черевного пресу, нормалізується тонус м'язів, формується правильне дихання і покращується функція серцево-судинної системи [1].

Мета дослідження: висвітлити організаційно-методичні особливості розробленої програми фізичної реабілітації дітей із церебральним паралічем, що передбачає застосування гідрокінезотерапії.

Об'єкт дослідження: фізична реабілітація дітей із церебральним паралічем.

Предмет дослідження: програмне забезпечення фізичної реабілітації дітей дошкільного віку з церебральним паралічем.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення даних джерельної бази, експериментальне дослідження.

Викладення основного матеріалу. Дослідження проводилося на базі Сумського обласного центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів. У дослідженні взяло участь 20 дітей дошкільного віку з церебральним паралічем, які було поділено на дві групи: основну (ОГ) та групу порівняння (ГП).

У структурі інтелектуальної недостатності у всіх досліджуваних спостерігалася затримка психомовленнєвого розвитку. Порушення рухової сфери характеризувалися обмеженням рухливості в суглобах кінцівок, наявністю патологічних рефлексів і синкінезій, дизрегуляцією м'язового тону, недостатністю маніпулятивної діяльності і навичок самообслуговування.

Комплексна програма фізичної реабілітації дошкільників з церебральним паралічем включала такі засоби: лікувальний масаж, гідрокінезотерапію, фізіотерапію (озокерито-парафінові апплікації). Програма фізичної реабілітації будувалася з урахуванням основних порушень, супутніх розладів, рухових і інтелектуальних можливостей дітей.

Метою масажу було зниження рефлексорної збудливості м'язів з підвищеним тонусом. Для реалізації поставленої мети застосовувався масаж паравертебральних спинномозкових сегментів: в області S_5-S_1 , L_5-L_1 , $D_{12}-D_{10}$ (вплив на тонус м'язів нижніх кінцівок) і D_4-D_1 , C_7-C_3 (вплив на верхні кінцівки). Масажні процедури сприяли підвищенню працездатності та витривалості м'язів, покращенню функцій зв'язкового апарату, посиленню крово- і лімфообігу. Для зміцнення, покращення трофіки слабких м'язів виконувався масаж спини, грудної клітки і живота, впливаючи поверхневими, у повільному темпі прийомами погладжування, розтирання, розминання, а також проводився стабільний і лабільний струс м'язів [4].

Курс гідрокінезотерапії складався з 20 процедур, заняття проходили 3 рази на тиждень, тривалістю 20–25 хвилин, при температурі води $+30 - +32^{\circ}\text{C}$. Вправи лікувальної гімнастики в басейні підбиралися індивідуально з урахуванням послідовності заміни одних рефлексів іншими і часом формування нових рухів.

Заняття з гідрокінезотерапії було умовно поділене на три частини: вступну (підготовчу); основну і заключну. Заняття мали змішаний характер: розминка і заключна частина – групового характеру, основна частина – індивідуального.

Вступна частина, тривалістю 5 хвилин (поза басейном), включала загальнорозвиваючі вправи (вправи для підготовки усіх основних груп м'язів та суглобів до основного навантаження, вправи на увагу, дихальні вправи), а також вільне перебування дітей в басейні (протягом 5 хвилин) з метою адаптації до водного середовища і позитивного психоемоційного налаштування на заняття. Основна частина тривала 10 хвилин, до неї входили спеціальні активні вправи (особливої уваги надавали вправам, які дитина була спроможна виконувати лише у водному середовищі), активні вправи з допомогою, що були спрямовані на збільшення амплітуди рухів у всіх великих суглобах і пасивні вправи, основним завданням яких було зниження патологічного тону м'язів, загально-розвиваючі вправи, що були спрямовані на розвиток основних груп м'язів, вправи на розтягнення м'язів з підвищеним тонусом, дихальні вправи. Заключна частина також тривала 5 хвилин і включала вправи на розслаблення і дихальні вправи [3].

Своєрідність гідрокінезотерапії як засобу фізичної реабілітації вимагає дотримання певних організаційних та методичних умов під час проведення занять з дітьми, які страждають на церебральний параліч:

- виконання комплексів реабілітаційних вправ у воді повинно бути складовою частиною індивідуальної реабілітаційної програми, бути тісно пов'язане та узгоджене з іншими напрямками реабілітації, бути органічною частиною реабілітаційної комплексності;
- комплекси реабілітаційних вправ у воді мають бути розроблені на глибоко індивідуалізованій основі, виходячи з конкретних вад дитини, її психофізичних та індивідуальних особливостей;
- більшість комплексів реабілітаційних вправ повинні виконуватись у спеціально пристосованих місцях (басейни, спеціальні ванни, реабілітаційні місця: масажні форсунки, гейзери, підводні бруси, сходи тощо);
- усі вправи повинні виконуватись під керівництвом фахівця-реабітолога;
- проведення занять з гідрокінезотерапії повинно мати надійний медичний супровід;
- обов'язкове виконання послідовності дій при організації реабілітаційних вправ з гідрокінезотерапії;
- дотримання санітарно-гігієнічних вимог;
- дотримання правил безпеки дитини під час проведення реабілітаційних вправ у воді.

Теплолікування застосовувалося з метою стимулювання регенеративних процесів у сполучній тканині, впливу на вегетативну нервову систему, врівноваження співвідношення між симпатичною і парасимпатичною системами, нормалізації тону м'язів і збільшення активної рухливості в суглобах уражених кінцівок. Від дії тепла поліпшувався кровообіг, збільшувався лімфообіг, знижувалась збудливість нервово-м'язового апарату. М'язи і зв'язковий апарат стають більш розтяжними та еластичними. Озокерит використовували при тугорухливості і контрактурах суглобів, вираженій спастичності м'язів, больовому синдромі.

Парафіно-озокеритові аплікації накладалися (при температурі +45–+48 °C) на кінцівки у вигляді «рукавичок» або «шкарпеток», тривалість процедури становила 20 хвилин. Курс, зазвичай, складається з 10 процедур [2].

Усі засоби програми фізичної реабілітації проводилися комплексно, з урахуванням діагнозів, фізичної підготовки та анатомічно-фізіологічних особливостей розвитку дітей даної вікової категорії.

Висновки

1. Дитячий церебральний параліч – захворювання, спричинене органічним ураженням центральної нервової системи, що приводить до розладів рухової, психічної і мовленнєвої сфер, порушень функцій сенсорних систем.

2. При розробці програми фізичної реабілітації важливо чітко дотримуватись основних її етапів та принципів, добираючи саме ті форми й засоби реабілітації, які в сукупності можуть дати позитивний ефект. Доцільно інтегрувати як традиційні, так і нетрадиційні інноваційні методики фізичної реабілітації.

3. Рання діагностика та розпочате поетапне відновне лікування у поєднанні з корекційно-педагогічної діяльністю забезпечує інтенсифікацію відновлення порушених функцій і формування первинних рухових навичок.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо в експериментальній перевірці розробленої комплексної програми фізичної реабілітації для дошкільників з церебральним паралічем.

Література:

1. Авдоніна О. Я. Актуальні питання дитячої неврології – від теорії до практики: / О. Я. Авдоніна, Е. Ю. Чубенко // V міжрегіональна науково-практична конференція. – Херсон, 2010 – 152 с.
2. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи. / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – К. : Здоров'я, 1988. – 324 с.

3. Жолус О. В. Методика лечебного плавания больных, страдающих детским церебральным параличом / О. В. Жолус. – М. : Медицина, 1980. – 42 с.

4. Козьявкин В. И. Детские церебральные параличи. Основы клинической реабилитационной диагностики / В. И. Козьявкин, С. К. Ткаченко, О. А. Качмар, М. А. Бабадаглы. – Л. : Медицина, 1999. – 295 с.

Стаття надійшла до друку 19.12.2016 р.

Христова Т.Є.

доктор біологічних наук,
професор кафедри фізичної реабілітації
Мелітопольського інституту екології та соціальних технологій
вищого навчального закладу
Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»,

Пюрко В.Є.

студент 3 курсу спеціальності «Фізична реабілітація»
Мелітопольського державного
педагогічного університету імені Богдана Хмельницького,

Кучеренко Є.М.,

студентка магістратури спеціальності «Фізична реабілітація»
Мелітопольського інституту екології та соціальних технологій
вищого навчального закладу
Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»

ЗМІНИ РЕЙТИНГУ ПОСТАВИ В ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННІ НА СКОЛІОЗ ПРИ ПРОВЕДЕННІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ

У статті розкриті зміни рейтингу антропометричних показників у хлопців підліткового віку при захворюванні на правобічний сколіоз в процесі проведенні комплексної реабілітаційної програми. Описано покращення основних морфо фізіологічних параметрів під дією методів фізичної реабілітації.

Ключові слова: сколіоз, порушення постави, діти 13–14 років, особливості рейтингу, реабілітаційна програма, сила м'язів.

Постановка проблеми. Підлітковий вік – період максимальних темпів росту всього організму людини й окремих його частин, який характеризується посиленням окисних процесів, зростанням процесу статевого дозрівання. Інтенсивне зростання й збільшення всіх розмірів тіла одержали назву ростового стрибка або другого «витягування» [1–5]. Так, у хлопчиків максимальний темп росту тіла в довжину відзначається в 13–14 років і в цей період швидко змінюються пропорції тіла, наближаючись до параметрів, характерним для дорослої людини [2]. У підлітків посилено ростуть довгі трубчасті кістки й хребці, причому кістки переважно ростуть у довжину, а завширшки їхній ріст незначний, у міжхребцевих дисках лише з'являються зони окостеніння [3]. У цьому віці м'язова система розвивається досить швидкими темпами, що особливо виражено в розвитку м'язів, сухожиль, суглобово-зв'язкового апарата й йде його диференціація, різко збільшується в хлопчиків у цей період загальна м'язова маса [1,3,8]. Розвиток іннерваційного апарата м'язів у підлітковому віці в основному завершується. Середній шкільний вік збігається з періодом завершення біологічного дозрівання організму. У цей час остаточно оформляється моторна індивідуальність, властива дорослому організму. Для підлітків характерне погіршення рухової координації при інтенсивному розвитку швидкісних і швидкісно-силових якостей [7–10]. Нами в роботі досліджено вплив комплексної реабілітаційної програми, що включала ЛФК, масаж, дієтотерапію, виконання режиму дня й правил

здорового способу життя, на морфолого-функціональний стан опорно-рухового апарата у підлітків з кіфозним правобічним сколіозом.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Формування правильної постави дітей шкільного віку неможливо без правильно організованого, керованого процесу фізичного виховання, використання методів фізичної реабілітації, особливо для підлітків 13–14 років, у яких спостерігається порушення постави. Якщо цьому захворюванню не надавати особливого значення, вчасно не виправляти дану патологію методами фізичної реабілітації, то зрештою ця аномалія приведе до порушень роботи всіх внутрішніх органів [6–9].

Мета – вивчення особливості зміни рейтингу постави в дітей при захворюванні на сколіоз при проведенні комплексної реабілітаційної програми.

Об'єкт – діти 13–14 років з діагнозом правобічний сколіоз, які відповідно до нормативних оцінок показників росту відповідали середньому рівню розвитку.

Предмет – процес вивчення сили та витривалості м'язів спини, живота, стопи у дітей із правобічним сколіозом при проведенні комплексної реабілітаційної програми.

Методи дослідження – експериментальний, статистичний.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Зіставлення результатів по плечовому індексу (рис. 1) показав, що даний показник збільшився на 10–11 % ($p < 0,05$) у порівнянні з параметрами спочатку експерименту й практично досяг оцінки – нормальна постава, самої нижньої межі.

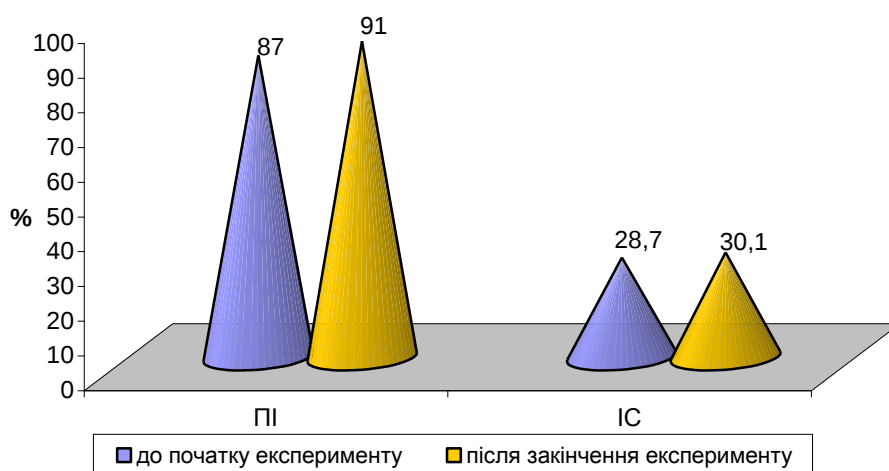


Рис. 1. Динаміка ПІ – плечовий індекс, ІС – індекс стопи у дітей до й після експерименту.

Дані по рухливості хребетного стовпа до й після експерименту показали, що їхні значення збільшилися на 25–30% ($p < 0,05$) і досягли нижнього рівня по нормативах – «добре». Аналіз результатів по бічній рухливості хребетного стовпа показав, що діти 13–14 років під впливом методів фізичної реабілітації поліпшили показники – на 19–20% з лівої сторони ($p < 0,05$) хребта й на 5–6 % – із правої сторони ($p < 0,01$) у порівнянні з даними, які вони мали до експерименту. Це вказує на те, що зросла сила бічних м'язів спини. Ці дані підтверджуються й наступними показниками (рис. 2, рис. 3), а саме статичної силової витривалості м'язів спини, що збільшилася на 40–42%, силовою витривалістю м'язів спини, що також збільшилася на 20–22%.

Параметри по силової витривалості м'язів спини правої сторони зросли на 38–40% ($p < 0,01$), лівої сторони – на 40–42% ($p < 0,01$). Ці результати ще раз підтверджують той факт, що методи фізичної реабілітації сприяють формуванню більш сильних м'язів спини, а значить і дозволяють коректувати поставу школярів.

М'язи живота також беруть участь у формуванні постави організму [8–10]. Аналіз результатів по цих параметрах показав, що динамічна силова витривалість м'язів живота збільшилася після експерименту в дітей на 8–10 %, у порівнянні із цим

же показником до експерименту, силова витривалість м'язів живота – на 15–17%, силова витривалість правого зовнішнього м'яза живота – на 20–30 % ($p < 0,01$).

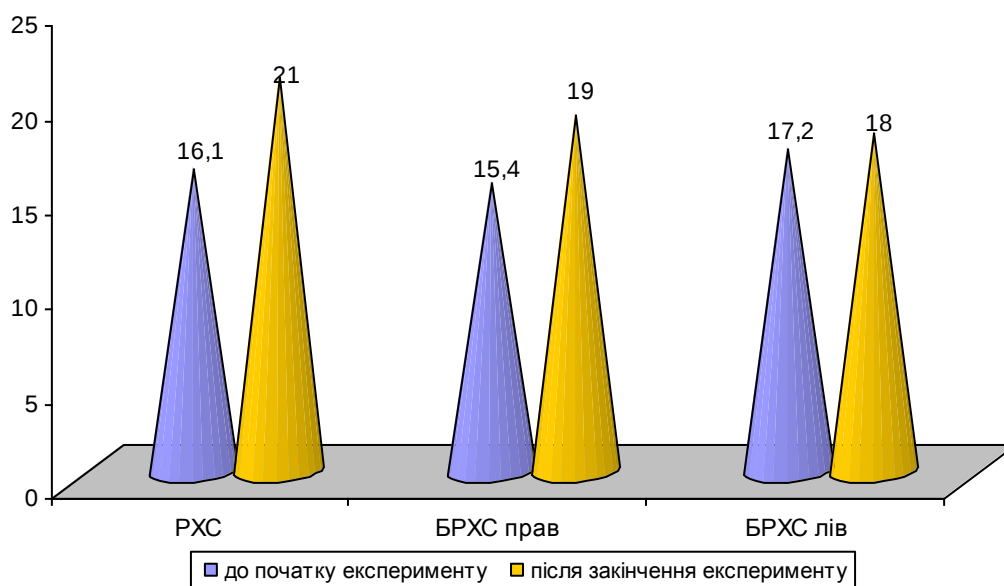


Рис. 2. Динаміка фізіологічних показників у дітей до й після експерименту: РХС – рухливість хребетного стовпа, БРХС – бічна рухливість хребетного стовпа (л – ліва, п – справа).

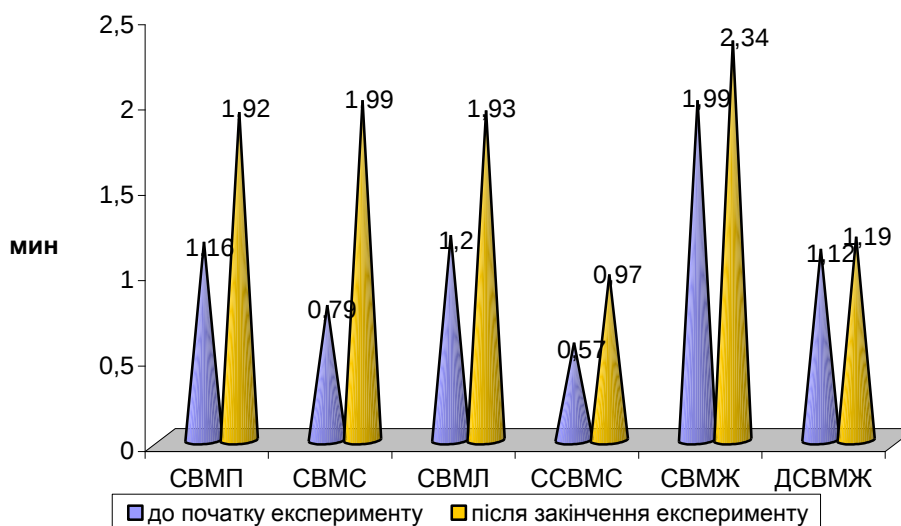


Рис. 3. Динаміка структурних показників у дітей до й після експерименту: СВМС – силова витривалість м'язів спини (п – правої сторони, л – лівої), ССВМС – статична силова витривалість м'язів спини, СВМЖ – силова витривалість м'язів живота, ДСВМЖ – динамічна силова витривалість м'язів живота.

Порівняльна характеристика ресорних властивостей стопи показала (рис. 4), що на початку експерименту стопа характеризувалася як слабка, після – практично наблизилася до норми, її нижньому показнику. Індекс стопи спочатку експерименту відповідав значенням – «помірковано плоска», після експерименту дані значення збільшилися на 5–7 % ($p < 0,01$), що практично наблизилася стопа до нижньої оцінки нормативу.

Таким чином, аналіз результатів за морфолого-фізіологічними показниками опорно-рухового апарата показав, що комплексна реабілітаційна програма дозволила поліпшити параметри м'язів живота, спини, стопи, рухливість хребетного стовпа.

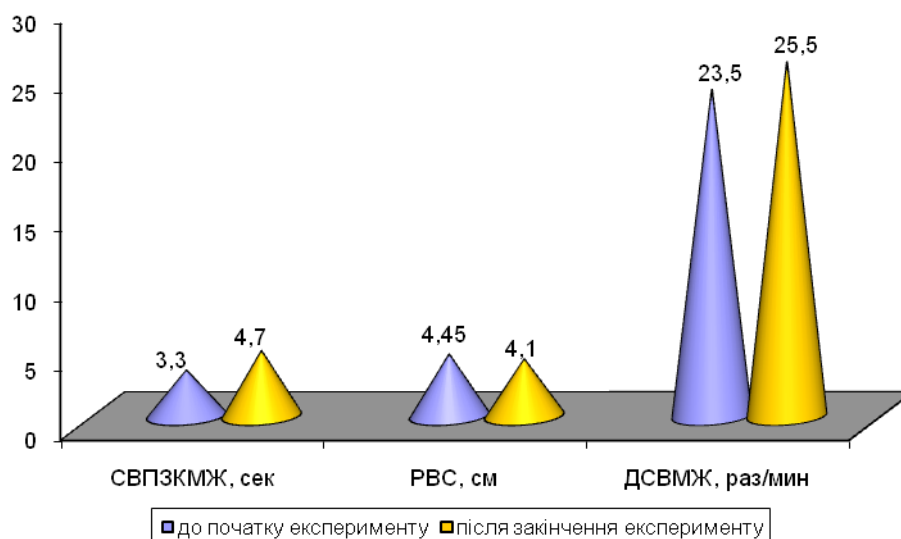


Рис. 4. Динаміка показників опорно-рухового апарату в дітей до й після експерименту: СВПЗКМЖ – силова витривалість правого зовнішнього м'яза живота, РВС – ресорні властивості стопи, ДСВМЖ – динамічна силова витривалість м'язів живота.

Так, плечовий індекс збільшився в школярів до й після експерименту на 10–11%, і досяг по цьому показнику оцінки «нормальна постава», рухливість хребетного стовпа – на 25–30%, бічна рухливість хребетного стовпа – на 19–20% з лівої сторони й на 5–6% із правої сторони хребта, статична силова витривалість м'язів спини і силова витривалість м'язів спини правої сторони – на 40–42%, силова витривалість м'язів спини – на 20–22%, силова витривалість м'язів спини правої сторони – на 38–40%, силова витривалість м'язів спини лівої сторони – на 40–42%, динамічна силова витривалість м'язів живота – на 8–10%, силова витривалість м'язів живота – на 15–17%, силова витривалість правого зовнішнього м'яза живота – на 20–30%. Стопа також поліпшила показники м'язів стопи: ресорні властивості стопи – на 7–10%, індекс стопи – на 5–7%.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому автори планують проводити постійний моніторинг стану опорно-рухового апарату у досліджуваних хлопчаків підліткового віку та вчасно застосовувати методи фізичної реабілітації для покращення їхнього стану здоров'я.

Література

1. Автухова Р.А. Учимся лежать. Обучение и воспитание младших школьников с нарушением ОДА в массовой школе /Р.А. Автухова /Здоровье детей. – 2005. – № 20 (295).
2. Бычук А. Влияние геометрии масс тела на формирование осанки у школьников /Бычук А. /Педагогика, психология та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: Зб. наук. пр. /За ред. С.С. Ермакова – Харків. – ХХПІ, 2001. – №1 – С.51–58.
3. Кашуба В., Жарова І. Вплив засобів фізичної реабілітації на показники стійкості тіла осіб з ортопедичною патологією / Кашуба В., Жарова І. / Теорія і метод. фіз. виховання і спорту. – 2006. – №2. – С. 46–50.
4. Корд Махназ. Влияние программы физической реабилитации на пространственную организацию тела детей 8 лет с нарушением осанки во фронтальной плоскости и сколиозом I и II степени / Корд Махназ /Теорія і метод. фіз. виховання і спорту. – 2008. – №2. – С. 64–68.
5. Мухін В.М. Фізична реабілітація. – К.: Олімпійська література, 2000. – 424 с.
6. Очерет А.А. Внимание, сколиоз! – М.: Советский спорт, 2000. – 96 с.

7. Потапчук А.А., Дидур М.Д. Осанка и физическое развитие детей: программы диагностики и коррекции нарушений. – СПб.: Питер, 2001. – С.5–82.

8. Шрамко Ю.И., Нехай С.П. Использование средств физической культуры для коррекции сколиоза у детей младшего школьного возраста / Шрамко Ю.И., Нехай С.П. /Материалы международной научно-практической конф. с междун. участием. – Симферополь. – 2008. – С. 117–119.

9. Crawford H.J., Jull G.A. The influence of thoracic posture and movement on range of arm elevation / Crawford H.J., Jull G.A. / Physiotherapy Theory and Practice. – 2003. – Vol. 9 (3). – P. 143–148.

10. Snell R.S. Clinical anatomy for medical students (4th. ed.). – Boston: Little, brown and Company. – 2002. – 123 p.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2016 р.

Шандригось Г.А.

викладач кафедри фізичного виховання
Тернопільського національного педагогічного університету імені В. Гнатюка

Шандригось В.І.

кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри теорії і методики олімпійського та професійного спорту
Тернопільського національного педагогічного університету імені В. Гнатюка

МІСЦЕ ОЗДОРОВЧОЇ АЕРОБІКИ У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ З ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

У статті обґрунтовується структура навчальної дисципліни «Оздоровча аеробіка», що розроблена для підготовки майбутніх бакалаврів з фізичної реабілітації.

Ключові слова: види аеробіки, оздоровча аеробіка, значення аеробіки, навчальна дисципліна, підготовка фахівця.

Постановка проблеми. Контроль за збереженням і зміцненням здоров'я школярів і студентів, формування у них потреби у фізичному удосконаленні і здоровому способі життя є на сьогоднішній день одним з основних завдань фізичного виховання. Однак, не дивлячись на неодноразові спроби реформування системи фізичного виховання, в останні роки спостерігається значне погіршення стану здоров'я і фізичної підготовленості школярів, особливо це стосується дівчат. Сприяти виходу із ситуації, що склалася може впровадження у фізичну культуру нових засобів і методів фізичного виховання [3, 4, 6 та ін.].

Одним із сучасних напрямків фізичного виховання є аеробіка [1–6 та ін.]. Вправи аеробіки є дуже ефективними та безпечними для здоров'я. Заняття аеробікою здійснюють позитивний вплив на всі внутрішні органи і системи людини, дозволяючи значно змінити її здоров'я, підвищити імунітет, розвинути рухові якості. Розвиток рухових якостей під час занять з аеробіки дозволяє успішно оволодіти іншими видами фізичних вправ.

Останнім часом стає все більше прихильників аеробіки, серед людей різного віку. Особливо популярною вона стає дитячому середовищі. Привертаючи увагу своєю емоційністю і схожістю із сучасними танцями, аеробіка дозволяє виключити монотонність у виконанні рухів, сприяє розвитку фізичних і естетичних якостей, зміцненню здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проаналізувавши літературні джерела, ми виявили значну кількість наукових досліджень з аеробіки. Переважно науковці займалися вивченням видів аеробіки, їх класифікації та тенденцій розвитку; впровадженням аеробіки у процес фізичного виховання школярів, студентів ВНЗ та

широких верств населення; вивченням впливу аеробіки на організм людей; проблемам підготовки тренерських кадрів до роботи у спортивно-оздоровчих закладах та підготовки спортсменів з аеробіки [1, 2, 5 та ін.].

Виходячи із вище зазначеного і враховуючи вимоги часу, зростає необхідність підготовки висококваліфікованих фахівців, які готові були б до використання аеробіки із лікувальною і оздоровчою метою. Отже, актуальним є питання використання оздоровчої аеробіки у підготовці майбутніх фахівців з фізичної реабілітації.

Формулювання цілей статті. Метою дослідження була розробка структури та змісту навчальної дисципліни «Оздоровча аеробіка» в системі вищої фізкультурної освіти. Із методів дослідження нами використовувався аналіз та узагальнення літературних джерел і документальних матеріалів.

Результати дослідження. *Аеробіка* — це хороше самопочуття, відмінний настрій і позбавлення від зайвої ваги. Аеробіка — це рухи під музику, які стимулюють роботу серцево-судинної і дихальної систем. Аеробіка привертає своєю доступністю, емоційністю і можливістю змінити зміст уроків залежно від інтересів, віку, фізичного стану, підготовленості тих, хто займається. Аеробні вправи відносяться до таких видів фізичного навантаження, коли необхідна наявність кисню протягом тривалого часу. Вони висувають організму вимоги, що примушують його збільшувати споживання кисню. В результаті відбуваються сприятливі зміни в легенях, серцево-судинній системі. Можна сказати, що регулярні заняття аеробікою підвищують здатність організму пропускати повітря в легені, збільшують загальний кровотік, причому кров ефективніше здійснює одну зі своїх основних функцій — транспортування кисню.

Завдяки аеробіці діти швидше позбавляються незграбності, зайвої сором'язливості, виховується правильна постава, зміцнюються м'язи, успішно оволодівають іншими видами фізичних вправ.

До основних завдань аеробіки відносять [1, 4, 5 та ін.]:

- розвиток рухових якостей: сили, витривалості, швидкості, гнучкості, координаційних здібностей; підвищення працездатності і рухової активності;
- виховання правильної постави; розвиток музичальності, відчуття ритму; нормалізація маси тіла;
- покращення психічного стану, зняття стресів;
- профілактика хвороб та покращення здоров'я після закінчення школи;
- підвищення інтересу до занять фізкультурою, розвиток потреби в систематичних заняттях спортом;
- набуття уміння використовувати засоби аеробіки під час самостійних занять.

Оздоровча аеробіка — один із напрямків масової фізичної культури з регульованим навантаженням. Над розробкою і популяризацією різних програм, що синтезують елементи фізичних вправ, танцю і музики, для різних верств населення активно працюють різні групи фахівців. Характерною межею оздоровчої аеробіки є наявність аеробної частини заняття, впродовж якої підтримується на певному рівні робота кардіо-распіраторної системи. У оздоровчій аеробіці можна виділити достатню кількість різновидів, що відрізняються змістом і побудовою уроку.

Оздоровча аеробіка надає потужну позитивну дію на організм людини. Наприклад, вона здатна покращувати: здоров'я і психічний стан людей (знижити ризик багатьох захворювань, регулювати роботу організму, підвищити «життєвий тонус», активність, працездатність, поліпшити настрій, повсякденне самопочуття тощо); фізичні кондиції (підвищити силу і витривалість м'язів, поліпшити гнучкість і координацію рухів); фігуру (понижити кількість жиру в тілі, збільшити або зменшити об'єм м'язів, поліпшити поставу, ходу) тощо.

Проте, фізичне тренування може призвести і до негативних наслідків. Наприклад, воно може травмувати суглоби кінцівок і хребет, призводити до м'язових болів, погіршити сон і самопочуття, викликати перенапруження серця, пригнічення

імунної системи, порушення в роботі внутрішніх органів, стійке негативне ставлення до всіх форм фізичної активності. Для того, щоб заняття оздоровчою аеробікою ефективно покращувало фізичний стан, а ризик негативних наслідків був мінімальним, фахівець з оздоровчої фізичної культури винен:

- знати як побудований і як функціонує організм людини;
- добре уявляти собі, які зміни в організмі спричиняє застосування тієї чи іншої вправи, та чи інша побудова заняття;
- уміти організувати заняття оздоровчою аеробікою і здоровий спосіб життя осіб, що займаються відповідно до законів біології, психології і соціальних потреб суспільства.

Нами була розроблена програма навчального курсу «Оздоровча аеробіка» для студентів факультету фізичного виховання. У даній програмі, викладена специфіка оздоровчої аеробіки, виявлені джерела її становлення і розвитку, визначені різні форми, зміст і методика занять.

Навчальний курс «Оздоровча аеробіка» розрахований на підготовку бакалаврів з фізичної реабілітації становить 2 кредити: 60 академічних години, з яких 30 години відводиться на аудиторну роботу.

Навчальний курс «Оздоровча аеробіка» **передбачає** вивчення студентами теорії і методики оздоровчої аеробіки, ознайомлення з її різновидами, та вивченням їх впливу на організм людини, набуття необхідних знань, умінь і навичок для самостійної роботи з оздоровчої фізичної культури.

Навчальна робота із аеробіки передбачає проведення занять у формі лекцій і практичних занять, а також самостійної роботи студентів.

Завданнями курсу «Оздоровча аеробіка» є:

- **засвоєння** теоретичного розділу;
- **оволодіння** основними видами оздоровчої аеробіки;
- **оволодіння** умінь складати комплекси вправ з метою покращення фізичного стану і здоров'я в цілому, осіб, що займаються;
- **оволодіння** умінь будувати заняття з метою управління діяльністю осіб, що займаються, для вирішення рекреаційних завдань (активний відпочинок, емоційна зарядка);
- **самостійне вивчення** програмного матеріалу за рекомендованою літературою, **виконання** домашніх завдань.

У розробленому нами курсі студенти на **аудиторних заняттях** отримують знання і умінь з основних розділів оздоровчої аеробіки. Зміст занять включає теоретичні заняття (лекції), практичні заняття і контрольний захід (залік).

Самостійна робота включає в себе самостійне виконання студентами елементів програмового матеріалу, роботу у інформаційній мережі, опрацювання літературних джерел та виконання студентами індивідуальних навчально-дослідних завдань (ІНДЗ).

Висновки.

1. З метою підготовки висококваліфікованих фахівців з фізичної реабілітації, які були б готові до роботи із впровадження аеробіки, як одного із видів оздоровчої фізичної культури нами на факультеті фізичного виховання була розроблена і запроваджена програма навчального курсу «Оздоровча аеробіка».

2. Навчальний курс «Оздоровча аеробіка», окрім вище зазначеного, допоможе майбутнім фахівцям з фізичної реабілітації різносторонньо підготувати себе до роботи у загальноосвітніх навчальних та оздоровчо-лікувальних закладах, а також покращити свою фізичну підготовленість.

Література:

1. Аэробика. Теория и методика проведения занятий: Учебное пособие для студентов вузов физической культуры / Под ред. Е.Б. Мякинченко и М.П. Шестакова. – М.: СпортАкадемПресс, 2002. – 304 с.
2. Деревлева Е.Б. Технологии преподавания аэробики студентам педагогических вузов / Е.Б. Деревлева, Э.И. Михайлова // Теория и практика физической культуры. – 2009. – № 6. – С. 74.
3. Мазурчук О. Удосконалення процесу фізичного виховання у вищих навчальних закладах засобами оздоровчої гімнастики / О. Мазурчук, Е. Навроцький // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: збірник наукових праць. – №. 1 (13), 2011. – С. 37–40.
4. Павлова Н.А., Єрохова А.А. Основні напрямки та принципи оздоровчої аеробіки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/old_jrn/Soc_Gum/Vchdpu/2012_98_3/Pavlov.pdf
5. Шандригось Г.А. Використання засобів аеробіки у підготовці фахівців з фізичної культури / Г.А. Шандригось. – Тернопіль: ТНТУ імені В. Гнатюка, 2005. – 43 с.
6. Шандригось Г.А. Оздоровча аеробіка у фізичному вихованні студентів / Г.А. Шандригось // Проблеми та перспективи наук в умовах глобалізації: матеріали ІХ Всеукраїнської наукової конференції. – Тернопіль: ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2013. – С. 213–217.

Стаття надійшла до редакції 16.12.2016 р.

РОЗДІЛ 3.

МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ПИТАННЯ ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Задворний Б.Р.

аспірат кафедри теорії фізичного виховання, фітнесу та рекреації
СНУ імені Лесі Українки

ТИП ТІЛОБУДОВИ ЯК ПОКАЗНИК ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ СТАРШОКЛАСНИЦЬ

У статті аналізуються антропометричні показники дівчат старшого шкільного віку, тип їхньої тілобудови та розглядаються кореляційні зв'язки між досліджуваними даними з метою подальшої їх корекції засобами фізичного виховання.

Ключові слова: тілобудова, фізичний розвиток, антропометричні показники, старшокласниці

Сучасний рівень розвитку суспільства значною мірою актуалізує наукові питання, пов'язані зі збереженням здоров'я й фізичним розвитком учнів, молоді. Така стратегія соціально-економічного розвитку впливає на формування особистості школярів старших класів, що призводить до глибоких змін у їхньому духовному, психічному й фізичному здоров'ї [5]. Під час навчання в школах, у ВНЗ, учнів, студентів, залежно від медичних показань, розподіляють на групи за станом здоров'я. Ми підтримуємо думку науковців, що такий розподіл дає своє відображення на подальшому психологічному та фізичному компонентах здоров'я [1].

Аналіз сучасних досліджень і публікацій з питання здоров'я, фізичного розвитку підростаючого покоління показав, що увага науковців спрямована на донозологічну діагностику та зміни в стані здоров'я підлітків (С. А. Щудро, Т. В. Пересипкіна), вивчення рівня їх фізичної активності (А. Цьось, Ю. Бергер, О. Сабіров) [4], впливу процесу фізичного виховання на дітей та підлітків (Л.Ю. Левандовська), удосконалення професійної підготовки фахівця з фізичного виховання та спорту (Н. О. Белікова, Н. Б. Грейда).

Мета дослідження: проаналізувати фізичний розвиток дівчат старшого шкільного віку й виявити кореляційні зв'язки між типом тілобудови й антропометричними даними.

Об'єкт дослідження – фізичний розвиток дівчат.

Предмет дослідження – тип тілобудови та кореляційні зв'язки з антропометричними показниками у дівчат старшого шкільного віку.

Методи дослідження – загальноприйняті методики вимірювання довжини тіла, маси тіла, окружності грудної клітки; методи математичної статистики.

Виклад основного матеріалу. Ми переконані, що поряд з медичними показаннями, до відвідування занять з фізичної культури в певній медичній групі, велике значення також мають показники фізичного розвитку. Їх вивчення та спостереження за їх динамікою дасть можливість вносити корективи у комплекс фізичних вправ для цілеспрямованої корекції та моделювання.

Одним з показників фізичного розвитку людини є тип тілобудови. Існують певні індекси для розрахунків та порівнянь. Одним з таких є Індекс Піньє (ІП) [3]. Для його розрахунку необхідно виміряти лише три показники: довжина тіла, маса тіла, окружність грудної клітки. Отримані результати, рекомендовано трактували так: якщо показник до 10 – міцна тілобудова; від 10 до 20 – добра; від 21 до 25 –

середня; від 26 до 35 – слабка; понад 36 – дуже слабка міцність тілобудови. Таким чином, чим менший показник, тим краща тілобудова [2].

Ми провели антропометричне дослідження 61 дівчини 15–18 років (10–11 клас). 23 особи (38%) – 15 років, 12 учениць (20%) – 16 років; 20 дівчат (32%) – 17 років і 6 старшокласниць (10%) – 18 років. Середній вік обстежуваних – $16,2 \text{ р} \pm 0,16$.

Вимірюючи довжину тіла, ми виявили, що у п'ятнадцятирічних дівчат середнє значення довжини тіла – $163 \text{ см} \pm 0,85$ (min – 155 см; max – 171 см). У 16-річних учениць досліджуваний показник становив $163,9 \text{ см} \pm 1,6$ (min – 155 см; max – 175 см). У 17-річних старшокласниць середній показник довжини тіла був на позначці – $162,7 \text{ см} \pm 1,4$ (min – 150 см; max – 175 см). У 18-річних випускниць шкіл середній показник довжини тіла був $164,8 \text{ см} \pm 3,49$ (min – 153 см; max – 173 см). Аналізуючи показники довжин тіла, ми перевірили значущість кореляційного зв'язку із віком дівчат. З'ясувалось, що показник рангової кореляції Спірмена (R_o) = 0,021. Таким чином, статистично значимого кореляційного зв'язку не виявлено, $p > 0,05$.

Вимірюючи масу тіла у дівчат старших класів, ми виявили, що у наймолодших обстежуваних (15-річних) середній показник маси тіла – $50 \text{ кг} \pm 0,86$ (min – 36 кг; max – 58 кг). У 16-річних дівчат середній показник маси тіла становив $53,8 \text{ кг} \pm 1,66$ (min – 47 кг; max – кг см). У 17-річних школярок досліджуваний показник був – $54,3 \text{ кг} \pm 1,76$ (min – 40 кг; max – 68 кг). У найстарших учениць середній показник маси тіла – $53,2 \text{ кг} \pm 1,19$ (min – 50 кг; max – 57 кг). Перевірка значущості кореляційного зв'язку між віком та масою тіла, за показником рангової кореляції Спірмена, показала, що $R_o = 0,297$. Таким чином, виявлено статистично значимий кореляційний зв'язок на рівні значущості $p = 0,02$.

Ще одним антропометричним показником, який ми вимірювали для подальшого встановлення типу тілобудови дівчат, був показник об'єму грудної клітки (ОГК). Виявили, що у 15-річних десятикласниць середній показник ОГК становив $82,9 \text{ см} \pm 1,38$ (min – 64 см; max – 91 см). У 16-річних дівчат середній показник ОГК був $89,17 \text{ см} \pm 1,38$ (min – 83 см; max – 99 см). У 17-річних учениць середнє значення ОГК становив $86,1 \text{ см} \pm 1,84$ (min – 65 см; max – 103 см). У 18-річних випускниць середнє значення ОГК було $88,5 \text{ см} \pm 0,99$ (min – 85 см; max – 92 см). Встановлюючи значущість кореляційного зв'язку між віком і ОГК, ми дійшли результату, що показник рангової кореляції Спірмена (R_o) рівний 0,317. Отже, виявлено статистично значимий кореляційний зв'язок на рівні значущості $p = 0,01$.

Щодо досліджуваного показника тілобудови – ІП, то виявлені такі дані: серед 15-річних школярок осіб з міцною тілобудовою не виявлено, 2 осіб (8,7%) мали добру тілобудову, 26,1% (6 обстежуваних) – середню міцність тілобудови, 47,8% (11 дівчат) – слабку тілобудову і 17,4% (4 школярки) – дуже слабку тілобудову. Серед 16-річних дівчат по 2 осіб (16,7%) мали дуже міцну та добру тілобудову, чверть школярок – середню міцність тілобудови і 41,6 % обстежуваних (5 осіб) – слабку тілобудову. З дуже слабкою тілобудовою не було жодної дівчини. Серед 17-річних учениць було по 4 дівчини (20%), які мали міцну тілобудову та дуже слабку тілобудову. В той же час у 35% (7 осіб) обстежуваних була добра тілобудова, у 10% (2 дівчат) – середня міцність тілобудови і у 15% (3 осіб) – слабка тілобудова. Серед 18-річних старшокласниць в однаковій мірі розподілились категорії обстежуваних – по третині осіб мали добру, середню та слабку тілобудову. Осіб з міцною та дуже слабкою тілобудовою не виявилось. Графічно дані відображені на рис.1.

Для виявлення кореляційного зв'язку між віком і типом тілобудови, ми розраховували показник рангової кореляції Спірмена. Результат – виявлено кореляційний зв'язок ($R_o = -0,311$), на рівні значущості $p = 0,01$.

Вивчаючи взаємозалежність між досліджуваними величинами (вік, довжина тіла, маса, ОГК, ІП), ми з'ясували, що існує прямий кореляційний зв'язок між віком дівчат і масою тіла та ОГК; непряний (зворотній) кореляційний зв'язок між віком з ІП; відсутній статистично значимий зв'язок між віком і довжиною тіла.

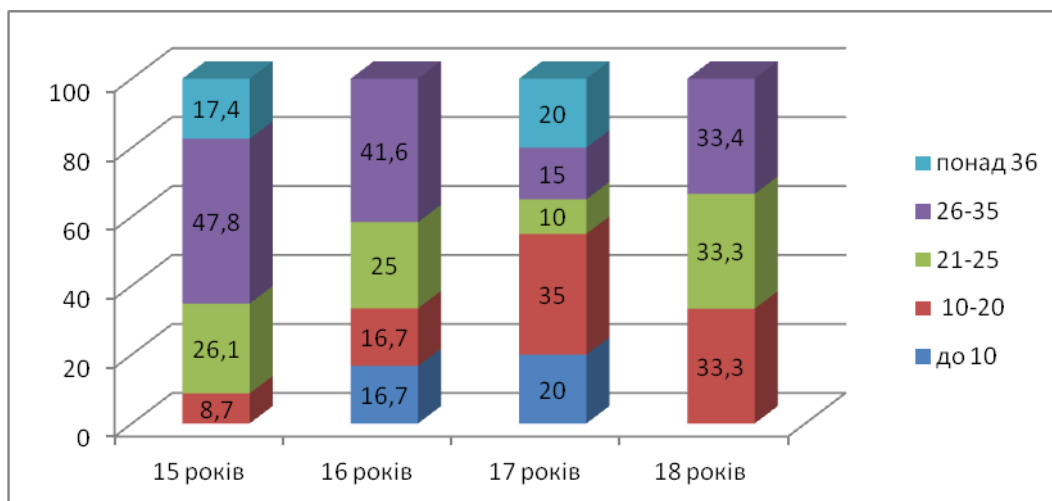


Рис.1. Показник ІП у дівчат 15–18 років, %

Показник довжини тіла прямо корелюється з показником маси тіла. Показник маси тіла, окрім прямого кореляційного зв'язку з віком та довжиною тіла, прямо пов'язаний з ОГК, має непрямий зв'язок з ІП. Показник ОГК у дівчат статистично значимо не залежить від довжини тіла, має прямий кореляційний зв'язок з віком дівчат, масою їх тіла і виявляє зворотній зв'язок з ІП. Дані подано в табл.1.

Таблиця 1

Показники рангової кореляції ($p < 0,05$)

Змінні	Вік	Довжина тіла	Маса	ОГК	ІП
Вік	-		0,29	0,32	-0,31
Довжина тіла		-	0,38		
Маса	0,29	0,38	-	0,56	-0,65
ОГК	0,32		0,56	-	-0,83
ІП	-0,31		-0,65	-0,83	-

Таким чином, тип тілобудови дівчат старших класів, який вираховувався за показником ІП, не залежить (не виявлено статистично значимого кореляційного зв'язку) від довжини тіла досліджуваних і має обернений (непрямий) кореляційний зв'язок з віком, масою тіла, ОГК. Впливаючи засобами фізичного виховання на корекцію маси тіла і ОГК можна покращити показник ІП і відповідно тілобудову дівчат.

Висновок. Аналізуючи фізичний розвиток підлітків за показником тілобудови, ми з'ясували, що серед сучасних дівчат старшого шкільного віку 47,5% має слабку і дуже слабку міцність тілобудови; міцний та добрий тип тілобудови у 31% учениць. Досліджуючи їх антропометричні дані та встановлюючи кореляційні зв'язки між досліджуваними показниками (показник рангової кореляції Спірмена), ми виявили, що між віком (15–18 років) і довжиною тіла статистично значимого кореляційного зв'язку не виявлено, а між віком і масою тіла та віком і ОГК є кореляційний зв'язок на рівні значущості $p \geq 0,01$. Такого ж рівня значущості виявлено кореляційні зв'язки між довжиною і масою тіла; між окружністю грудної клітки дівчат їх віком, масою тіла.

Література:

1. Андрійчук О. Я. Кількісний склад спеціальних медичних груп залежно від року навчання та спеціальності (серед студентів-медиків) / О. Я. Андрійчук // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки / уклад. А. В. Цьось, С. П. Козіброцький. – Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2015. – № 1 (29). – С.67–74 .

2. Завгородня Р. В. Особливості фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку / Р. В. Завгородня, А. І. Солонцова, І. С. Свєчкарьов // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 5. – С. 66–68

3. Калиниченко І. Інформативність індексних способів оцінки соматотипів у дітей / І. Калиниченко // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : збірник наукових праць.. – 2009. – № 3. – С. 72–75

4. Цьось А. Рівень фізичної активності студентів вищих навчальних закладів / А. Цьось, Ю. Бергер, О. Сабіров // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки / уклад. А. В. Цьось, С. П. Козіброцький. – Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2015. – № 1 (29). – С. 67–74

5. Щурова Н. В. Фізичний розвиток як основна характеристика фізичного здоров'я старшокласників / Н. В. Щурова. – Електронне джерело. – Режим доступу: <http://www.stattionline.org.ua/pedagog/104/18526-fizichnij-rozvitok-yak-osnovna-xarakteristika-fizichnogo-zdorov-ya-stashoklasnikiv.html>

Стаття надійшла до редакції 11.12.2016 р.

Струбіцька Н.Ю.

аспірант кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
СНУ імені Лесі Українки

СТАВЛЕННЯ ЖІНОК ДО ЗДОРОВ'Я МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

У статті піднімаються питання обізнаності жінок різних вікових груп щодо проблеми раку молочної залози, необхідності самоконтролю за станом здоров'я, періодичного відвідування лікаря та проходження дослідження.

Ключові слова: рак, молочна залоза, обізнаність, само обстеження

Онкологічні захворювання становлять велику проблему для національних систем охорони здоров'я. Вони потребують створення програми заходів щодо раннього виявлення передпухлинних захворювань та пухлин молочної залози, своєчасного та якісного надання медичної допомоги хворим цієї категорії, з урахуванням досвіду світової доказової медицини а також сприяють загостренню уваги самих жінок на проблемі раку молочної залози та спонукають їх більш відповідально ставитись до свого здоров'я [4].

Праці науковців направлені на удосконалення сучасних медикаментозних методів лікування раку молочної залози [2], хірургічного лікування [6], профілактики хронічного больового синдрому [7]. Автори зазначається, що найчастішим наслідком лікування таких хворих є постмастектомічний синдром, що поєднує в собі порушення фізичного, функціонального та психоемоційного станів [5]. Особливе місце займають роботи щодо оптимізації діагностики пухлин молочної залози [3] та необхідно своєчасної реабілітації та оцінки її ефективності [1].

Мета роботи – проаналізувати відповіді жінок різного віку щодо їх обізнаності в питаннях пухлин молочної залози, значущості самообстежень та звернень до лікаря, проходження медичного огляду й інструментального обстеження.

Об'єкт дослідження – ставлення населення до свого здоров'я

Предмет – обізнаність жінок в питаннях профілактики та діагностики раку молочної залози.

Методи дослідження – вивчення сучасних напрацювань з обраної тематики, анкетування, опитування жінок, аналіз результатів за допомогою методів математичної статистики

Викладення основного матеріалу. Для визначення обізнаності жінок з проблемами раку молочної залози, ми провели опитування 359 жінок у віці 18–65 років. Усі респонденти погодились на проведене анкетування та опитування. Усі жінки вказали, що не мають виявленої патології зі сторони репродуктивних органів, мають власних дітей (дитину).

З опитаних 187 осіб (52%) були мешканки м. Луцьк, 103 (29%) – сіл та селищ і 69 осіб (19%) районних центрів Волинської області. Щодо вікового розподілу респонденток, то 14 жінок (6,7%) мали вік 18–25 років, найбільшу групу складали жінки молодого віку (25–44 роки) – 190 осіб (52,9%); середній вік представляли 93 жінки (25,9%), 52 жінки (14,5%) мали похилий вік. Розподіл респондентів подано в табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл респонденток за віком та місце проживання

Місце проживання	Обласний центр		Районні центри		Села та селища		Всього	
Віковий період	п	%	N	%	п	%	п	%
До 25 років	7	3,7	3	4,3	14	13,6	24	6,7
25–44 рр. (молодий вік)	90	48,1	39	56,6	61	59,2	190	52,9
45–60 рр. (середній вік)	54	28,9	20	28,9	19	18,4	93	25,9
61 р. і старші	36	19,2	7	10,2	9	8,8	52	14,5
Σ	187	52,0	69	19,0	103	29,0	359	100

Першим запитанням, на яке ми запропонували дати відповідь, було – «Чи знаєте Ви, чим відрізняється доброякісна пухлина молочної залози від злоякісної?» Відповіді жінок були однозначними: так відповіли 84% (302 опитах) і 16% (57 жінок) відповіли, що не знають у чому різниця між доброякісною і злоякісною пухлиною. Серед 57 жінок, які не дали стверджуваної відповіді: 4 осіб (1,1%) віком до 25 років, 32 жінок (8,9%) – у віці 25–44 рр., 14 опитаних (3,9%) – у віці 45–60 років і 7 жінок (1,9%) – старшого віку. Такі результати підштовхують нас до необхідності підсилити проведення освітньої роботи серед населення всіх вікових періодів щодо проблеми раку молочної залози.

В опитувальнику, який ми пропонували жінкам, були питання, що стосувались необхідності самообстеження молочних залоз та самоконтролю за станом здоров'я. Результат аналізу відповідей жінок показав, що 270 жінок (75,2%) знають про необхідність періодичного самообстеження молочних залоз, проте 89 опитаних (24,8%) зізнались, що не обізнані у необхідності та важливості такого заходу. Серед них, найбільшу групу 33% складають особи у віці 45–60 років, дещо менше – 28% – осіб у віковому діапазоні 25–44 років, 21% – дівчата віком 18–25 років, і найменше (18%) таких жінок віком 61 – 65 років. Графічно дані щодо розподілу жінок, які не обізнані в необхідності самообстеження молочних залоз, відображено на рис.1.

Ми також проаналізували відсоток осіб, які не знають про самообстеження молочних залоз, залежно від кількості опитаних в кожній віковій групі.

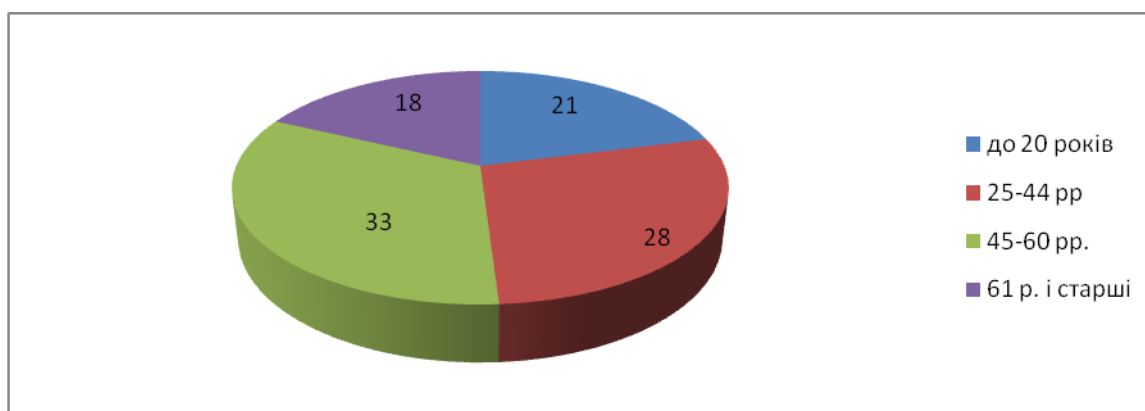


Рис. 1. Розподіл жінок за віком, які не обізнані в необхідності самообстеження молочних залоз, %

З загальної кількості осіб, які не знають, що необхідно проводити самообстеження молочних залоз, було: 18 осіб віком до 25 років (5% від загальної кількості опитаних і 83,3% від кількості опитаних дівчат віком до 25 років), 25 жінок молодого віку (7% від загальної кількості опитаних і 13,1% від кількості опитаних жінок віком 25–44 рр.) , 30 осіб середнього віку (8,4 5% від загальної кількості опитаних і 32,3% від кількості опитаних жінок віком 45–60 рр.) і 16 жінок старшого віку (1,2% від загальної кількості опитаних і 30,8% від кількості опитаних жінок віком 61 рік і старші. Графічно дані відображено на рис.2.

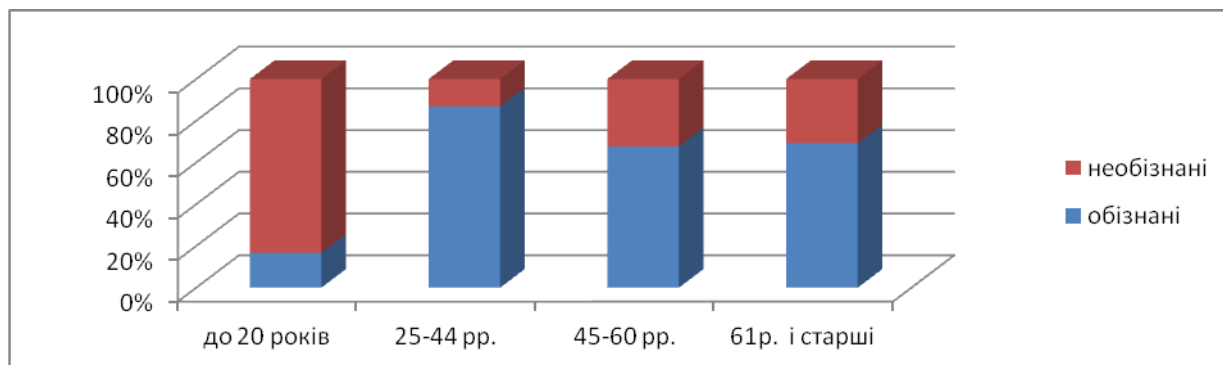


Рис. 2. Розподіл жінок, щодо обізнаності в необхідності самообстеження молочних залоз, %

Отриманий результат засвідчує той факт, що найбільшу (найдоступнішу, найпоширенішу) роз'яснювальну роботу щодо профілактики раку молочної залози необхідно проводити серед молоді.

Серед опитаних жінок, які знають, що важливо проводити самообстеження молочних залоз, лише третина жінок (95 осіб) знають основні правила та техніку (26,4% від усіх жінок, які приймали участь в дослідженні). Щодо вікового розподілу цього контингенту опитаних, то це – 67 молодих жінок (35,3% від кількості опитаних жінок віком 25–44 рр.), 20 жінок середнього віку (21,5% від кількості опитаних жінок віком 45–60 рр.), 8 осіб 61–65 років (15,4% від кількості опитаних жінок похилого віку). Графічно дані щодо розподілу жінок, які знають правила та техніку проведення самомасажу молочних залоз, відображено на рис.3.

Такі відповіді жінок демонструють низьку обізнаність жінок всіх вікових груп. Таким чином, жінки, будь-якого від віку, повинні бути залучені до реалізації просвітницької, навчально-методичної роботи серед населення щодо попередження раку молочної залози.

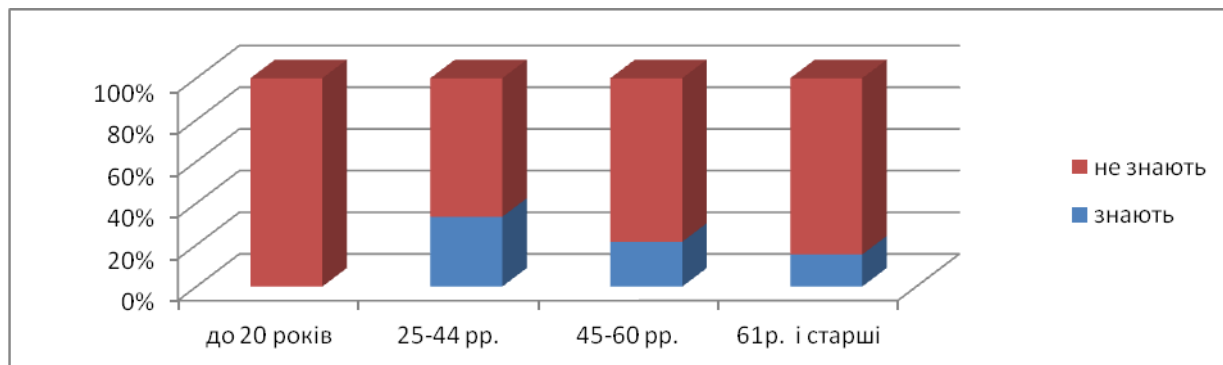


Рис. 3. Розподіл жінок, яким відомі правила та техніка проведення самообстеження молочних залоз, %

Одним з питань, щодо ставлення жінок до свого здоров'я, було з'ясування звернень до сімейного лікаря та проходження періодичного мамографічного обстеження. Усі опитані жінки знають свого лікуючого (сімейного) лікаря, звертаються при необхідності. Щодо проходження мамографічного обстеження, то лише 147 жінок (41%) хоча б раз у житті буди обстеженні. Залежно від віку, відсоток жінок, яким було проведено мамографію, становив: у віці до 25 років – 8,3% (2 жінок); у молодому віці – 40% (76 жінок); віком 45–60 років – 57% (53 жінки), у віці 61 рік і старші – 30,7% (16 жінок).

Згідно з діючим Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги [4], до 35-ти років не призначається жінкам мамографія (якщо для цього немає підстав), можна використовувати УЗ дослідження); при наявності сімейного анамнезу раку молочної залози – мамографію рекомендують проводити 1 раз на 1–2 роки (регулярно обстежуючи груди самостійно та у кабінеті лікаря), починаючи з віку 35-ти років; у віковому діапазоні 35–40 років усім жінкам одноразово проводиться первинна мамографія, для визначення структури тканини молочної залози; у віці 40–49-ти років пропонується проводити мамографію в залежності від показань; у віці 50–69-ти років мамографію проводять 1 раз на 2 роки, враховуючи результати попередніх обстежень, самообстежень та клінічних обстежень молочної залози. Аналіз відповідей опитуваних жінок та чинних рекомендації Міністерства охорони здоров'я показав, що, на даному етапі, ще багато вимог мають бути реалізованими. Причинами такого стану можуть бути багато факторів, які ми будемо вивчати у подальшій роботі.

Висновок, за результатами проведеного анкетуванні жінок різного віку щодо обізнаності про проблеми раку молочної залози, необхідності періодичних профілактичних заходів, важливості регулярного відвідування лікаря та проходження необхідних досліджень, виявилось, що лише 75,2% опитаних жінок знають, що необхідно періодично проводити самообстеження молочних залоз а лише 26,4% – знають правила і техніку. На законодавчому рівні прийнято документи, які стандартизують медичну допомогу різним групам населення, проте на практиці не завжди виконуються (лише 41% жінок проходили мамографічне обстеження). До подальших планів ми відносимо вивчення причин низької обізнаності жінок у питаннях раку та пошук шляхів, що можуть покращити наявну ситуацію.

Література:

1. Андрійчук О.Я. Комплексна оцінка результативності реалізації програми з фізичної реабілітації хворих на гонартроз / О. Я. Андрійчук // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки / уклад. А. В. Цьось, С. П. Козіброцький. – Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2014. – № 4 (28). – С. 92–99.
2. Жильчук А. В. Значення прогностичних чинників для вибору тактики лікування хворих на рак молочної залози, зокрема з метастатичним ураженням кісток / А. В. Жильчук, В. В. Проценко. – Б.м., 2016 – (Хірургія України).
3. Заволока О. В. Оптимізація діагностичного алгоритму в системі клінічного моніторингу у жінок з пухлинами молочної залози : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.03 / О. В. Заволока; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2014. – 21 с.
4. Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при раку молочної залози» № 396 від 30.06.2015 р.
5. Одинець Т. Є. Проблемно-орієнтована програма фізичної реабілітації жінок із постмастектомічним синдромом на стаціонарному етапі реабілітації / Т.Є. Одинець, Ю.А. Бріскін // Фіз. виховання, спорт і культура здоров'я у сучас. сусп-ві. – 2016. – № 1. – С. 97–101.

6. Савран В. В. Еволюція хірургічного лікування раку молочної залози / В.В. Савран, Н.І. Кашлюк, В.Р. Савран // Експерим. і клініч. медицина. – 2014. – № 3. – С. 124–126

7. Чешук В. Є. Профілактика хронічного больового синдрому та неврологічних розладів плеча після мастектомії : (огляд) / В. Є. Чешук // Онкологія : прил. к журн. "Експерим. онкологія". – 2015. – 17, № 3. – С. 152–155.

Стаття надійшла до редакції 13.12.2016 р.

Казакова С.М.

кандидат біологічних наук,
доцент кафедри фізичної реабілітації
Мелітопольського інституту екології та соціальних технологій
вищого навчального закладу
Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»

Пюрко В.Є.

студент 3 курсу спеціальності «Фізична реабілітація»
Мелітопольського інституту екології та соціальних технологій
вищого навчального закладу
Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»

ОСОБЛИВОСТІ РЕЙТИНГУ ПОСТАВИ В ДІТЕЙ ПРИ ЗАХВОРЮВАННІ НА СКОЛІОЗ

У статті розкриті особливості рейтингу постави в хлопців 13–14 років при захворюванні на правобічний сколіоз. Описано недостатній розвиток сили м'язів спини, живота, стопи.

Ключові слова: сколіоз, порушення постави, діти 13–14 років, особливості рейтингу, сила м'язів.

Постановка проблеми. Регуляція вертикальної пози людини ставиться до числа найбільш актуальних медико-біологічних проблем сучасності, яка розглядається не тільки як один з факторів, що характеризують певне положення тіла людини в просторі, але і як найбільш істотний показник стану його здоров'я [1,5]. Серед захворювань опорно-рухового апарата порушення постави займає одне з перших місць як за частотою, так і за складністю патологічних змін. Кількість дітей з порушенням постави в Україні за останні 20 років збільшилося у два рази й становить від 60 до 80%, тобто в середньому, три дитини з п'яти мають видимі деформації опорно-рухового апарата, що, в свою чергу, призводить до збільшення патології не тільки апарата руху, але й основних органів і систем (серцево-судинна, травна, дихальна й ін.) [8], тому набуває все більшої актуальності проблеми навчання і виховання дітей в інтегрованому освітньому середовищі в світлі реалізації щодо здоров'єзберігаючих технологій.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Порушення постави представляють одну з найбільш актуальних проблем дитячого здоров'я. Ці порушення виникають, як правило, через нераціональний руховий режим дітей і створюють несприятливі умови для функціонування різних органів і систем людини. Морфологічно постава визначається як звична поза невимушено стоячої людини, яку він приймає без зайвої м'язової напруги. З погляду фізіології, постава – це навичка або система певних рухових рефлексів, що забезпечує в статичі й динаміку правильного положення тіла в просторі. У біомеханіці постава розглядається як невимушена поза тіла людини, що перебуває в ортоградному положенні, оцінювана з урахуванням геометрії мас тіла людини [2–4].

У вертикальній позі голова втримується розгиначем голови проти моменту її сили ваги. Внаслідок шийного лордозу маса голови спрямована на згинання шийного відділу хребетного стовпа, при цьому утримуючу роботу роблять і м'язи шиї. Утримання голови, при деякому опусканні її вперед рефлекторно сприяє збільшенню грудного кіфозу. Утримання голови при невеликому згинанні шийного відділу хребетного стовпа сприяє зменшенню грудного кіфозу [6].

Поставу можна оцінювати за геометрією мас тіла людини, тому що однієї з причин її порушень є виникнення надмірно великого перекидаючого моменту щодо однієї або двох площин простору, займаного тілом людини. Це викликає зайву напругу м'язів-розгиначів і деформацію поздовжньої осі хребетного стовпа.

Рухова функція людини відноситься до числа найбільш давніх. Опорно-руховий апарат (ОРА) – це виконавча система, безпосередньо що її реалізує. Він забезпечує оптимальні умови взаємодії організму з зовнішнім середовищем. Тому будь-яке відхилення в параметрах функціонування ОРА, як правило, призводить до зниження рухової активності, порушення нормальних умов взаємодії організму з навколишнім середовищем і, як наслідок цього, до порушень у стані здоров'я людини [7].

Мета – вивчення особливості рейтингу постави в дітей при захворюванні на сколіоз.

Об'єкт – діти 13–14 років з діагнозом правобічний сколіоз, які відповідно до нормативних оцінок показників росту відповідали середньому рівню розвитку.

Предмет – процес вивчення сили та витривалості м'язів спини, живота, стопи у дітей із правобічним сколіозом.

Методи дослідження – експериментальний, статистичний.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Аналізуючи антропометричні дані школярів 13–14 років (табл.1) нами визначено, що діти, які брали участь в експерименті мали дані середнього росту $165,1 \text{ см} \pm 3,2$, масу тіла $53,5 \text{ кг} \pm 2,1$. Відповідно до нормативних показників росту й маси хлопчиків шкільного віку, дані параметри відповідають середньому рівню розвитку.

Таблиця 1

Антропометричні показники дітей 13–14 років

№ п/п	Прізвище, ім'я	Показники	
		Ріст, см	Вага, кг
1.	Асанов Олег	157,8	50,3
2.	Добрев Сергій	160,4	51,4
3.	Гундя Петро	162,8	52,8
4.	Заказін Владик	164,9	50,8
5.	Жжонов Євгеній	165,6	53,8
6.	Ікрасін Роман	166,8	54,3
7.	Калядін Сергій	168,4	51,5
8.	Кадавін Артем	169,8	54,6
9.	Коваленко Роман	165,4	52,4
10.	Карає Сервер	162,8	50,6
11.	Маркушин Роман	163,4	54,6
12.	Москаленко Денис	162,8	55,4
13.	Мордвінів Дмитро	164,5	56,4
14.	Хардавін Вадим	166,5	58,4
15.	Яковенко Євгеній	164,8	54,8
	$\mu \pm \delta$	$165,1 \pm 3,2$	$53,5 \pm 2,1$
	ρ		

Аналіз медичних карт школярів показав, що в усіх діагностується порушення постави, а саме правобічний сколіоз, який почав прогресувати в пубертатний період. Дослідження плечового індексу (рис. 1) показав, що діти за даним показником мають ще одне порушення постави – сутулість.

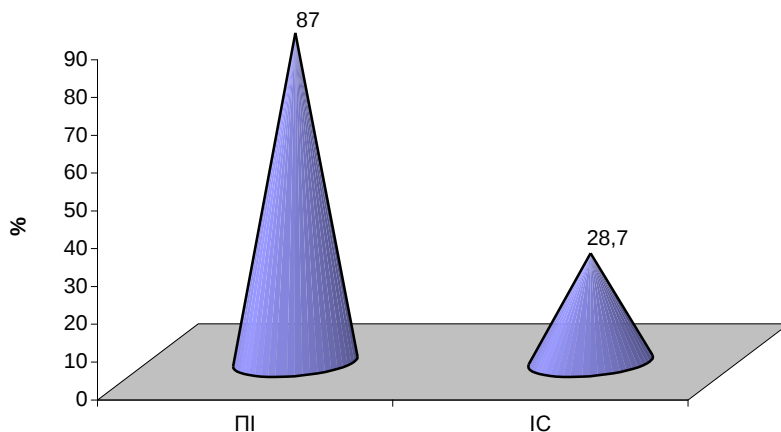


Рис. 1. Динаміка плечового індексу (ПІ), індексу стопи (ІС) у дітей.

Рухливість хребетного стовпа є одним з параметрів постави, тому у випробуваних ми виміряли цей показник. Загальний показник рухливості хребетного стовпа показав, що школярі за даним параметром відповідають нормативам – «задовільно» (рис. 2).

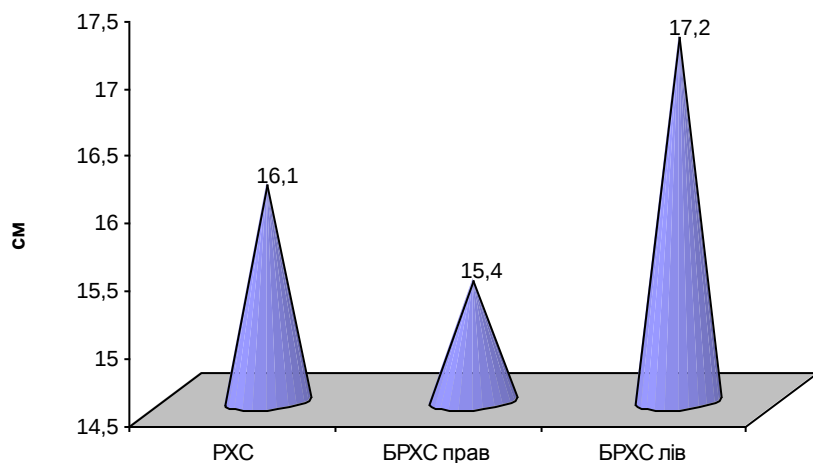


Рис. 2. Динаміка фізіологічних показників у дітей: РХС – рухливість хребетного стовпа, БРХС – бокова рухливість хребетного стовпа.

Це говорить про те, що міжхребцеві диски ще не зовсім деформовані й даний показник може бути поліпшений під впливом фізреабілітаційних заходів.

Бокова рухливість хребетного стовпа показує не тільки стан міжхребцевих дисків, але й силу міжреберних м'язів, згиначів і розгиначів спини. Аналіз результатів (рис. 2) показав, що в дітей із правобічним сколіозом зменшена права бічна рухливість хребетного стовпа на 10–11% у порівнянні з лівостороннім. Даний показник відповідає нижній границі середнього показника.

Наступний показник, зокрема статистична силова витривалість м'язів спини (рис. 3), показав, що в дітей 13–14 років він на 12–13 % нижче, ніж у школярів з нормальною поставою тулуба.

Аналіз даних по силовій витривалості м'язів спини (рис. 3) показав, що в школярів з кіфозним сколіозом цей показник на 21–22 % нижче, ніж у дітей з нормальною поставою.

Вивчення силової витривалості м'язів правої сторони тулуба показав (рис. 3), що в дітей, які брали участь в експерименті він нижче на 20–22 %, чим у дітей з нормальною поставою. Аналіз даних по цьому показнику з лівої сторони тулуба (рис. 3) дозволив зробити висновок, що цей показник відрізняється від норми на 19–20%.

Оцінка динамічної силової витривалості м'язів живота (рис. 3), показав, що цей параметр відрізняється від нормативу на 6–10%. Аналіз даних по оцінці силової витривалості м'язів живота показав (рис. 3), що цей параметр нижче нормативного на 10–12%. Цікаво було визначити силову витривалість правого зовнішнього косого м'яза живота. Отримані результати (рис. 3) дозволяють стверджувати, що даний показник відрізняється від нормативних на 6–10%.

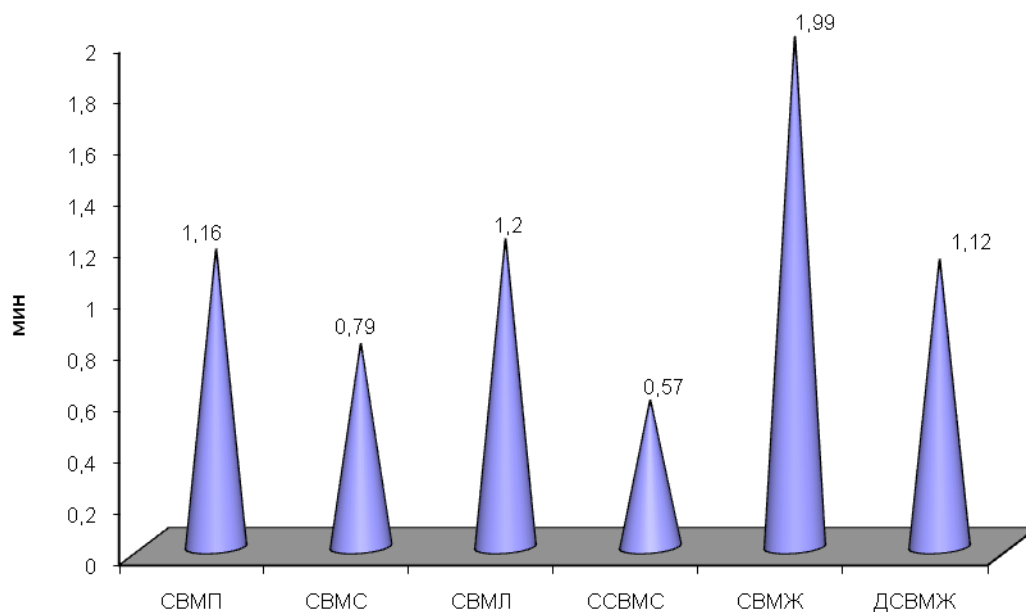


Рис. 3. Динаміка структурних показників у дітей: СВМС – силова витривалість м'язів спини (п – правої сторони, л – лівої), ССВМС – статична силова витривалість м'язів спини, СВМЖ – силова витривалість м'язів живота, ДСВМЖ – динамічна силова витривалість м'язів живота.

Діагностика постави людини не була б повної без виміру й оцінки опорно-ресорних властивостей його стопи. Виділяють три основні функції, властиві нормальній стопі: ресорна – здатність до пружного розпластування під дією навантаження, балансувальна – участь у регуляції повної активності при стоянні й ходьбі, товчкова – повідомлення прискорення окремих ланок тіла при локомоціях. Найважливішою конструктивною особливістю стопи людини є склепінна будова. Звідчастість стопи підтримується й зміцнюється м'язами гомілки, тому її властивості, що демпфують, визначаються не тільки анатомічними особливостями кісток, але й активною роботою м'язів [5,6].

Дослідженнями виявлено, що при вертикальній позі в нормі маса тіла на стопу розподіляється в такий спосіб: 20,5% – на передневінутрішній відділ стопи, 18,4% – на переднезовнішній відділ, 5,5% – на область зводу, а на п'яту – 55,6%. При ходьбі маса тіла людини розподіляється в такий спосіб: на п'яту доводиться 33,2%, на середню частину – 5%, на переднезовнішню частину стопи – 26%, на передневінутрішню – 35,8%.

Виходячи з вищевикладеного нами також проведено діагностику ресорних властивостей стопи. Аналіз отриманих результатів показав, що діти, які брали участь в експерименті (рис. 4) мають слабкий звід стопи, що на 10–11% відрізняється від

нормативного показника. Для більш детальної характеристики використовували так само показник з індексу стопи – це відношення висоти підйому стопи до її довжини. Аналіз отриманих результатів показав (рис. 4), що школярі, які прийняли участь в експерименті мали помірну плоскостопість.

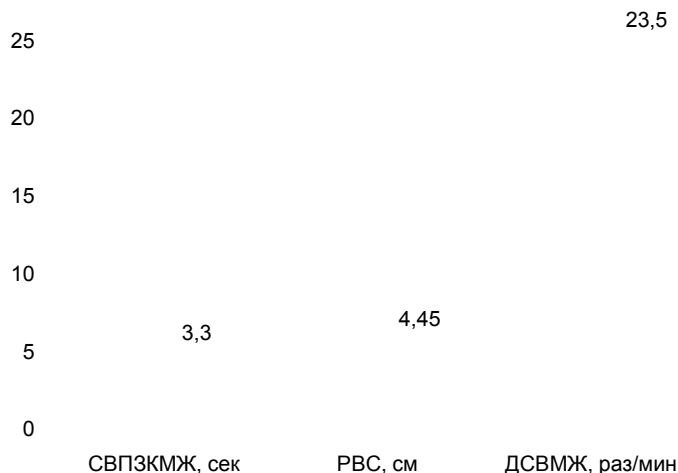


Рис. 4. Динаміка показників опорно-рухового апарата: СВПЗКМЖ – силова витривалість правого зовнішнього м'яза живота, PBC – ресорні властивості стопи, ДСВМЖ – динамічна силова витривалість м'язів живота.

Таким чином, анатомо-фізіологічні параметри опорно-рухового апарата в дітей 13–14 років показали, що школярі мали правобічний сколіоз, сутулість, слабку стопу, помірну плоскостопість. Рухливість хребетного стовпа відповідала задовільному показнику, бічна рухливість хребетного стовпа була нижче норми на 10–11%, статична силова витривалість м'язів спини – на 12–13 %, силова витривалість м'язів спини – на 21–22 %, силова витривалість м'язів спини правої сторони й силова витривалість м'язів спини лівої сторони – 19–22 %, динамічна силова витривалість м'язів живота – на 6–10%, силова витривалість м'язів живота – 10–12 %, силова витривалість правого зовнішнього м'яза живота – 6–10 %.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому плануємо розробити комплексну програму реабілітації для хлопців 13–14 років, яка буде включати сегментарний масаж, лікувальну фізкультуру, плавання, дієтотерапію, здоровий спосіб життя. Застосувати методи фізичної реабілітації для усунення прояву правобічного сколіозу та сутулість.

Література

1. Автухова Р.А. Учимся лежать. Обучение и воспитание младших школьников с нарушением ОДА в массовой школе /Р.А. Автухова /Здоровье детей. – 2005. – № 20 (295).
2. Бычук А. Влияние геометрии масс тела на формирование осанки у школьников /Бычук А. /Педагогика, психология та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: Зб. наук. пр. /За ред. С.С. Ермакова – Харків. – ХХПІ, 2001. – №1 – С.51–58.
3. Кашуба В.А. Биомеханика осанки. – К.: Олимпийская литература. – 2003. – 281 с.
4. Кашуба В.А. Современные методы измерения осанки человека /Кашуба В.А. /Педагогика, психология та медико-біологічні проблеми фіз. виховання і спорту. – 2002. – № 11. – С.51–56.
5. Лайуни Рида Бен Шедли. Биомеханические свойства скелетных мышц в различных условиях двигательной активности человека. – К.: Наук. світ, 2002. – 182 с.
6. Очерет А.А. Внимание, сколиоз! – М.: Советский спорт, 2000. – 96 с.

7. Шрамко Ю.И., Нехай С.П. Использование средств физической культуры для коррекции сколиоза у детей младшего школьного возраста / Шрамко Ю.И., Нехай С.П. /Материалы международной научно-практической конф. с междун. участием. – Симферополь. – 2008. – С. 117–119.

8. Battie M.C., Bigos S.J., Fisher L.D., Spengler D.M. Hansson T.H., Nechemson A.L. The role of spinal flexibility in back pain complaints within industry: A prospective study / Battie M.C., Bigos S.J., Fisher L.D., Spengler D.M. / Spine. – 2010. – Vol. 15(8). – P. 768–773.

Стаття надійшла до редакції 14.12.2016 р.

Кукса Н. В.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

Самодій Ю. О.

студентка 6 курсу спеціальності Фізична реабілітація
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ГІПОДИНАМІЯ ЯК ПРОБЛЕМА СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА

У статті розглядається проблема гіподинамії як результату малорухливого способу життя сучасного суспільства. Здійснено аналіз наслідків малорухливого способу життя в аспекті впливу на стан здоров'я людини. Висвітлено окремі сучасні підходи до оптимізації рухової активності різних категорій населення.

Ключові слова: малорухливий спосіб життя, гіподинамія, гіпокінезія, рухова активність.

Постановка проблеми. З позицій сьогодення, в умовах значних досягнень технічного прогресу, що характеризується механізацією, автоматизацією, комп'ютеризацією, урбанізацією праці, очевидною постає проблема малорухливого способу життя сучасного суспільства як фактору зниження його працездатності та відхилення в стані здоров'я. Дослідження наукових центрів різних країн свідчать, що здоров'я людини лише на 8-10% залежить від рівня розвитку і стану медицини, на 15-20% - від стану екології, на 18-20% - від спадковості (генетики) і приблизно на 50-58% - від способу життя людини [6, с. 12]. Отже вирішальним чинником здоров'я людини є спосіб її життя, важливою і невід'ємною складовою якого є достатній рівень рухової активності.

На сьогодні гіподинамія розглядається вітчизняними науковцями як одна з причин кризового стану здоров'я населення України, серед якого (37%) чоловіків і фактично половина (48%) жінок ведуть малорухливий спосіб життя. Навіть у молодому віці рівень фізичної активності кожного четвертого чоловіка і другої жінки характеризується як недостатній [8, с. 46].

Обмеження рухової активності несприятливо позначається на нормальному функціонуванні всіх органів і систем організму людини. Гіподинамія є основною причиною порушення обміну речовин, а також виникнення низки серйозних хронічних захворювань. Негативним наслідком гіподинамії є ожиріння, яке, в свою чергу, призводить до дисфункцій серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, опорно-рухового апарату тощо.

Таким чином, малорухливий спосіб життя – це проблема цивілізації, яка все більше загострюється і потребує невідкладного вирішення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Останні дослідження, присвячені питанням формуванню здорового способу життя різних груп населення, свідчать, що незважаючи на постійне порушення означеної проблеми як на державному, так і місцевому рівнях, обмеження рухової активності сучасного суспільства залишається домінуючим фактором погіршення стану його здоров'я, зниження працездатності та якості життя в цілому. Дефіцит рухової активності сучасної людини визнається як найбільш поширений негативний етіологічний і патогенетичний фактор довкілля.

Протягом останнього десятиріччя спостерігається посилення уваги вітчизняних науковців до проблеми формування здорового способу життя, зокрема, підвищення рухової активності різних категорій населення. Так, у наукових працях висвітлено окремі аспекти оптимізації рухової активності дітей дошкільного віку (А. Вольчинський, Н. Гнесь, Т. Кравчук, Н. Левінець, С. Тітаренко та ін.), школярів (І. Боднар, Н. Брайко, М. Гончерюк, В. Золочевський, Т. Кулемзіна, О. Томенко, С. Трачук, Є. Федоренко, О. Хуртенко та ін.), студентської молоді (Б. Без'язичний, Т. Вінярська, М. Горобей, Н. Земська, П. Данчук, В. Коновалов, О. Куц, С. Лазоренко, Ю. Павлова та ін.). Питанням впливу рухової активності на біологічний вік та тривалість життя людини присвячено наукові дослідження Н. Десятнікової, В. Жеребченко, О. Коваль, Г. Коробейнікова, Н. Фединяка та ін. Актуалізації на сьогодні набуває проблема мотивування різних категорій населення до рекреаційно-оздоровчої рухової активності (Л. Долженко, З. Коритко, Р. Стасюк, Є. Федоренко, Є. Франків, Ю. Юрчишин та ін.).

Натомість, питанню оптимізації рухової активності дорослого населення працездатного віку в контексті збереження і зміцнення їх здоров'я приділяється недостатньо уваги.

Мета роботи – з'ясувати сучасний стан дослідженості проблеми малорухливого способу життя як фактору зниження здоров'я сучасного суспільства.

Об'єкт дослідження – формування здорового способу життя населення.

Предмет дослідження – оптимізація рухової активності осіб працездатного віку з малорухливим способом життя.

Методи дослідження – теоретичний аналіз наукових джерел з проблеми дослідження, систематизація та узагальнення отриманих даних.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Стан здоров'я людини, як зазначає О. Міхеєнко, залежить від багатьох факторів, однак серед тих процесів, якими людина може керувати свідомо, рухова активність має вирішальне значення [6, с. 231]. Науковець зауважує, що механізми впливу оптимальної рухової активності як на соматичний, так і психічний стан людини виявляються настільки універсальними і надійними, що їх використання в практиці оздоровлення стає нагальною потребою, особливо актуальною на сучасному етапі розвитку суспільства [6, с. 32].

Малорухливий спосіб життя сучасного суспільства обумовлений, насамперед, досягненнями науково-технічного прогресу та «благами» цивілізації, які, з одного боку, значно полегшують повсякденне життя людини, сприяючи економізації часу як в процесі навчальної/професійної діяльності, так і побуті; з іншого боку, призводять до дефіциту рухової активності, що негативно відбивається на стані здоров'я. У шкільному віці та період студентства обмеження рухової активності пов'язано переважно з перенавантаженням навчальними заняттями та тривалим перебуванням за комп'ютером. Серед факторів, що зумовлюють дефіцит рухової активності дорослого населення працездатного віку, превалюють такі: поширення професій, пов'язаних з автоматизацією праці і комп'ютеризацією, розвиток транспорту, надання переваг пасивному відпочинку, недостатній розвиток рекреаційно-оздоровчої сфери, зокрема доступної інфраструктури. Так, в офісних працівників частіше спостерігаються захворювання опорно-рухового апарату (20%), виникнення розладів серцево-судинної діяльності (20%), хвороби очей (60%) та психічні порушення (стреси, підвищена тривожність, депресії тощо). Під час

виконання роботи на комп'ютері працівник тривалий час залишається малорухомим. Причиною усіх цих захворювань є гіподинамія.

Гіподинамія (грец. *hupo* – зниження; *dinamis* – сила) – сукупність негативних морфофункціональних змін в організмі внаслідок тривалої гіпокінезії. Гіпокінезія (грец. *hupo* – зниження; *kinesis* – рух) – особливий стан організму, обумовлений недостатністю рухової активності.

Низький рівень рухової активності, як відзначає Н. Десятнікова, є основним чинником передчасного старіння, суттєвого зниження адаптаційно-регуляторних можливостей організму людини, що обумовлює зниження біологічного віку населення, та, відповідно, його загальної життєздатності. Результати дослідження Г. Коробейнікова засвідчили, що достатній рівень рухової активності дозволяє знизити темпи процесу старіння організму людини. За даними геронтологів, люди похилого віку, які систематично займаються аеробними вправами, за функціональним станом молодші за своїх однолітків у середньому на 12 років [3, с. 236].

Малорухливий спосіб життя, в першу чергу, впливає на обмінні процеси в організмі, уповільнюючи їх, що може призвести до ожиріння. За даними ВООЗ збільшення кількості пацієнтів з ожирінням спостерігається як серед дорослого, так і серед дитячого населення. В економічно розвинутих країнах у 25% підлітків виявлено надлишкову масу тіла, а у 15% — ожиріння, причому кількість дітей з ожирінням кожні три десятиріччя зростає вдвічі [2]. В Україні, за оцінками ВООЗ, надлишкова маса тіла спостерігається у 50,5% чоловіків та 56% жінок (ожиріння відповідно у 16 та 26%). У середньому ожиріння виявлено близько у 15% населення країни, що відповідає середньоєвропейському рівню [2].

Окрім збільшення об'єму жирової тканини, кумулятивний ефект гіподинамії та гіпокінезії при малорухливому способі життя людини, обумовлює негативні зміни в інших органах і системах організму, а саме трофічні і дегенеративні зміни опорно-рухового апарату, порушення процесів нервової і гуморальної регуляції, детренованість серцево-судинної системи, психічні розлади та ін. [1-2; 4; 9].

Наслідками тривалої гіпокінезії є морфофункціональні зміни опорно-рухового апарату, що характеризуються поступовим зниженням його сили і витривалості, зменшенням еластичності м'язів і зв'язкового апарату, порушенням координації рухів і рівноваги, прискоренням процесу передчасного старіння, що проявляється розвитком остеопорозу кісток та уповільненням репарації кісткової тканини після травматичних пошкоджень.

Малорухливий спосіб життя є однією з причин зниження регулятивно-адаптаційних ресурсів організму людини, що проявляється розладами ендокринної регуляції, зниженням резистентності до інфекційних та респіраторних захворювань.

Результатами тривалої гіпокінезії і гіподинамії є функціональні розлади діяльності центральної і вегетативної нервової систем: вегето-судинна дистонія, астенія, зниження розумової працездатності, швидке наростання втоми і виснажливості, порушення сну. В осіб з малорухливим способом життя часто спостерігаються схильність до стресорних реакцій, дисфорія, підвищена тривожність, затяжні депресії. Унаслідок малорухливого, насамперед, «сидячого» способу життя в людини змінюється регуляція судинного тону, порушується кровообіг, виникають застійні явища в органах малого тазу і нижніх кінцівках.

Детренованість серцево-судинної системи є фактором ризику виникнення серцево-судинних захворювань, атеросклерозу судин та інших патологічних станів. Зниження адаптаційних можливостей серцевого м'язу до фізичних навантажень обумовлює функціональні розлади, що характеризуються підвищенням частоти серцевих скорочень, аритмією, зменшенням систолічного об'єму крові тощо.

Негативний вплив гіпокінезії на дихальну систему проявляється в зниженні її функціональних можливостей, а саме: зміні частоти і глибини дихання, зниженні життєвої ємності та вентиляційної здатності легень, появі задишки при незначних фізичних навантаженнях, схильністю до респіраторних захворювань.

А. Сікура, В. Пліско вказують, що можливість ефективної профілактики й нівеляції негативних наслідків гіподинамії шляхом впровадження цілеспрямованих загальнонаціональних програм в інтеграції з масовим залученням населення до занять оздоровчою фізичною культурою вже доведена в ряді держав, таких як Японія, США, Канада. За останні 10 років смертність працездатного населення від захворювань серцево-судинної системи в зазначених країнах знизилась на 30-40% порівняно з минулими десятиріччями. На сьогодні регулярно займаються фізичними вправами (ходьба, біг, плавання, велоспорт) в США – 65%, в Німеччині – 67%, в Норвегії – 50%, в Японії – 80% дорослого населення. Натомість в Україні ці показники залишаються в 5-6 разів нижчими [8, с. 247].

Як вже зазначалось, на жаль, в нашій країні на сьогодні недостатньо розробленими залишаються питання, пов'язані з ефективною боротьбою з гіпокінезією шляхом масового залучення населення працездатного віку до оздоровчо-рекреаційної діяльності. Натомість, активно досліджується проблема оптимізації рухової активності підростаючого покоління та студентської молоді. Так, С. Романчук було визначено такі орієнтири (критерії) розвитку студентів у контексті попередження дефіциту їх рухової активності: 1) наявність активної потреби глибокого самопізнання, саморозвитку та самооздоровлення на базі адекватної самооцінки свого організму; 2) усвідомлення феномену цінності здорового способу життя як необхідної умови зміцнення здоров'я, збереження високої працездатності та покращання життєдіяльності; 3) активне прагнення до усвідомлення краси спортивної поведінки, естетичного сприйняття легких, граціозних, вишуканих рухів та створення свого естетичного образу; 4) здатність створювати і послідовно втілювати власну програму фізичного саморозвитку [7].

Цікавими з наукової точки зору є дослідження Л. М. Шлепакова, О. М. Вареника, присвячені вивченню факторів, що впливають на процес залучення дорослого населення до регулярної рухової активності на місцевому рівні. За результатами дослідження науковцями виокремлено такі напрями діяльності в контексті залучення населення працездатного віку до регулярної рухової активності: 1) забезпечення доступу широких верств населення до маловитратних спортивних споруд, інвентарю, обладнання, спеціалістів; 2) створення екологічно безпечних та комфортних умов для занять руховою активністю; 3) усунення дефіциту інформованості населення щодо організації рухової активності. Спираючись на дані, отримані шляхом проведеного емпіричного дослідження, вченими визначено такі дії по кожному із означених напрямів. Забезпечення доступу широких верств населення до фізкультурно-спортивних об'єктів передбачає забезпечення доступу до багатопрофільних спортивних комплексів; облаштування прибудинкових майданчиків; упорядкування приміських рекреаційних зон (парків, лісопарків, інших зон відпочинку); використання інших альтернативних можливостей. Забезпечення належних умов проведення занять руховою активністю зорієнтовано на будівництво нових об'єктів за місцем проживання та в місцях масового відпочинку; організацію мережі з надання комерційних послуг; регламентацію діяльності суб'єктів, які не сприяють збереженню та зміцненню здоров'я населення; приведення до належного стану існуючої бази. Усунення дефіциту необхідної інформації передбачає широке залучення засобів масової інформації; організація і проведення масових оздоровчих заходів; облаштування просвітницько-консультативних пунктів, залучення волонтерів, громадських організацій; робота із населенням із залученням лікарів первинної ланки охорони здоров'я [10, с. 101-102].

Таким чином, теоретичний аналіз стану дослідженості проблеми малорухливого способу життя сучасного суспільства дозволив з'ясувати основні причини гіпокінезії дорослого населення працездатного віку, негативні наслідки гіпокінезії і гіподинамії, а також можливі підходи до вирішення означеної проблеми.

Перспективи подальших наукових розвідок вбачаємо в розробці та експериментальній перевірці оздоровчо-рекреаційної програми для жінок працездатного віку з малорухливим способом життя.

Література:

1. Бальсевич В. К. Физическая культура для всех и для каждого. – М. : ФиС, 2009. – 300 с.
2. Грузева Т. С. Фактори ризику в формуванні здоров'я населення / Т. С. Грузева // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2003. – № 2. – С. 9–16.
3. Десятнікова Н. В. Вплив різних засобів фізичної культури на біологічний вік населення / Н. В. Десятнікова // Теорія і практика фізичного виховання. – 2012. – № 2. – С. 197–203.
4. Дикун І. Й. Вплив гіподинамії на загальний стан здоров'я людини / І. Й. Дикун – К. : Основа, 2013. – 134 с.
5. Коробейников Г. Біологічні механізми старіння і рухова активність людини / Г. Коробейников // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2010. – № 2. – С. 3–13.
6. Міхеєнко О. І. Валеологія : Основи індивідуального здоров'я людини : навч. посібник / О. І. Міхеєнко. – Суми : ВТД «Університетська книга», 2009. – 400 с.
7. Романчук С. В. Аналіз рухової активності студентів / С. В. Романчук // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Сер. : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2014. – Вип. 118(1). – С. 304–307.
8. Сікура А. Гіпокінезія як різновид залежності / А. Сікура, В. Плisko // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. – Луцьк : ВНУ, 2012. – № 3 (19). – С. 247–252.
9. Хіміч І. Ю. Дефіцит рухової активності як фактор погіршення здоров'я, зниження розумової і фізичної працездатності студентів вузів / І. Ю. Хіміч // Теорія та методика фізичного виховання. – 2012. – № 8. – С. 43–48.
10. Шлепаков Л. М. Аналіз факторів, що впливають на процес залучення дорослого населення до регулярної рухової активності на місцевому рівні / Л. М. Шлепаков, О. М. Вареник // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2013. – № 11. – С. 99–103.

Стаття надійшла до редакції 25.12.2016 р.

Філенко Л. В.

кандидат наук з фізичного виховання та спорту,
доцент кафедри інформатики та біомеханіки
Харківської державної академії фізичної культури

Філенко І. Ю.

вчитель фізичної культури
гімназія №172 м.Харкова

ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ АНАЛІЗУ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ У ШКОЛЯРІВ 10–11 КЛАСІВ

Дослідження присвячено використанню комп'ютерних програм для аналізу показників фізичного стану, фізичного розвитку, функціонального стану учнів загальноосвітньої школи.

Ключові слова: *учні, інформаційні технології, фізичний стан, здоров'я, функціональний стан, фізичний розвиток, фізичні вправи.*

Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень і публікацій. Існуючі на даний час вимоги та нормативи до показників функціонального стану та фізичного розвитку школярів не відповідають реальному стану речей. Школярі мають високу інтенсивність інтелектуальної та емоційної життєдіяльності, перевантажені

інформаційними потоками, самостійними і домашніми завданнями. На думку Т.Ю. Круцевич (2014), Н.В. Москаленко (2014), І.П. Масляк, М.А. Мамешіної, В.А. Жука (2015) фізична активність учнів є низькою та не відповідає віковим потребам [4;5;6]. О.Ю. Ажиппо та І.О. Кузьменко (2015) пояснюють низькі показники стану здоров'я школярів у свої дослідженнях тим, що діти багато часу проводять за комп'ютером, що на думку авторів, негативно впливає на зір учнів та їх загальний функціональний стан [1]. В.С. Ашанін, М.С. Нестеренко (2011), Л.В. Філенко, Г.С. Полторацька (2014), В.О. Кашуба (2015) ті інші автори пропонують у своїх дослідженнях алгоритми та методи використання інформаційних технологій, які мають сприяти підвищенню рівня фізичного стану, функціонального стану та інтелектуальних можливостей людини [2;3;10]. У дослідженнях М. П. Питина (2010) проведений детальний аналіз щодо використання інформаційних технологій у системі вітчизняного фізичного виховання так і закордонні системи. Особливу увагу автор приділяє дослідженню рухової активності дітей у Великобританії, що на їх думку має закласти фундамент для формування здорового способу дорослого життя [7].

Але при всьому різноманітті сучасних досліджень ми не виявили таких інформаційних технологій, які оперативно могли б надавати вчителю фізичної культури інформацію про фізичний та функціональний стан учнів.

Мета дослідження: розробка та впровадження інформаційних технологій аналізу показників фізичного розвитку, фізичного та функціонального стану учнів 10–11 класів.

Об'єкт дослідження: навчально-виховний процес з фізичної культури у учнів 10–11 класів.

Предмет дослідження: інформаційні технології у фізичному вихованні та спорті при аналізі показників функціонального стану школярів.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення літературних джерел, методи алгоритмізації та програмування, педагогічний експеримент, антропометричні методи, методи донозологічної діагностики, методи математичної статистики.

Викладення основного матеріалу. При проведенні дослідження було створено комп'ютерну програму «Здоров'я школяра», яка працює на платформі баз даних Microsoft Access. Загальний вигляд розробки показано на рисунку 1.

№	рік	Ім'я учня	дата народження	рост	вес	вік	захворювання	травми	спосіб оздоровлення	група здоров'я	Швидкість, 100м (с)	Швидкість, 30м (с)	Сила, підтягування у висі лежачи (раз)	Сила, підняття тулуба в положенні сидіння (раз)	Спритність човниковий біг 4х9 (с)	Швидкісно-силові якості, строк у довжину (см)	Витривалість, 1500м (хв)
2004	2005	Касилов Владислав	27.01.1995	рост-158,вес-44,вік-90.60	рост-162,вес-46,вік-90.60	рост-167,вес-50,вік-90.60	рост-172,вес-52,вік-90.60	рост-175,вес-55,вік-90.60	рост-177,вес-58,вік-90.60	рост-180,вес-61,вік-90.60	рост-180,вес-61,вік-90.60	рост-180,вес-61,вік-90.60	рост-180,вес-61,вік-90.60	рост-180,вес-61,вік-90.60	рост-180,вес-61,вік-90.60	рост-180,вес-61,вік-90.60	рост-180,вес-61,вік-90.60

Рис. 1. Основна робоча сторінка програми для введення і редагування даних.

В програму можна вносити та редагувати дані про фізичний стан дітей (маса та довжина тіла), функціональні показники роботи серцево-судинної системи та дихальної системи (ЧСС, АТ, ЖЄЛ), показники фізичної підготовленості. Комп'ютерна програма може використовуватися у двох режимах: користувач вводить, переглядає дані та формує на їх основі комплекси фізичних вправ та адміністратор може дописувати додаткові модулі і функції програми. В якості користувача програмною розробкою може виступати вчитель фізичної культури, який необов'язково має володіти знаннями з баз даних, їх програмування та адміністрування. Для таких користувачів передбачено можливість запуску програми файлом .exe, який всі введені дані автоматично конфігурує в базу даних. Режим використання комп'ютерної програми «Адміністратор» вимагає введення паролю доступу, та потребує від оператори знань та умінь роботи з базами даних Microsoft Access, віртуальною мовою програмування Visual Basic.

При адмініструванні програми надається можливість коригувати введені дані про функціональний та фізичний стан школярів, додавати чи коригувати комплекси фізичних вправ, дописувати додаткові функціональні модулі та підпрограми для оптимізації роботи розробленої комп'ютерної програми «Здоров'я школяра».

Запропонована розробка була експериментально впроваджена у навчальний процес з фізичної культури учнів 10–11 класів гімназії №172 м.Харкова. Для проведення педагогічного експерименту було залучено 56 учнів віком від 15 до 17 років, серед яких 32 дівчинки та 24 хлопчика. Детальне представлення етапів педагогічного експерименту та обґрунтування методик використання інформаційних технологій при організації та плануванні уроків фізичної культури, диференціюванні фізичних навантажень у відповідності до функціонального та фізичного стану дитини представлено у роботах Філенко Л.В., Філенко І.Ю. (2016) [9].

Обґрунтування отриманих результатів. Після закінчення педагогічного експерименту були отримані показники функціонального стану учнівської молоді. Серед показників функціональності систем організму дитини було обрано дослідження серцево-судинної системи (ЧСС, АД) та дихальної ситеми (ЖЄЛ), в якості виявлення показників фізичного розвитку учнів були досліджені антропометричні характеристики маси та довжини тіла школярів. Так, протягом навчання в школі всі досліджувані учні значно зросли, що пояснюється звичайними фізіологічними змінами з їх організмом (рис. 2).

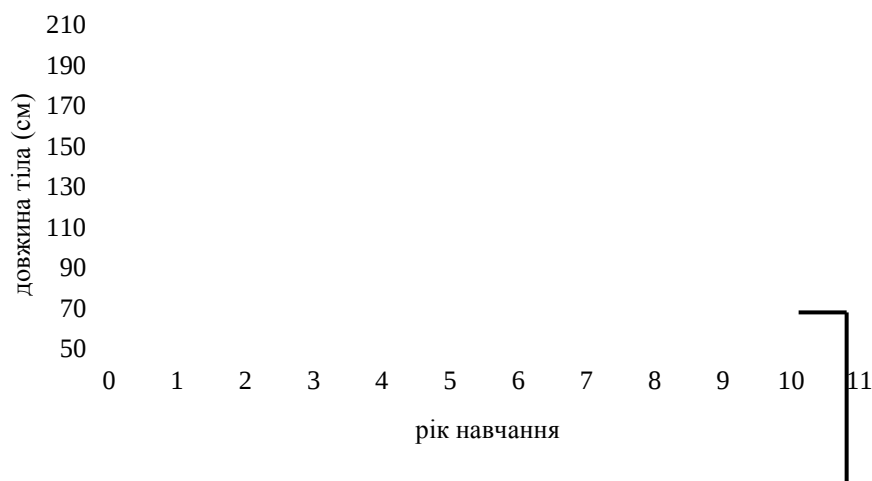


Рис. 2. Розподіл показників росту учнів протягом 10 років навчання в середній школі.

Аналогічні показники спостерігалися при дослідженні маси тіла у дітей (рис. 3).



Рис. 3. Розподіл показників маси тіла учнів протягом 10 років навчання в середній школі.

На основі отриманих даних було розраховано росто-вагові індекси та індекс Кетле для кожного учня, які виявили наявність вибірки дітей з надлишковою вагою (20%) та дітей, що мають недостатню вагу (23%). Серед останніх, за даними медичних карток, розповсюдженим захворюванням є скаліоз.

Дослідження показників серцево-судинної системи відбувалось лише протягом останніх трьох років навчання у учнів 10–11-х класів. Отримані показники пульсу в спокої та пульсового навантаження свідчать про достатній рівень функціонального стану серцево-судинної системи як у хлопчиків, так і у дівчаток.

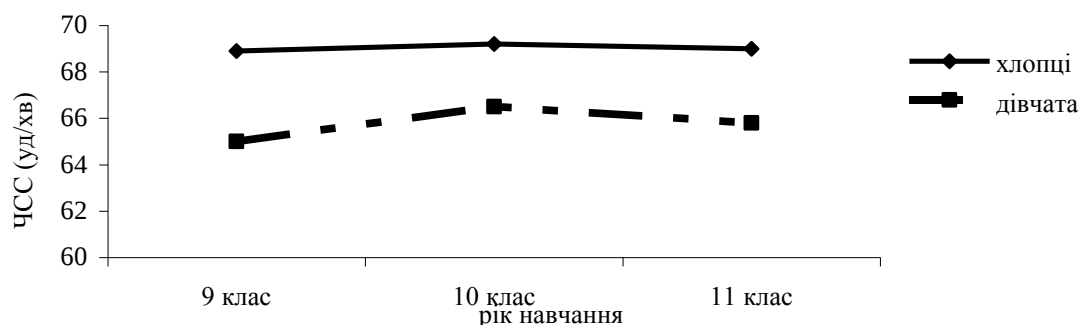


Рис. 4. Пульсові показники учнів 10–11-х класів за три роки навчання.

На рисункові 4 показані середні показники зміни ЧСС за трирічний цикл навчання. Лінії графіка свідчать про стабільність роботи серцево-судинної системи досліджуваних учнів та її сформованість в досліджуваному віці.

Показники артеріального тиску вимірювались у учнів до початку уроку та становили у середньому норму, але були встановлені відхилення (табл.1).

Таблиця 1

Показники ареального тиску систоли та діастолі у залежності від віку та маси тіла учнів 10–11 класів

Учні (n=56)	Артеріальний тиск систоли (АТс) (мм.рт.ст.)	Артеріальний тиск діастолі (АТд) (мм.рт.ст.)	Артеріальний тиск у дітей з надлишком ваги (n=11)
	$\bar{x} \pm m$		
15–16 років	110±8,5	75±5,2	130/80
16–17 років	120±6.3	80±4.8	130/90

У більшості випадків у дітей 15–17 років показники артеріального тиску не відрізнялися від показників дорослих людей та становили 120/80 мм.рт.ст. Але у деяких дітей спостерігалися відхилення від норми в більшу чи меншу сторону та становили показники 100/70 і 130/90 мм.рт.ст. При опитуванні дітей з показники гіпертонії та аналізі їх медичних карток ми виявили, що підвищений артеріальний тиск пояснюється гормональними віковими змінами в організмі підлітків, у деяких учнів були перенесені травми та хвороби, фактор спадковості та показники менструального циклу у дівчаток. Також у багатьох опитаних учнів відмічався фактор перевтоми та постійного стресу, підвищений емоційний фон. Опитані учні скаржилися на головні болі, слабкість організму та перевтому. Також серед досліджуваних учнів ми виявили 7 дівчаток та 5 хлопчиків які мали прямо пропорційну залежність підвищеного тиску з надлишком ваги. Детальний аналіз приросту маси тіла у досліджуваних протягом 11-ти річного циклу навчання у школі, данні для якого були використані з медичних карток учнів, свідчить, що діти з надлишковою вагою у початковій та середній школі мали нормальну масу тіла. Це вказує на те, що інтенсивність навчальних навантажень в старшій школі негативно впливає на фізичний стан здоров'я учнів.

Дослідження показників роботи дихальної системи відбувалось шляхом інструментального методу спірометрії (табл.2).

Таблиця 2

Показники должної життєвої ємності легенів (ДЖЄЛ) та життєвої ємності легенів (ЖЄЛ) у учнів 10–11 класів

Учні (n=56)	ЖЄЛ (мл) результати дослідження $\bar{x} \pm m$	ДЖЄЛ (мл) нормативи для дітей*	ДЖЄЛ (мл) нормативи для дорослих 20–40 років*
Дівчатка 15–16 років (n=15)	1889±132,5	1905	2760
Дівчатка 16–17 років (n=17)	2105±150,6	2530	
Хлопчики 15–16 років (n=12)	1936±130,7	1975	3520
Хлопчики 16–17 років (n=12)	2280±162,3	2600	

* показники нормативів було взято з досліджень Фарбер Д.А., Дубовинская Н.В., Безруких М.М. [8].

Аналіз показників життєвої ємності легенів свідчить про 80–85% відповідність встановленим нормативам должної життєвої ємності легенів, що вказує на достатній рівень розвитку дихальної системи учнів. У деяких досліджуваних школярів ці показники перевищували норму та відповідали дорослим. Аналіз взаємозв'язку показників довжини та маси тіла з показниками ЖЄЛ проведено за формулами Людвіга [11], дозволив виявити варіювання у 20 дівчаток та 15 хлопчиків в діапазоні 10–15%, що є нормою. Перевищення показника ЖЄЛ норми ДЖЄЛ на 104,3% спостерігалось у 3 дівчаток та 8 хлопчиків. Про наявність захворювань дихальної системи та легенів у 7 дівчаток та 7 хлопчиків свідчить показник ЖЄЛ, який на 26,4% нижчий за показник ДЖЄЛ. Отримані результати загалом по досліджуваній групі вказують на наявність нормального розподілу, але при індивідуальному підході до планування фізичних навантажень у досліджуваних школярів 10–11 класів вказує на необхідність направлення 14 досліджуваних учнів на медичний огляд до лікарів, виділення цих дітей у окрему медичну групу, проведення з ними додаткових фізичних вправ на роботу органів дихання, надання комплексів лікувальної фізичної гімнастики для виконання у домашніх умовах.

Висновки. У результаті аналізу літературних джерел було виявлено наявність великої кількості робіт з використання інформаційних технологій у фізичній культурі,

але при цьому ми не виявили таких інформаційних технологій, які оперативно могли б надавати вчителю фізичної культури інформацію про фізичний та функціональний стан учнів. Було створено комп'ютерну програму «Здоров'я школяра» для реєстрації показників фізичного та функціонального стану учнів, їх фізичного розвитку та фізичної підготовленості. Дана розробка працює на платформі баз даних Microsoft Access та може функціонувати у режимах користувача та адміністратора.

Експериментальне дослідження показників функціонального стану та фізичного розвитку учнів 10–11 класів з використанням інноваційної розробки дозволило виявити наявність вибірки дітей з надлишковою вагою (20%) та дітей, що мають недостатню вагу (23%), прямо пропорціональну залежність підвищеного тиску з надлишком ваги ($r=0,69$; $p>0,05$). Дослідження показників функціонування дихальної системи показало, що більшість (58%) учнів мають хороші результати. Загалом проведені нами дослідження підтвердили результати інших авторів щодо погіршення функціонального стану організму дитини та стану здоров'я протягом навчання у школі. Ми виявили невідповідність інтенсивності загального навчального навантаження та рухової активності школярів. Необхідно вводити інноваційні інформаційні технології індивідуального моделювання фізичних навантажень для кожного учня відповідно його функціональним можливостям організму.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому планується провести дослідження показників фізичної підготовленості учнів старших класів та розробити комплекси фізичних вправ для проведення самостійних занять фізичною культурою з використанням інформаційних технологій.

Література:

1. Ажиппо О.Ю. Факторна структура функціонального стану сенсорних систем учнів 6-х класів / О.Ю. Ажиппо, І.О. Кузьменко // Спортивна наука України. – К., 2015. – №1. – С.7–11.
2. Ашанін В.С. Комп'ютерне моделювання моніторингу знань студентів вищих навчальних закладів фізичної культури / В.С. Ашанін, Л.В. Філенко, М.С. Нестеренко // Теорія та методика фізичного виховання. – К., 2011. – №5. – С.42–45.
3. Кашуба В.О. К вопросу использования инновационных технологий здорового образа жизни студентов в процессе физического воспитания / В.О. Кашуба, С.М. Футорний, М.В. Дудко // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. – Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2015. – №8. – С.28–32.
4. Круцевич Т. Рациональна рухова активність як фактор підвищення розумової працездатності школярів / Т.Круцевич, Н.Пангелова // Спортивний вісник Придніпров'я, 2014. – №2. – С.73.
5. Масляк І.П. Стан та проблеми фізичного виховання в обласних загальноосвітніх навчальних закладах / І.П. Масляк, М.А. Мамешина, В.А. Жук // Слобожанський науково-спортивний вісник. – Харків: ХДАФК, 2015. – №3(47). – С.52–57.
6. Москаленко Н.В. Аналіз рівня соматичного здоров'я дітей старшого шкільного віку / Н.В. Москаленко, Д.С. Єлісєєва // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт. – Чернігів, 2014. – №118(3). – С.189–192.
7. Питин М.П. Концептуальные основы формирования здоровья школьников средствами физкультурного образования в Великобритании / М.П. Питин, И.Х. Турчик, Е.И. Шиян, Л.В. Козиброда // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – Х., 2010. – №5. – С.56–60.
8. Фарбер Д.А. Возрастная физиология : [підручник] / Д.А. Фарбер, Н.В. Дубовинская, М.М. Безруких. – М.: «Наука», 2000. – 565с.
9. Філенко Л.В. Інформаційні технології у фізичній культурі учнів 10–11 класів /Л.В. Філенко, І.Ю. Філенко // Матеріали XVI Між.наук.-практ.конф. «Фізична культура, спорт і здоров'я: стан і перспективи в умовах сучасного українського державотворення в контексті 25-річчя Незалежності України». – Харків: ХДАФК, 2016. – С.256–258.

10. Filenko L., Poltorackaya G., Sadoviy A. Algorithmic foundations of creating a computer program analysis estimates of physical culture in students grades 5–11 // Slobozhanskyi herald of science and sport : [scientific and theoretical journal]. – Kharkiv : KSAPC, 2014. – № 3(41). – 38–45 p.

11. www.sport-control.ru/index.php?go=Content&id=15

Стаття надійшла до редакції 19.10.2016 р.

Шандригось В.І.

кандидат наук з фізичного виховання і спорту
доцент кафедри теорії і методики олімпійського та професійного спорту
Тернопільського національного педагогічного університету імені В. Гнатюка

Латишев М.В.

кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент
завідувач кафедри фізичного виховання і спорту
Донецького національного університету імені Василя Стуса, м. Вінниця

Яременко В.В.

кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри фітнесу, рекреації та реабілітації
Університету державної фіскальної служби України, м. Ірпінь

Первачук Р.В.

кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
викладач кафедри атлетичних видів спорту
Львівського державного університету фізичної культури

ОСОБЛИВОСТІ ПОШКОДЖЕНЬ КОЛІННОГО СУГЛОБУ У БОРЦІВ І ЇХ ПРОФІЛАКТИКА

У статті проаналізовано основні причини пошкодження колінного суглобу у спортсменів-борців. Визначено найбільш ефективні засоби і методи профілактики травм у боротьбі.

Ключові слова: спортивні травми, спортивна боротьба, колінний суглоб, меніски, профілактика травм.

Постановка проблеми. Упродовж навчально-тренувальних занять спортсмени витрачають тисячі годин на навчання з метою зміцнення організму, підвищення рівня підготовленості, і з метою підготувати себе фізично до змагальної діяльності. Незважаючи на спортивні тренування і відповідне навчання, ризик виникнення спортивних травм залишається високим. У зв'язку з рівнем тренувальної діяльності, спортивні травми є поширеною причиною втрати працездатності, погіршенням фізичного та функціонального стану і є істотною проблемою для суспільної охорони здоров'я в промислово розвинених країнах. Серед спортсменів рівень травматизму в деяких видах спорту перевищує 50 % за один рік. В сучасному спорті досягнення високого спортивного результату залежать не лише від бажання спортсмена, матеріальної забезпеченості, але й від уникнення ризику травматизму [4, 6, 8 та інші].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Сучасні змагання борців греко-римського та вільного стилів характеризуються високою щільністю активних дій упродовж усього поєдинку. Із цією особливістю змагань пов'язане зростання обсягу тренувальних навантажень спортсменів. Сьогодні зросла й кількість змагань, посилилася конкуренція як на національному, так і на міжнародному рівні. Необхідно

звернути увагу й на той факт, що останнім часом у змаганнях з вільної та греко-римської боротьби збільшився темп поєдинків [3, 7, 8 та інші].

Ускладнення формули поєдинків, викликане зміною правил вільної і греко-римської боротьби [7], вимагає ретельнішої розробки заходів профілактики травматизму. Тому вивчення травматизму в спортивній боротьбі особливо актуальне в цей час.

Дуже багато травм в боротьбі становлять пошкодження суглобово-зв'язкового апарату, особливо колінних суглобів, що призводить до зниження результатів, а іноді відходу талановитої молоді і навіть видатних атлетів із спорту [1, 3, 6].

Актуальність проблеми підтверджує велика частота пошкоджень менісків колінного суглоба у висококваліфікованих спортсменів в період розквіту їх спортивної діяльності.

Мета дослідження – виявити основні причини і засоби профілактики травм колінного суглобу в спортивній боротьбі.

Із **методів дослідження** ми використовували теоретичний аналіз і узагальнення науково-методичної літератури, педагогічне спостереження.

Виклад основного матеріалу дослідження. Пошкодження менісків колінного суглобу – один з видів патології опорно-рухового апарату спортсменів, що найчастіше зустрічаються. Так, за даними авторів [2, 5, 8 та інші], пошкодження менісків складають 21,4 % всій патології опорно-рухового апарату. Найбільший відсоток осіб, котрі припинили заняття боротьбою (особливо вільною боротьбою, адже саме для цього виду спорту характерні складні технічні прийоми із захопленнями ноги суперника тощо) складають спортсмени, що отримали пошкодження суглобів і зв'язок (26 %).

Меніски відіграють велику роль у функції колінного суглоба, особливо в процесі інтенсивних фізичних навантажень, забезпечують рівномірний розподіл навантаження по всій суглобовій поверхні, будучи внутрішньо суглобовим буфером. При розривах меніска порушується біомеханіка колінного суглоба [2].

Найбільш частими причинами травм є [3, 8]:

- недоліки в методиці навчання;
- помилки в проведенні технічних дій;
- помилки в організації і проведенні тренувань і змагань (в середньому 63,5 % всіх отримуваних спортсменами травм).

Основною причиною травм вважається:

- форсоване зганяння ваги і участь в спарингах і змаганнях у хворобливому стані — 55 %;
- груба боротьба, проведення заборонених прийомів — 32,3 %;
- погано підготовлені місця тренувань і змагань — 12,7 %.

Питання механізмів травм колінного суглоба розглядалися багатьма фахівцями [1–5, 8 та інші], проте, досі ця проблема не втратила своєї актуальності. Встановлено, що пошкодження менісків найчастіше бувають тоді, коли відбувається при закріпленій гомілці вимушена надмірна ротація стегна; при закріпленому стегні вимушена надмірна, різка ротація гомілки; різке розгинання колінного суглобу при швидкому переході з положення глибокого сиду у положення стоячи; різке, граничне за амплітудою згинання.

Розкриваючи ситуацію виникнення пошкодження при проведенні технічних дій, ми зупинилися на положенні партнерів. Спостереження на змаганнях, анкетування тренерів і спортсменів дозволили нам виділити 4 основних механізми пошкоджень колінного суглобу у спортивній боротьбі:

- відведення або приведення гомілки з скручуванням при фіксованому стегні;
- скручування стегна (з тулубом) всередину або назовні при фіксованій гомілці, із стопою;
- перерозгинання у колінному суглобі;
- удар по колінному суглобу.

Існує тісна залежність між ситуацією, механізмом і видом пошкодження. У певній ситуації створюється певний механізм пошкодження, що спричиняє за собою певний вид пошкодження. Наприклад: у вільній боротьбі під час боротьби у партері, атакуючий намагається провести переворот розгинанням захопленням шиї з-під дальнього плеча з обвивом ноги. Атакований, захищаючись, бере ногу атакуючого за стопу і, навалюючись вагою власного тіла на його стегно, тягне за стопу вгору. У цій ситуації може відбутися пошкодження колінного суглобу за першим механізмом, а вид пошкодження залежить від зусиль, прикладених в конкретній ситуації.

Великий відсоток травм на тренувальних заняттях говорить про недоліки в їх організації і методиці навчання.

Навчання техніці боротьби з діями ногами і захопленнями за ноги знаходиться в тісному взаємозв'язку з анатомо-фізіологічними особливостями нижніх кінцівок.

Дослідження Ф.Л. Доленка [2] говорять про значну рухливість в колінному суглобі, що, у свою чергу, поділяється на активну і пасивну.

Активна рухливість характеризується тією амплітудою рухів, яка можлива завдяки власним м'язовим зусиллям.

Пасивна рухливість — це додатковий рух в суглобі під дією зовнішніх сил. Пасивна рухливість незначна і обмежується розтяжністю м'язів і зв'язок, але вона може бути збільшена шляхом систематичного застосування у навчально-тренувальному процесі спеціальних вправ.

Подолання зони пасивної рухливості колінного суглоба може викликати пошкодження суглоба, оскільки дії сил доводяться на зв'язки суглоба, що мають обмежену межу міцності. Слід нагадати також тренерам і спортсменам про можливості рухливості колінного суглобу.

Дані наукових досліджень [2, 5, 6 та інші] вказують на нерівномірність розвитку м'язово-зв'язкового апарату нижніх кінцівок. Так, сила м'язів-розгиначів гомілки в середньому в 2,5–3 рази більша від сили м'язів-згиначів гомілки, не говорячи вже про меншу силу м'язів, що беруть участь в супінації і пронації у колінному суглобі.

Нами встановлено, що при виконанні більшості прийомів, пов'язаних із захопленнями за ноги і діями ногами, в більшості випадків навантаження припадає на слабкі групи м'язово-зв'язкового апарату колінних суглобів. Якщо врахувати при цьому значні м'язові зусилля атакуючого при виконанні прийомів із захопленнями за ноги, то стане зрозуміло, що зусилля, що додаються, швидко долають поступальну роботу слабких м'язових груп, і навантаження припадає на власні зв'язки суглобу атакованого.

У цій ситуації виконання прийому проводиться з використанням максимуму пасивної рухливості суглобу, що значно підвищує вірогідність його пошкодження.

Висновки.

1. Спортивна боротьба характеризується високим відсотком травм, отриманих під час як змагальної, так і тренувальної діяльності. Велику кількість травм можна пояснити тим, що боротьба – це контактний вид спорту, у якому, на відміну від інших видів, контактування відбувається практично постійно.

2. Правила проведення змагань спрямовані на суттєве зниження кількості пошкоджень. Найбільш важливі правила ті, що забороняють застосування небезпечних та заборонених прийомів.

3. Тренерам необхідно здійснювати комплексний підхід до навчально-тренувального процесу спортсменів високого класу, що у свою чергу зменшить ризик травм колінного суглобу у висококваліфікованих борців.

4. Для профілактики травм практикується грамотне екіпірування спортсмена, використання різних засобів, відповідність місця проведення змагань вимогам техніки безпеки, заборона до допуску в змаганнях недостатньо підготовлених спортсменів, а також проведення регулярного передсезонного медичного обстеження. Звичайно, ніхто не застрахований від виникнення травмонебезпечних ситуацій, але точне дотримання цих засобів профілактики дозволить звести ризик травми до мінімуму й уникнути неприємних наслідків у спорті.

Можемо припустити, що дослідження причин, механізмів і проявів травматизму дозволить в подальшому сформулювати сукупність заходів запобігання травматизму й рекомендувати педагогам-тренерам внести їх до тренувальної й змагальної діяльності.

Література:

1. Войнаровський А. Засоби й методи профілактики травм серед студентів єдиноборців / А. Войнаровський // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: збірник наукових праць. – № 1 (25), 2014. – С. 68–70.
2. Доленко Ф.Л. Суставы и спорт / Ф.Л. Доленко. – М.: Физкультура и спорт, 2005. – 288 с.
3. Лучко О. Травматизм у спортивних єдиноборствах / О. Лучко, О. Альнікіна // Вісник Прикарпатського університету. Фізична культура. – Випуск 14, 2011. – С. 96–101.
4. Платонов В.Н. Травматизм в спорте: проблемы и перспективы их решения / В.Н. Платонов // Спортивная медицина. – 2006. – № 1. – С. 54–77.
5. Страфун С.С. Лікування хворих з ушкодженням хряща колінного суглоба / С.С. Страфун, О.А. Костогриз, Р.В. Нечипоренко, Ю.О. Костогриз // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2014. – № 3. – С. 4–8.
6. Тищенко В. Типові травми під час занять спортивними єдиноборствами: ознаки та перша допомога / В. Тищенко, Л. Мезенцева // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2012. – № 3. – С. 96–100.
7. Шандригось В.І. Еволюція правил змагань зі спортивної боротьби (огляд літератури) / В.І. Шандригось // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. – Т. І. – Вип. 107. – Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт / Гол. ред. Носко М.О. – Чернігів: ЧНПУ, 2013. – С. 347–351.
8. Шандригось В. Травматизм та його профілактика у спортивній боротьбі / В. Шандригось, С. Латишев // Фізична культура, спорт та здоров'я нації: зб. наук. пр. – Вип. 18. – Том. 2. – Вінниця, 2014. – С. 228–233.

Стаття надійшла до редакції 16.12.2016 р.

РОЗДІЛ 4. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ВАЛЕОЛОГІЇ, ЛОГОПЕДІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Максименко Л. М.
аспірант кафедри теорії і методики фізичної культури
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ПОКРАЩЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ 5-ти І 6-ти РОКІВ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

У статті представлено показники психоемоційної сфери на початку і кінці педагогічного дослідження в основній групі та групі порівняння дітей 5-ти і 6-ти років. Висвітлено динаміку різниць між отриманими результатами обох груп дітей за рахунок використання у першій фізичних вправ спортивного характеру для розучування гри у флорбол.

Ключові слова: психоемоційна сфера, діти 5-ти і 6-ти років, елементи спортивної гри у флорбол.

Постановка проблеми. В епоху Новітнього часу в Україні посилюється увага суспільства до вирішення проблем формування особистості, її своєчасного фізичного і психічного розвитку, стимулювання творчої активності. Особливого значення ці проблеми набувають у системі навчання і виховання дітей дошкільного віку, що відзначено в основних державних документах. Зниження рівня фізичного здоров'я населення нашої країни, особливо дітей, тривалий час розглядалося лише як результат несприятливої дії соціально-економічних, екологічних та інших чинників. Проте не менш значущим є негативний вплив на стан здоров'я комплексу педагогічних чинників, а саме: інтенсифікації навчально-пізнавальної діяльності, передчасного початку дошкільного систематичного навчання, невідповідності програм і технологій навчання функціональним, віковим особливостям дітей [4].

За словами науковців (Е. Адашквичене, 1992; Е. Вільчковського, 2004, 2008; О. Дубогай, 2006; Н. Денисенко, 2010; Т. Круцевич, 2013; О. Богініч, 2014 та ін.), спостерігається недостатньо інформації стосовно методології фізичного виховання дошкільників. Провідні корифеї з теорії і методики фізичної культури акцентують увагу на тому, що основна робота фізичних інструкторів направлена на рухову підготовку, а особистісно-орієнтований підхід із урахуванням індивідуальних відхилень у стані здоров'я дошкільників відсутній, обмежений вибір засобів і форм фізкультурно-оздоровчих заходів, що сприяли б попередженню виникнення соматичних хвороб, сприяли б покращенню психоемоційної сфери, розвитку процесів пізнання і моральному вихованню.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Пошуку засобів підвищення ефективності фізичного виховання в дошкільних закладах присвячено багато наукових праць. Зокрема, організаційно-педагогічне та методологічне підґрунтя удосконалення системи фізичного виховання дошкільників викладено у дослідженнях Е. Вільчковського (2004, 2008), Л. Волкова (1990), О. Дубогай (2001), Т. Круцевич (2003); диференційованому фізичному вихованню в дошкільних закладах присвячено дослідження О. Давиденко (1986); питання оптимізації рухової активності старших дошкільників із різним рівнем фізичного стану розробила Н. Тупчій (2001). Багато дослідників відзначають наявність взаємозв'язку розумового розвитку і рухової діяльності, фізичної підготовленості та стану здоров'я дитини (Л. Венгер, 1986; Л. Виготський, 1984; С. Козлова, 2002; Н. Поддьяков, 1996; В. Поліщук, 2008;

С. Рубінштейн, 1999 та ін.), що зумовлює доцільність застосування такої системи навчання, яка передбачає освітній, виховний та оздоровчий ефект. Це, з одного боку, сприяє всебічному розвитку дитини, а з іншого – заощаджує час для розвантаження, рекреації та відпочинку [4]. Застосування спортивного гуртка із флорболу у навчально-виховному процесі дошкільного закладу освіти, із нашої точки зору, впливає на фізичний розвиток, фізичну підготовленість і психоемоційну сферу дітей старшого дошкільного віку.

Мета – визначити ефективність впливу гуртка із флорболу у навчально-виховному процесі дитячого дошкільного закладу освіти на психоемоційну сферу старших дошкільників.

Об'єкт – психоемоційна сфера дітей 5-ти і 6-ти років.

Предмет – розучування елементів гри у флорбол засобами фізичної культури для покращення психоемоційної сфери дітей старшого дошкільного віку у дитячому дошкільному закладі освіти.

Методи дослідження: аналіз даних спеціальної та науково-методичної літератури; соціологічні методи (аналіз медичних карток, опитування, анкетування); педагогічні методи (педагогічне спостереження, педагогічний експеримент); методи математичної статистики.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Педагогічне дослідження було проведене на базі дитячого дошкільного закладу №18 «Зірниця» протягом 2015–2016 н. р. У дослідженні брали участь 65 дитини віком 5-ти і 6-ти років: основна група (ОГ) – 30 і група порівняння (ГП) 35 дитини. Усі обстежені належали (за даними медичних карт) до основної групи з фізичного виховання. Різниця між ОГ і ГП в тому, що діти ГП займалися фізичною культурою за звичайною програмою, а діти ОГ мали змогу додатково відвідувати гурток із флорболу, а також батькам цих дітей було запропоновано вдома виконувати спеціально підібрані комплекси загально розвиваючих і спеціальних фізичних вправ, представлені у розроблених нами методичних рекомендаціях [3].

Із метою визначення ефективності впливу спортивного гуртка із флорболу на організм дітей, нами були проведені заходи не лише для визначення динаміки змін фізичного розвитку і фізичної підготовки, а й відповідні тести і методики для визначення сприятливості психоемоційного стану дітей 5-ти і 6-ти років .

Так, першим ми провели тест на визначення достатності рівня нервово-психічного розвитку дітей [5], результати представлені у табл. 1.

Таблиця 1

**Показники нервово-психічного розвитку дітей 5-ти і 6-ти років
(за програмою «Впевнений старт»)**

Психічні функції і соціальна поведінка	Відповідність показників до вікової норми							
	ОГ (n=30)				ГП (n =35)			
	На початку дослідження		В кінці дослідження		На початку дослідження		В кінці дослідження	
	Абс. кільк., особи	Відн. кільк., %	Абс. кільк., особи	Відн. кільк., %	Абс. кільк., особи	Відн. кільк., %	Абс. кільк., особи	Відн. кільк., %
Діти 5-ти років								
Мислення і мовлення	11	61	17	94	18	62	22	76
Моторика	16	89	18	100	24	83	26	89
Увага і пам'ять	11	61	17	94	20	69	25	86
Соціальні контакти	15	83	18	100	25	86	26	89
Діти 6-ти років								
Мислення і мовлення	8	67	12	100	4	67	6	100
Моторика	10	83	12	100	5	83	5	83
Увага і пам'ять	9	75	12	100	4	67	6	100
Соціальні контакти	10	83	12	100	5	83	6	100

Із поданої вище таблиці видно, що вихідні дані дітей 5-ти і 6-ти років ОГ і ГП майже не відрізняються. А от динаміка між кінцевими результатами є: показники дітей ОГ дещо кращі, майже в усіх 5-ти річок і в 100% 6-ти річок досліджувані нами показники мають достатній рівень, чого не можна сказати про дітей ГП. Таким, чином, можемо сказати, що запропонована нами методика занять позитивно впливає на процеси мислення і мовлення, моторику, увагу і пам'ять, а також на соціальну адаптацію.

Із ціллю визначення рівня емоційного стану кожної дитини й загального психологічного клімату в ОГ і ГП, провели методику «Паровозик» [1] (рис. 1).

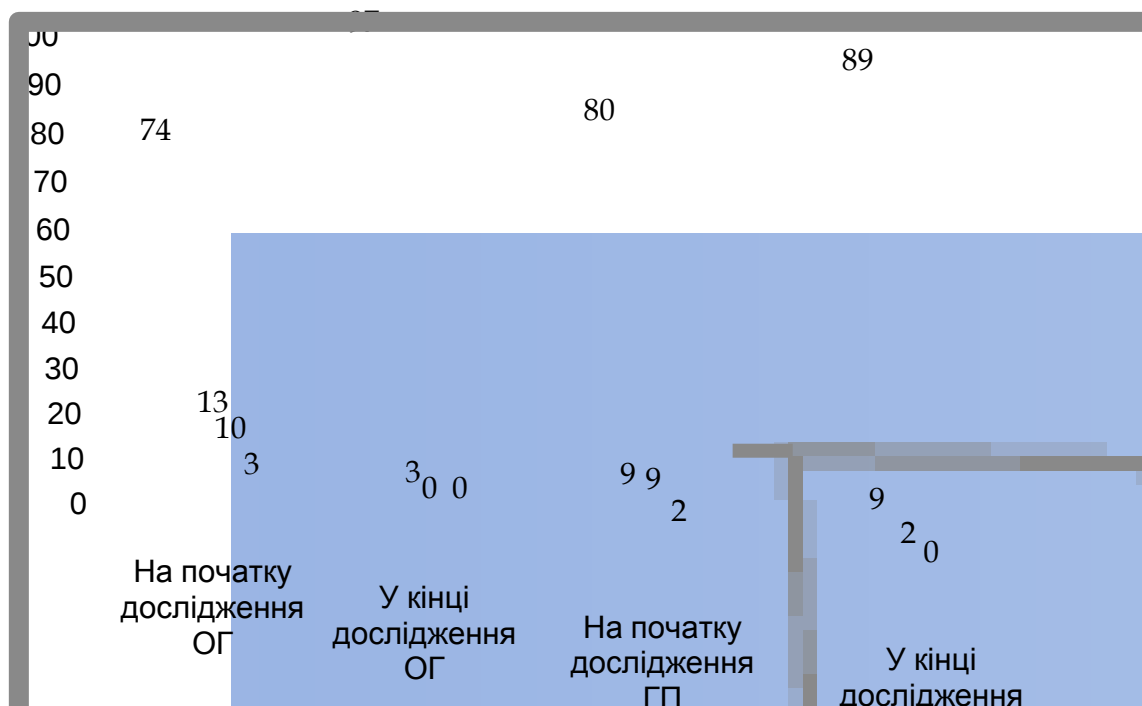


Рис. 1. Емоційний стан дітей

Зображена діаграма констатує гомогенність показників на початку дослідження. ППС (позитивний психічний стан) в ОГ становить 74%, ГП – 80%; НПСнс (негативний психічний стан низького ступеню) в ОГ – 13%, у ГП – 9%; НПСсс (негативний психічний стан середнього ступеню) в ОГ – 10%, у ГП – 9%; НПСнс (негативний психічний стан низького ступеню) в ОГ – 3%, у ГП – 2%. У кінці дослідження в ОГ позитивний психічний стан є домінуючим, у порівнянні із ГП.

Загальний психологічний клімат в ОГ на початку дослідження становить 47% – середній ступінь сприятливості; у ГП – 60% теж середній ступінь, у кінці дослідження в ОГ становить 93% – високий ступінь сприятливості; у ГП – 77% теж високий ступінь, проте відсоток в ОГ сприятливіший, хоча на початку нашого педагогічного дослідження був нижчим, ніж у ГП.

Для визначення особливостей взаємовідношень між дітьми в обох групах провели соціометричну методику «Два будиночки» [2] (табл. 2).

Проведений тест показав результати: на початку педагогічного дослідження результати обох груп майже однакові, а в кінці – в ОГ значно кращі (стала більша кількість лідерів, фізично активних дітей, а конфліктних «педагогічно занедбаних» взагалі немає), ніж у ГП (динаміка змін відбулася теж, але незначна). Отже, можна сказати про результативність наших занять стосовно впливу на взаємовідношення дітей один до одного, оскільки флорбол – командна гра, здійснює безпосередній вплив на відносини у колективі.

Таблиця 2

Соціометрія старших дошкільників (методика «Два будиночки»)

Інтерпретація результатів	ОГ (n=30)				ГП (n =35)			
	На початку дослідження		У кінці дослідження		На початку дослідження		У кінці дослідження	
	Абс. кільк., особи	Відн. кільк., %	Абс. кільк., особи	Відн. кільк., %	Абс. кільк., особи	Відн. кільк., %	Абс. кільк., особи	Відн. кільк., %
Зовні привабливі, впевнені діти, лідери в іграх, авторитетні у групі	2	7	7	23	3	9	5	14
Діти, які віддають перевагу спілкування з обмеженим колом постійних друзів, при цьому з іншими дітьми майже не конфліктують, а в своїй групі можуть бути лідерами	14	47	18	60	15	43	16	46
Активні, рухливі, досить товариські, але нерідко конфліктні діти, легко вступають в гру, але також легко сваряться, часто ображаються і ображають інших	9	30	5	17	12	34	11	31
Цих дітей просто не помічають, малоактивні, грають на самоті і не прагнуть до контактів із однолітками. Швидше часто хворіють і недавно прийшли діти	4	13	-	-	4	11	2	6
Діти, яких відкидають однолітки, знервовані, надмірно конфліктні, негативно налаштовані до інших, нерідко зовні вони мало привабливі, або мають яскраво виражені фізичні вади	1	3	-	-	1	3	1	3

Висновки.

1. Сформувавши дві групи дітей для нашого педагогічного дослідження й отримавши початкові дані результатів оцінки психоемоційної сфери дітей 5-ти і 6-ти років, переконалися в гомогенності ОГ і ГП.

2. По завершенню проведеної нами роботи, кінцеві результати в ОГ були кращими, ніж у ГП. Цей факт можна пояснити тим, гурткова робота із флорболу комплексно доповнювала навчально-виховний процес у ДДЗО, запропоновані нами засоби фізичної культури, що представлені у методичних рекомендаціях [3], позитивно впливають не лише на фізичний розвиток і фізичну підготовленість, а й на психоемоційну сферу дітей 5-ти і 6-ти років. Робота проводилася у другій половині дня, коли діти ГП просто гралися іграшками у групі, а діти ОГ у цей же час відвідували спортивний гурток. Застосування розробленої нами програми роботи із флорболу є комплексною, ефективною, доступною у застосуванні. Можна зробити припущення, подальше її застосування може бути пріоритетом у вирішенні багатьох питань стосовно збереження і зміцнення здоров'я дітей, так як на ранніх етапах життя закладається фундамент здоров'я молодого покоління.

Перспективи подальших досліджень передбачають розробку індивідуальний програм (залежно від групи здоров'я) занять із флорболу для збереження і зміцнення здоров'я старших дошкільників.

Література:

1. Велиева С. В. Диагностика психических состояний детей дошкольного возраста / С. В. Велиева. – СПб: Речь, 2007. – 240 с.
2. Детская практическая психология: Учебник / Под ред. проф. Т.Д. Марцинковской. – М.: Гардарики, 2000. – 255 с.
3. Методичний супровід застосування фізичних вправ спортивного характеру (елементів флорболу) для зміцнення здоров'я дітей 5-ти і 6-ти років: метод. рек. / уклад. Л. М. Максименко, С. В. Дорошенко. – Суми: Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2015. – 88 с.
4. Поліщук В. В. Розвиток рухових і розумових здібностей дітей 5-го і 6-го років життя в процесі фізичного виховання засобами дошкільного туризму: автореф. канд. наук з фіз. виховання і спорту: спец. 24.00.02 / В. В. Поліщук. – Львів. – 2008. – 21 с.
5. Програма розвитку дитини старшого дошкільного віку «Впевнений старт» / О. О. Андрієтті, О. П. Голубович, О. П. Долинна та ін. – Тернопіль: Мандрівець, 2013. – 104 с.

Стаття надійшла до редакції 28.10.2016 р.

РОЗДІЛ 5. ПИТАННЯ ОЗДОРОВЧО-ТРЕНУЮЧИХ ФІТНЕС ТЕХНОЛОГІЙ

Карпенко Ю.М.

викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ імені А.С. Макаренка

Авраменко Н.Б.

викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Навчально-науковий інститут фізичної культури
СумДПУ імені А.С. Макаренка

ЗАСТОСУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СУЧАСНІЙ ФІТНЕС-ІНДУСТРІЇ

У статті розглядаються актуальні питання щодо розробки комп'ютерних фітнес-програм та ефективного їх впровадження у практику фітнес-закладів.

Ключові слова: *фітнес-програми, технології, інформаційно-комунікативні технології, тренування.*

Швидкий розвиток комп'ютерно-інформаційних технологій торкнувся і фізкультурно-оздоровчих послуг. Розробка нових фізкультурно-оздоровчих технологій неминує призводить до необхідності зміни змісту діяльності фахівців фізкультурно-оздоровчих послуг, мета яких ефективно впровадження таких технологій у практику. Отже фахівці фізкультурно-оздоровчих спеціальностей повинні вміти і широко використовувати в своїй практиці переваги комп'ютерного програмування.

Розробка комп'ютерних фітнес-програм розпочалась півстоліття тому і була спрямована на допомогу у проведенні самостійних занять. Використовуються два види програм:

- навчальні, призначені для підготовки фітнес-тренерів;
- технічні, що використовуються у оснащенні «розумних» тренажерів.

За допомогою більшості комп'ютерних програм визначається рівень здоров'я, фізичної підготовленості та визначаються параметри фізичного навантаження фітнес-тренування [2].

Використання комп'ютерних технологій в фітнес-індустрії направлено на впровадження в тренувальну практику гнучких проблемно-модульних педагогічних технологій, підвищення якості ресурсного забезпечення педагогічного процесу під час фітнес заняття; персоніфікацію фітнес-програм шляхом оперативної корекції поточних цілей і педагогічних завдань, використовуваних засобів і ресурсів з урахуванням стану і психосоматичних особливостей тих хто займається; інформатизацію тренувального процесу на основі використання комп'ютерних технологій WWW, Web-серверів.

Це забезпечує підвищення якості тренувального процесу на основі цільового використання фізичних вправ і позатренувальних засобів. Дозволяє суттєво розширити технічний арсенал потенційних клієнтів, більш ефективно розвивати фізичні якості та механізми енергозабезпечення, підвищити стійкість організму до впливу несприятливих зовнішніх факторів [4].

На практиці застосовують кілька варіантів комп'ютерних програм:

- навчальні програми, спрямовані на професійну підготовку фахівців з фітнесу;
- комп'ютерні програми, що забезпечують роботу фітнес-центрів;

- програмне забезпечення роботи на тренажерах. Вони використовуються для визначення термінового тренувального ефекту навантаження (наприклад, пульсового навантаження вправи), моніторингу фізичного розвитку, підготовленості і здоров'я.

Комп'ютерні фітнес-програми дозволяють вирішувати такі завдання: розробити індивідуальну оздоровчу програму з урахуванням динаміки працездатності; проводити моніторинг фізичного розвитку і функціонального стану; оцінювати терміновий тренувальний ефект виконуваних вправ; розробити індивідуальну програму харчування.

Однією з таких програм є комп'ютерна програма «Aerobic» (CYBEX), що представляє собою версію відеоуроку аеробіки, де проекція руху спроектована у вигляді відеоанімації, амплітуда і темп рухів відповідають реальним. Програма дозволяє відстежувати загальне число виконаних за заняття вправ, визначити сумарний обсяг та інтенсивність роботи, визначити темп рухів, співвідношення динамічних і статичних вправ, вправ стретчингу як у цілому занятті, так і в його аеробній та силовій частинах. У числі переваг комп'ютерної програми необхідно відзначити: наочність, можливість перегляду кожної вправи і всього заняття, видовищність, а також широкі можливості комбінувати зміст заняття [5].

До комп'ютерних фітнес засобів також відносять професіональні кардіотренажери на зразок «CYBEX International». Еліптичні тренажери для тренування окремих відділів тіла або комплексної дії, бігова доріжка, вертикальний велоергометр, горизонтальний велоергометр, лежать в основі крос-тренування та дозволяють користувачам вибирати індивідуальний режим для досягнення поставлених цілей. Кардіотренажери «CYBEX» обладнані сенсорним екраном, цифровим дисплеєм визначення часового проміжку, калорійності, кроків за хвилину і пульсу.

Результатом використання комп'ютерних технологій є:

- Зниження ризиків зриву адаптивних можливостей організму шляхом оптимізації структури та обсягу фізичних навантажень;
- Організація цільових тренувальних дій на кінезіологічні системи;
- Оптимальний баланс фізичних та інтелектуальних навантажень, відпочинку, достатності харчування, засобів відновлення і стимуляції працездатності. В цілому це дозволяє більш ефективно використовувати міждисциплінарні види і форми фізкультурної діяльності, знизити невиправдані втрати часу, що витрачаються ресурси [3; 4].

До переваг комп'ютерних фітнес-програм належать: наочність; можливість перегляду кожної вправи та усього уроку; творчий аспект - можливість складати уроки за бажанням, перебудовувати та аналізувати їх зміст. Разом із цим є недолік — відсутність рекомендацій з вибору комплексів вправ під час складання індивідуальної програми. У комп'ютерних програмах поки що нема обґрунтувань про доцільність тих чи інших вправ і не пропонуються альтернативні варіанти. Також комп'ютерні програми не можуть врахувати нестандартні ситуації та нюанси індивідуальних особливостей, які не були передбачені програмістом.

Новітні фітнес-технології оздоровчо-рекреаційної рухової активності стали закономірним результатом пошуку ефективних шляхів забезпечення доступної для широких верств населення організованої фізичної активності заради зміцнення здоров'я. Аналіз світового досвіду та результатів низки наукових досліджень переконує, що ефективним напрямом підвищення рівня рухової активності різних груп населення в Україні може стати створення та впровадження у систему фізичного виховання молоді і дорослого населення різноманітних популярних фітнес-програм оздоровчого, кондиційного та спортивного напрямів, як найбільш універсального виду фізичних навантажень.

Література:

1. Булатова М.М. Фитнес и двигательная активность: проблемы и пути решения / М.М. Булатова // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2007. – № 1. – С. 3–7.

2. Дутчак М.В..Спорт для всіх в Україні: теорія і практика / М.В. Дутчак. – К. : Олімп. л-ра, 2009. – 279 с.

3. Теорія и методика фізичного виховання / Методика фізичного виховання різних груп населення. Підручник для студентів вищих навчальних закладів фізичної культури і спорту / Під ред. Т.Ю.Круцевич. – К. : НУФВСУ «Олімпійська література», 2008. –Т-2. С. 320-353.

4. Товт В.А. Гімнастика в системі підготовки спеціалістів фізичної реабілітації / В.А. Товт, О.А. Дуло, С.О. Михайлович, М.І. Товт-Коршинська. – Ужгород, ДВНЗ «УжНУ», 2009. – 184 с.

5. Товт В.А. Теорія і технології оздоровчо-рекреаційної рухової активності. Навчальний посібник для викладачів і студентів / В.А. Товт, І.І. Маріонда, Е.М. Сивохоп, В.Я. Сусла. – Ужгород, ДВНЗ «УжНУ», «Говерла», 2015. – 88 с.

Стаття надійшла до редакції 25.12.2016 р.

Ольховская Л.А.
студентка 5 курса специальности «Физическая реабилитация»
Учебно-научного института физической культуры
СумГПУ им. А.С. Макаренко

Корж З.А.
старший преподаватель
кафедры здоровья человека и физической реабилитации
Учебно-научного института физической культуры
СумГПУ им. А.С. Макаренко

ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПЕТЕЛЬ TRX В ПРОГРАММЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

В статье рассмотрены особенности использования функциональных петель TRX в восстановительном периоде физической реабилитации (ФР) для больных с поясничным остеохондрозом.

Ключевые слова: петли TRX, поясничный остеохондроз, физическая реабилитация.

Постановка проблемы. Большая часть населения планеты сталкивается с заболеванием позвоночника в различных его клинических проявлениях. Остеохондроз позвоночника является одним из самых распространенных хронических заболеваний человека. По мнению отечественных и зарубежных ученых отмечается устойчивая тенденция к омоложению контингента больных остеохондрозом, а также к утяжелению клинической картины болезни с диско-грыжевыми осложнениями [6].

Остеохондроз – это локальный дистрофический процесс, начинающийся в межпозвоночном диске и распространяющийся на прилежащие к нему костные элементы тел позвонков. Этот недуг разрушает структуру переоартуляриальных тканей, что приводит к потере эластичности межпозвоночных дисков и появлению протрузий и грыж [4].

Анализ последних исследований и публикаций. Известно, что организм человека обладает определенными адаптационными возможностями не только на фоне функционирования в благоприятных условиях, но и при патологии. Возможности проявления разнообразных адаптивных реакций и поддержания уровня оптимального функционирования организма в немалой степени определяются состоянием центральной и периферической нервной системы, активностью скелетной мускулатуры, резервами их энергетического обеспечения [3, 5, 7].

А.Н.Белова, О.Н. Щепетова считают, что кинезиотерапии, или лечению движением, принадлежит ведущая роль в физической реабилитации больных с двигательными нарушениями [1]. В полной мере это относится и к контингенту больных с различными неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза. Роль кинезиотерапии в данном случае заключается как в коррекции частных нарушений моторики, так и в уменьшении неблагоприятных последствий гиподинамии в целом.

Несколько десятилетий тому назад считалось обязательным, что во время острого периода заболевания со значительным болевым синдромом, на протяжении 1–2 недель назначали больному строгий постельный режим с иммобилизацией поясничного отдела [10]. Исследования зарубежных ученых показывают, что такая тактика приводит к снижению двигательной активности и мышечного тонуса мышечных групп участвующих в удержании, фиксации и стабилизации позвоночного столба [9]. Увеличение периода гипокинезии с данным контингентом больных, удлиняет сроки восстановления нарушенных функций. С другой стороны активный двигательный режим в ранние сроки развития болевого синдрома, когда он еще не развернулся в полной мере с участием воспалительных реакций, отека периневральных тканей, оказывает саногенетическое действие, устраняя патобиомеханический синдром. Применение специальных упражнений в этот период нормализует работу патологически измененных мышц, укрепляют их, ускоряя процессы восстановления в структурах позвоночных двигательных сегментов, как за счет увеличения циркуляции крови, так и за счет развития стабилизационно-фиксационных свойств. Предпочтение, при назначении упражнений в данном периоде, отдается малоамплитудным силовым упражнениям. Во время их выполнения мышечные волокна развивают большую силу, обеспечивая более значительный тренирующий эффект [2].

Эффект применения кинезиотерапии при поясничном остеохондрозе наблюдали многие исследователи [2, 3, 4]. Изучение и последующий анализ такой методики составляет не только предмет исследования для повышения качества лечения больных с поясничным остеохондрозом, но представляет интерес для определения тактики лечения данной патологии.

Стандартных физических упражнений недостаточно для глубокой проработки необходимых мышечных групп поясничного отдела с постепенным и гармоничным увеличением физической нагрузки.

Для решения этих задач может быть использован новый фитнес-тренажер – функциональные петли TRX. Это универсальное средство, которое дает возможность индивидуально подобрать упражнения, вначале в облегченных и. п., уменьшая вес сегмента за счет петель TRX на поясничный отдел позвоночного столба. При необходимости за счет петель можно целенаправленно увеличить физическую нагрузку на данный сегмент позвоночного столба, изменяя положение центра массы тела. Это дает возможность восстановить моторику опорно-двигательного аппарата, увеличить физическую работоспособность и развитие физических качеств, активизировать функцию основных систем организма.

Задачи исследования: оценить возможность использования функциональных петель TRX в физической реабилитации больных с поясничным остеохондрозом.

Объект исследования: физическая реабилитация больных с поясничным остеохондрозом

Предмет исследования: комплекс упражнений на функциональных петлях TRX в программе ФР для больных с поясничным остеохондрозом.

Методы исследования. Анализ научно-методической и специальной литературы о возможности использования функциональных петель TRX в программе ФР больных с поясничным остеохондрозом.

Результаты исследования и их обсуждения. Функциональные петли TRX представляют собой универсальный тренажер, напоминающий измененные

гимнастические кольца, к которым крепится лента, напоминающая парашютные стропы. Тренажер был разработан специалистами ВМФ США для тренировки морских пехотинцев и доработан Fitness Anywhere. В основе программы TRX Suspension Training лежат упражнения с использованием собственного веса для проработки мышц всего тела. Данная методика может быть использована для развития силы, выносливости, гибкости, восстановления эластичности мышц и функции вестибулярного аппарата. Универсальность методики заключается в том, что она может использоваться для занимающихся с любым уровнем физической подготовки [8].

Функциональные петли TRX дают возможность полноценно и безопасно выполнять упражнения, используя весь объем движений. Работа с собственным весом, изменяя положение центра тяжести тела, позволяет уменьшить статическую нагрузку с позвоночного столба, задействуя двигательную деятельность 90% всех мышечных групп. Так, как отсутствует осевая (вертикальная) нагрузка на позвоночник, допускается разная интенсивность выполнения упражнений, это также преимущество данной методики.

На рис.1 и рис.2 представлены упражнения, при выполнении которых нагрузка на поясничный отдел позвоночника минимальная.



Рис.1. Выпад назад по диагонали. **Рис.2.** Упражнение «Пистолет»

Показаниями для методики является: остеохондроз, коксартроз, дефартроз, остеопороз, ожирение; ограничение подвижности позвоночника; болевой синдром при выполнении бытовых движений; атрофия мышц и дисбаланс мышечного тонуса; деформация позвоночного столба, сколиоз, нарушение осанки.

На базе фитнес клуба «QueenFit» г.Сумы в 2016 году проводились занятия для женщин в возрасте 30–55 лет, страдающих поясничным остеохондрозом. Курс занятий в условиях клуба включал три периода: вводный (5–6 занятий), основной (29 занятий), заключительный (4–5 занятий).

Занятия с использованием функциональных петель TRX проводились в течение 3 месяцев 3 раза в неделю. Продолжительность занятий в водном периоде была 30–45 мин., в основном – 60–75 мин. и на заключительном (поддерживающем) – 50 мин. Занятия проходили во второй половине дня с 17 ч до 20 ч после работы.

Каждое занятие включало в себя: разминку (общая суставная гимнастика, легкая растяжка), основной комплекс специальных упражнений на функциональных петлях TRX и заминку (комплекс упражнений на растяжку с применением колец TRX и на коврике).

Упражнения с элементами стретчинга, т.е статических растягивающих упражнений, повышали эластичность сильных и увеличивала силу ослабленных мышечных групп.

В водном периоде использовали комплекс упражнений с меньшей нагрузкой. При проведении основного периода – комплекс упражнений с повышенной нагрузкой. В заключительном периоде – комплекс упражнений основного периода, но с уменьшением количества повторений.

Основной комплекс специальных упражнений состоял из силовой тренировки и физических упражнений с элементами стретчинга (упражнения, направленные на развитие гибкости и растяжки). В каждом из комплексов, силовые упражнения имели направленное воздействие на глубокие мышечные группы туловища и индивидуально подобранную дозировку. Ее выбор проводили с помощью увеличения амплитуды движений и изменения угла расположения центра веса тела. Это давало возможность подобрать оптимальную нагрузку, учитывая физическую подготовленность каждого пациента, развивать двигательные качества, укреплять мышечный корсет основных мышечных групп туловища и конечностей, улучшало подвижность позвоночного столба, что приводило к уменьшению болевого синдрома.

Комплекс упражнений с использованием функциональных петель TRX для
вводного периода

Первая тренировка

Упражнения для мышц ног

1. И. п. – стойка, ноги на ширине плеч, руки выпрямлены перед собой, держат петли. 1–2 – медленно согнуть ноги до угла 90° (вдох). 3–4 – и. п. (выдох). Выполнить 12–15 р.

2. И. п. – лежа на спине, стопы закреплены в петлях, таз не касается пола. 1–2 – медленно согнуть ноги (вдох). 3–4 – и. п. (выдох). Таз на опору не опускать. Выполнить 12–15р.

Упражнения для грудных мышц

1. И. п. – стойка, упор руками в петли на уровне груди, корпус наклонен вперед. 1–2 – медленно согнуть руки до угла 90° в локтевых суставах (вдох). 3–4 – и. п. (выдох). Выполнить 12–15 отжиманий. Туловище удерживать прямым.

Упражнения для мышц рук и плечевого пояса

1. И. п. – стойка, ноги на ширине плеч, руками держаться за петли перед грудью, хватом снизу, корпус отклонен назад. 1–2 – согнуть руки, тянуться грудью вверх (вдох). 3–4 и.п. (выдох). Выполнить 12–15р. Не допускать прогиба и провисания корпуса в поясничном отделе позвоночника.

2. И. п. – стойка, ноги на ширине плеч, прямыми руками держаться за петли перед собой на уровне плеч, корпус слегка отклонен назад. 1–2 – медленно развести руки (вдох). 3–4 и.п. (выдох). Не допускать полного выпрямления локтей, следить за постоянным натяжением строп.

Упражнения для мышц брюшного пресса

1. И. п. – лежа спиной на полу стопы фиксированы в петлях, руки прямые вверх. 1–2 – подъем корпуса вверх, до положения сидя, в верхней точке, корпус держать прямо, руками тянуться вверх. Выполнить 12–15 р.

2. И. п. – упор лежа на предплечьях, стопы закреплены в петлях, таз выше уровня головы. Удерживать положение планки на предплечьях до 30 с. Не допускать прогиба в пояснице. Выполнить 3–4 подхода.

Вторая тренировка

Упражнения для мышц ног и ягодиц

1. И. п. – стойка, опорная нога прямая, задняя нога согнута в коленном суставе, руки захватывают петли. 1–2 – медленное сгибание опорной ноги в коленном суставе до угла 90° (вдох), задняя нога отводится назад, в нижней точке стопа не касается пола. 3–4 и.п. (выдох). Выполнить 2–3 подхода.

2. И.п. – лежа на спине, стопы в петлях, ноги согнуты в коленных суставах, рука вдоль туловища. 1–2 – не разгибая ног подконтрольный подъем таза, ягодицы напряжены. 3–4 – и. п. Выполнить 12–15 р.

Упражнения для мышц рук и плечевого пояса:

1. И. п. – стойка, прямой корпус наклонен вперед, ноги на ширине плеч, упор руками на петли. 1–2 – медленное разведение рук, локтевые суставы полностью не выпрямлять. 3–4 – и. п. Выполнить 3–5 р.

2. И. п. – стойка, ноги на ширине плеч, руки, хватом снизу удерживают петли перед грудью, корпус отклонен назад. 1–2 – подтянуться на руках, не допускать прогиба и провисания корпуса в поясничном отделе позвоночника. 3–4 – и. п. Выполнить 12–15 р.

3 И. п. – стойка, лицом к петлям, ноги на ширине плеч. Руки в петлях перед собой. 1–2 – медленный подъем одной руки вверх, второй вниз. 3–4 – тоже движение руками в противоположных направлениях. Следить за постоянным натяжением петель, локти не сгибать, не допускать прогиба в спине. Выполнить 12–15р.

Упражнения для мышц брюшного пресса:

1. И. п. – стоя, в упоре на руках, стопы закреплены в петлях, туловище параллельно полу. 1–2 – поднимая таз вверх, подтянуть стопы к рукам, колени не сгибать. 3–4 – и. п. Выполнить 12–15 р.

2. И.п. – стоя в упоре на одном предплечье, вторая рука свободно лежит сверху, стопы закреплены в петлях. 1–2 – удержать положение планки на боку. Не допускать прогиба корпуса. 3–4 – и. п. Выполнить 12–15 р.

Оценка эффективности программы ФР с использованием петель TRX проводилась на основании анкетирования, результаты которого представлены в таб.1.

Таблица 1

Динамика клинических проявлений при поясничном остеохондрозе

Клинические проявления	В начале исследования		В конце исследования	
	Абс.	%	Абс.	%
Скованность при движении в позвоночном столбе.	13	86,6	2	13,4
Болевой синдром после сна.	11	73,4	4	26,6
Болевой синдром при длительной ходьбе.	7	46,6	1	6,7
Болевой синдром при бытовых движениях (одевание, завязывание шнурков и др.).	13	86,6	2	13,4
Снижение болевого синдрома после выполнения физических упражнений.	8	53,3	14	93,3

По результатам анкетирования в конце восстановительного периода, после занятий с использованием функциональных петель TRX была отмечена положительная динамика клинических симптомов остеохондроза поясничного отдела позвоночника: скованность при движении в спине уменьшилась у 13 человек, что составило 86,6%; болевой синдром после сна уменьшился у 11 человек (73,4%); болевой синдром при бытовых движениях исчез у 13 женщин (86,6%); болевой синдром после выполнения физических упражнений прекратился у 14 человек (93,3%); болевой синдром при длительной ходьбе без динамики у 6 человека (40%).

Таким образом, комплекс упражнений на функциональных петлях TRX, как метод физической реабилитации, снял нагрузку с позвоночника, способствовал его вытяжению, укрепил мышечный корсет спины, живота, восстановил крово-, лимфоток и трофические процессы в пораженном отделе позвоночника, что показало положительную динамику при поясничном остеохондрозе в конце восстановительного периода. А также, у пациентов улучшилось физическое и психо-эмоциональное состояние, что подготовило их возвращению к повседневной жизни.

Перспективы последующих исследований. На наш взгляд дальнейшее исследование по использованию функциональных петель TRX может быть направлено на достижение позитивного реабилитационного эффекта при лечении пациентов с распространенным остеохондрозом позвоночного столба, мышечно-фасциальными синдромами, ограничением двигательной функции суставов при травмах и невритах.

Литература:

1. Белова А.Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / А.Н. Белова, О.Н. Щепетова. – М. : Антидор, 1998 – 224 с.
2. Гершбруг М.И. Кинезотерапия от боли в спине. Курс лечебной гимнастики для профилактики и лечения остеохондроза позвоночника. / М.И. Гершбруг, Г.А. Кузнецова. – М. : Эксмо. 2012. – 248 с.
3. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия). / В.И. Дубровский. М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 608 с.
4. Епифанов В.А. Остеохондроз позвоночника: диагностика, лечение, профилактика. / В.А. Епифанов. – М. : МЕДпресс-информ, 2004. – 280 с.
5. Одинак М.М. Анатомо-физиологические аспекты центральных нарушений двигательных функций / М.М.Одинак, Д.А. Искра, Ю.П. Герасименко // Журнал невропатологии и психиатрии. – 2003. – Т. 103, №6. – С. 68–71.
6. Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника. / Ф.А. Хабиров. – Казань : 2002. – 469 с.
7. Яковлев Н.А. Шейный остеохондроз. / Н.А. Яковлев. – М. : ПО Полиграфия, 1997. – 416 с.
8. О TRX [Электронный ресурс]. URL: <http://www.trxtraining.ru>
9. Abenhaim L., Rossignol M., ValatJP., Nordin M et al. The role of Activity in the Therapeutic Management of Back Pain. Spine 25 [4] : 1S–33S, 2000
10. Kitai T.A., Sale D.G. Specificity of joint angle in isometric training / European Journal of Applied Physiologie, 1989, 58:744–748.

Стаття надійшла до редакції 15.12.2016 р.

Максимова К.В.

старший викладач кафедри української та іноземних мов
Харківська державна академія фізичної культури

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ФІТНЕС-ТЕХНОЛОГІЙ ОЗДОРОВЧОГО СПРЯМУВАННЯ ДЛЯ ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ В СФЕРІ СУЧАСНИХ ФІТНЕС КЛУБІВ

У статті розглянуто основні аспекти розвитку сучасних фітнес-технологій оздоровчого спрямування, як ефективного засобу покращення стану здоров'я та рівня фізичного розвитку жінок зрілого віку. Проаналізовано алгоритм виникнення, характерні ознаки та основні підходи щодо оздоровчих фітнес-технологій та їх вплив на стан і рівень фізичного розвитку здоров'я жінок зрілого віку. Науково обґрунтовано необхідність цілеспрямованого впровадження новітніх фітнес-технологій в систему оздоровчих фітнес-занять з метою оздоровлення жінок зрілого віку в рамках сучасних фітнес клубів.

Ключові слова: оздоровча фізична культура, фітнес, фітнес-технології, фітнес-програма, стан здоров'я, фізичний розвиток, другий зрілий вік.

Оздоровча фізична культура є складовою частиною суспільства й самої людини, основою якої є раціональне використання рухової активності як фактору зміцнення здоров'я, оптимізації фізичного стану кожної людини. На сучасному етапі розвитку нашої держави актуальним і невирішеним залишається питання зміцнення та покращення стану здоров'я та рівня фізичного розвитку населення України, особливо жінок зрілого віку за рахунок оздоровчих фітнес-технологій.

Щорічно в системі оздоровчої фізичної культури виникає велика кількість інноваційних фітнес-технологій, методик та оздоровчих фітнес-програм для населення України, але на жаль показники здоров'я залишаються на низькому рівні. Саме тому актуальним залишається питання удосконалення оздоровчих фітнес-занять для жінок зрілого віку засобами оздоровчих фітнес-технологій в умовах сучасних фітнес клубів.

Стан здоров'я населення, його фізична підготовленість є предметом уваги Верховної Ради та уряду України. Доказом цього є прийнятий Закон України «Про фізичну культуру і спорт» (1993 р.), в якому містяться конкретні статті, присвячені оздоровчій фізичній культурі. У "Концептуальних засадах" визначено найбільш актуальні завдання, які слід розв'язати, а саме:

1. Зміцнення здоров'я різних верств населення України засобами оздоровчого виховання та спорту.

2. Створення умов для задоволення індивідуальних потреб кожного громадянина України та підвищення рівня здоров'я, фізичного та духовного розвитку.

3. Виховання у населення України активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя [1; 20].

За останні роки виявлено зниження рухової активності населення України у зв'язку з стрімким розвитком інформаційних технологій. Це призвело до погіршення стану здоров'я, зниження рівня працездатності та опірності організму до несприятливих умов навколишнього середовища, виникнення ряду захворювань та збільшення зайвої ваги особливо у жінок зрілого віку. Протидією цьому є заняття оздоровчою фізичною культурою, які сприяють зміцненню та збереженню належного рівня здоров'я, підвищенню працездатності, підвищенню рівня фізичного розвитку та покращенню морфо-функціональних показників [4; 62]

Відповідно до вікової класифікації дорослих людей зрілий вік у жінок поділяється на два періоди: перший зрілий вік – від 21 до 35 років; другий зрілий вік – від 36 до 55 років [2; 168].

Кожний віковий період характеризується визначеними змінами в організмі. Першому періоду зрілого віку притаманні найвищі показники фізичної працездатності і підготовленості, оптимальна адаптація до несприятливих факторів зовнішнього середовища, найменші показники захворюваності. Однак, вже починаючи з 30 років відбувається зниження ряду показників фізичної працездатності, що позначається на погіршенні стану здоров'я жінок. Особливо ці зміни більш помітні у жінок другого зрілого віку, а саме після 36–55 років [3; 63].

Тому актуальним є питання покращення стану здоров'я та рівня фізичної підготовленості жінок як першого так і другого зрілого віку засобами сучасних фітнес-технологій, оскільки стан здоров'я сучасних жінок має важливе значення як для сучасності, так і для майбутнього нашої нації, бо саме в них закладена репродуктивна функція і саме вони несуть потенціал здоров'я наступних поколінь.

Сучасний світ задає жінкам стрімкий темп життя, і одним із показників, що дає змогу відповідати такому темпові та позитивно впливати на стан здоров'я жінок є високий рівень фізичної підготовки, сили, витривалості, гнучкості та високі показники роботи всіх морфо-функціональних систем організму.

Для того, щоб покращити ці показники необхідно використовувати нові підходи, засоби та технології, які мають відповідати індивідуальним та віковим особливостям та потребам жінок зрілого віку. Саме це сприяло появі різноманітних авторських фітнес-програм, але на жаль, багато з них не мають новітніх даних про появу сучасних фітнес-занять оздоровчого спрямування та наукового обґрунтування.

Аналіз наукової та науково-методичної літератури свідчить про те, що вивченням питання фізкультурно-оздоровчих фітнес-занять займалась значна кількість науковців, зокрема, О. Губарєва (2001), І. Таран (2004), Д. Хазяїнова (2004), В. Романенко (2006), О. Андрєєва (2004), Т. Івчатова (2008), Н. Опришко (2011), Ф. Загура (2010), О. Буркова, І. Белов (2008), О. Мороз (2011), І. Григус, Н. Михайлова (2012) та багато інших.

Аналіз наукових досліджень та результатів впровадження різних фітнес-занять в практику роботи сучасних фітнес-клубів впродовж останніх десятиліть свідчить про те, що в більшості випадків, ефективність використання оздоровчих фітнес-програм не завжди досягає бажаного результату (Е. Буліч, І. Муравов, 2011; О. Мартинюк,

2011; О. Мороз, 2012 та інші). Кожна з методик застосування сучасних форм рухової активності має ряд переваг та недоліків.

Нині практично відсутні науково-методичні підходи щодо комплексного впровадження новітніх засобів та технологій проведення оздоровчих фітнес-занять в сфері сучасних фітнес клубів, які б відповідали індивідуальним та віковим особливостям жінок зрілого віку [3;64].

Все це свідчить про недостатність вивчення новітніх фітнес-технологій оздоровчого спрямування для жінок зрілого віку в рамках сучасних фітнес клубів. Тому постала необхідність виявити, проаналізувати, систематизувати та обґрунтувати сучасні фітнес-технології з метою покращення фізичного стану жінок зрілого віку.

Для більшості людей поняття фітнес-технології недостатньо зрозуміле, оскільки поєднує в собі два запозичені слова «фітнес» та «технологія». Лексема «фітнес» має декілька значень. Але найпоширеніше це сукупність заходів, які забезпечують всебічний фізичний розвиток людини, покращення й формування її здоров'я. Поняття «фітнес» на сьогоднішній день асоціюється в першу чергу із здоровим способом життя; бажанням бути в формі та бути здоровими.

Фітнес (*від англ. fitness* — пристосованість, здатність до витривалості) — це напрямок масової, спортивної й оздоровчої фізичної культури, який спрямований на покращення загального стану організму людини, його тренуваність та здатність чинити опір негативним впливам зовнішнього середовища шляхом виконання простих та комплексних вправ під музичний супровід, який допомагає в корекції форм та ваги тіла [6;40].

У підручнику Хоулі Е.Т., Френкса Б.Д. «Оздоровчий Фітнес» (2000) можна знайти таке визначення різним категоріям фітнесу: 1) **загальний фітнес** — це система занять фізичною культурою, що передбачає не лише підтримку гарної фізичної форми, але й інтелектуальні, емоційні, соціальні і духовні складники. Використовують також термін «позитивне здоров'я»; 2) **фізичний фітнес** — прагнення до оптимальної якості життя, яке включає досягнення більш високих рівнів підготовленості відповідно до стану тестування, незначний ризик порушення здоров'я. Такий стан відомий також як «гарний фізичний стан» або «гарна фізична підготовленість» [6;28].

На сьогодні ми можемо класифікувати поняття фітнесу за такими основними 4 категоріями:

1). Кардіопрограми, які спрямовані на розвиток кардіо-респіраторної системи, до яких можна віднести всі види аеробіки: базова, оздоровча, спортивна, прикладна, степ-аеробіка, танцювальна аеробіка, інтервальна, спінінг, тай-бо, кік-аеробіка, бокс-аеробіка, слайд-аеробіка, аквааеробіка, тощо.

2). Програми силового тренування, які спрямовані на розвиток сили всіх груп м'язів тіла із використанням різного спортивного інвентарю, а саме, гантелей, боді-барів, спеціальної штанги — памп, набивних м'ячів, тощо. Група силових програм представлена в сучасній фітнес-індустрії такими видами занять, як заняття в тренажерному залі, шейпінг, бодіпамп, тощо).

3). Фітнес-програми оздоровчих видів гімнастики, а саме «Розумне тіло» (Mind Body), які асоціюються із таким поняттям, як інтелектуальний фітнес. До них можна віднести заняття з йоги, пілатесу, фітболу, каланетики, стретчингу, тощо).

4). Функціональні тренування, тобто комплексні фітнес-програми, які дають можливість розвивати одночасно силу, гнучкість, рівновагу, спритність, тощо. Функціональний тренінг проводять і як окреме тренування, і як додаткове навантаження до традиційного силового тренінгу. Ускладнення тренування відбувається за рахунок спеціального устаткування, зокрема кор-платформи, босу (гумові півсфери), фітболів (гумових гімнастичних м'ячів), тощо.

Сучасна фітнес-індустрія постійно розвивається і майже кожного року в системі оздоровчої фізичної культури виникає велика кількість інноваційних фітнес-технологій, методик та оздоровчих фітнес-програм для населення України. Це стало передумовою

появи в теорії та практики оздоровчої фізичної культури нових термінів, таких як «інноваційні технології», «оздоровчо-зберігаючі технології», «фітнес-технології».

Фітнес-технології – це, насамперед, технології, що забезпечують результативність під час занять фітнесом. В науковій літературі поняття «технологія» розглядається (*від грецької **technē** – мистецтво, майстерність і **logos** – навчання*) як система засобів, прийомів, послідовність у виконанні яких забезпечує вирішення поставлених завдань [2; 42].

У зв'язку з кризовим станом проблеми зниження та погіршення стану здоров'я й рівня фізичної підготовки жінок зрілого віку особливу актуальність набуває розробка оздоровчо-зберігаючих фітнес-технологій, спрямованих на формування, покращення та зміцнення стану здоров'я в рамках оздоровчих фітнес-занять сучасних фітнес клубів. Разом із тим, оздоровчо-зберігаючі технології входять у більш широке поняття «оздоровчих технологій», призначених для забезпечення життєдіяльності функціональних систем організму людини.

Розглядаючи появу терміна «фітнес-технології» та його специфіку, слід відмітити, що дані технології розроблені для вирішення завдань фітнесу згідно з його принципами, особливостями мотивації жінок зрілого віку. У своїх публікаціях Т.Ю. Круцевич дає визначення поняттю «фізкультурно-оздоровча технологія». Це поняття поєднує процес використання засобів фізичного виховання в оздоровчих цілях і наукову дисципліну, яка розробляє та вдосконалює основи методики побудови фізкультурно-оздоровчого процесу [2; 128].

Більш точно поняття фітнес-технології можна визначити, як загальну кількість наукових засобів та прийомів, сформованих у певний алгоритм дій, який реалізується певним чином в інтересах підвищення ефективності оздоровчого процесу для досягнення певного результату на основі вільного, мотивованого вибору занять фізичними вправами, із використанням інноваційних методів, засобів, організаційних форм занять з фітнесу, із застосуванням сучасного спортивного інвентарю та обладнання.

Аналізуючи виникнення фітнес-технологій, їх джерела та сучасний зміст, необхідно зазначити, що більшість із них з'являються в фітнес-індустрії, яка розвивається швидкими темпами на основі як традиційних, так і інноваційних методик, програм, технологій, тим самим модернізує, і на основі цього створює фітнес-технології, визначення яких ми зустрічаємо як в наукових та методичних розробках, так і у різних видах оздоровчої фізичної культури.

У зв'язку з тим, що основа ідеології фітнесу полягає у пріоритеті здоров'я людини, тому новітні фітнес-технології мають переважно оздоровчу спрямованість. Правильне та цілеспрямоване впровадження новітніх фітнес-технологій в систему оздоровчих фітнес-занять з метою оздоровлення, розвитку й удосконалення фізичних та морфо-функціональних показників, а також позбавлення зайвої ваги жінок зрілого віку, є на сьогодні одним з основних та актуальних завдань сучасних фітнес-технологій.

Треба зазначити, що імпульсом створення сучасних фітнес-технологій є соціокультурний запит, і як відповідь на це, поява певних інновацій у різних видах оздоровчої фізичної культури [5; 12]. Саме вони разом із традиційним вітчизняним та зарубіжним досвідом під впливом соціокультурних факторів активно сприймаються фітнес-індустрією, переробляються та складають ідеологічну основу фітнес-технологій.

На основі досліджень В. Мочонова, який визначив появу напрямків оздоровчих інновацій, та В. Григор'єва та В. Симонова, які виділили 4 сегмента фітнес-послуг за ступенем інтеграції різних оздоровчих технологій, а також за результатами проведеного Е. Сайкіним та Г. Пономаревим аналізу змісту фітнес-програм на різних міжнародних фітнес-конвенціях за останні роки, було визначено 5 основних підходів щодо розробки фітнес-технологій:

1. **Еклектичний** – підхід, який реалізується в фітнес-індустрії шляхом створення та розвитку фітнес-технологій, заснованих на культурних традиціях різних країн;

2. **Синергетичний** – підхід, який виражається в тому, що на основі інтегрованих з інших видів фізичної культури та їх наступною модернізацією в фітнес-індустрії створюються новітні технології, в основі яких лежить принцип системності;

3. **Традиційно-зорієнтований** – підхід, який реалізується на вже відомих, історично складених та загально визнаних заняттях певної рухової активності, додаючи зовнішні, сучасні атрибути, які привертають увагу;

4. **Синтетичний** – підхід реалізує відображення тенденцій зовнішнього світу до об'єднання, формування ідейно-змістової основи фітнес-індустрії, поєднуючи в собі як традиційні, так і нетрадиційні види рухової активності та різні технології;

5. **Диверсифікаційний** – підхід, який характеризується різноманітністю варіантів одного виду занять фітнесом, для задоволення різних потреб людей та здатністю до маневрування під час змін соціокультурних та економічних умов.

Наряду із цим, при побудові ефективних оздоровчих фітнес-занять слід враховувати ряд певних існуючих ознак, характерних для сучасних фітнес-технологій, а саме:

- **моніторинг** (педагогічний та лікарський контроль за жінками, які відвідують фітнес-заняття);

- **спрямованість на досягнення цілей фітнесу** (оздоровлення, підвищення рівня фізичної підготовки) ;

- **інноваційність** (пріоритетне використання інноваційних засобів, методів та форм проведення занять, застосування сучасного спортивного обладнання та інвентарю) ;

- **варіативність** (різноманітність засобів та технологій із різних видів оздоровчої фізичної культури як вітчизняного, так і зарубіжного походження);

- **мобільність** (швидкість реакції на попит населення на певні види рухової активності; на появу нового сучасного спортивного обладнання, тощо);

- **емоційна спрямованість** (підвищення психоемоційного настрою);

- **результативність;**

- **задоволення від занять.**

Умовою для правильно розробленої фітнес-технології, а також для досягнення нею ефективності та комплексності, а саме, покращення та зміцнення фізичного, соціального та психічного здоров'я, а також підвищення рівня фізичних показників розвитку) є єдині вимоги до її побудови. До них можна віднести наступні:

- чітко поставлені цілі й задачі;

- науково обґрунтований добір засобів та методів з фітнесу оздоровчого спрямування, раціонально збалансованих за напрямком, обсягом та потужністю, згідно з індивідуальними та віковими можливостями тих, хто займається;

- комплексне застосування вправ, спрямованих на розвиток аеробної витривалості, сили, гнучкості;

- забезпечення регулярного лікарсько-педагогічного контролю за станом здоров'я та рівнем фізичного розвитку та морфо-функціональних показників, тощо.

Системний аналіз наукової літератури свідчить про великий інтерес науковців до проблеми розробки фітнес-занять оздоровчого спрямування зрілого віку [5;62].

З метою виявлення новітніх фітнес-технологій у сучасних фітнес-клубах м. Харкова нами було проведено педагогічне спостереження, у якому брало участь понад 270 жінок зрілого віку, що відвідують різні види фітнес-заняття.

Результати дослідження свідчать про те, що переважна більшість жінок зрілого віку відвідують наступні види фітнес-занять: Dance Aerobics (39,3%), Step Aerobics (40,4%), Fitness Mix (45,2%), Fitness Intensive (35,9%), ABT (28,1%), ABS (28,9%), Functional Training (39,6 %), Kickboxing (31,9 %), Fitball (37,4 %), Pilates Matwork (38,5 %), Body Sculpt (31,9%). Найменш популярними виявились такі фітнес-заняття: TABS (20%), Stretching (16%), Zumba Fitness (10%), Basic Yoga (20%), Slide Aerobic (14,1 %), Aqua Fitness (20%), Cycle (14,1%). Але, на ряду із цим, було виявлено, що поряд із традиційними фітнес-програмами з'явилися нові програми, а саме: Crossfit Training (36,7 %), Tabata Trainig (32,9 %), TRX петлі (25,2 %), Zumba Fitness (10%) та багато нових модифікованих програм на основі традиційних методик викладання, які теж відвідують жінки зрілого віку (таблиця 1).

Таблиця 1

Рейтинг новітніх та найпопулярніших оздоровчих фітнес-технологій серед жінок зрілого віку різних фітнес клубів м. Харкова (n=270)

№	Різновид фітнес-заняття		Показник, %
1.	Dance Aerobics	Заняття містить в собі елементи танцювальних елементів під музичний супровід, спрямованих на розвиток координації рухів, зміцнення серцево-судинної системи, покращення психоемоційного стану та схуднення. Рекомендовано для будь-якого рівня підготовки. Тривалість заняття 45 хвилин.	39,3
2.	Step Aerobics	Заняття з використанням степ-платформи різної висоти. Вивчення базових та комбінованих кроків. Аеробна частина триває до 35 хвилин. Силова частина триває до 20хв. Заняття спрямоване на розвиток координації рухів, зміцнення серцево-судинної системи, покращення психоемоційного стану та схуднення. Рекомендовано для будь-якого рівня фізичної підготовки. Тривалість заняття 55 хвилин.	40,4
3.	Fitness Mix	Система тренувань, під час яких кожне заняття проводиться за різні фітнес-напрямком (Dance Aerobics, Functional Training, Body Sculpt, Step Aerobics, Fitball, Pilates Matwork, Crossfit Training, тощо). Система занять, спрямована на всебічний розвиток всіх систем організму, покращення стану здоров'я та рівня фізичної підготовки. Рекомендовано для будь-якого рівня підготовки. Тривалість заняття 55 хвилин.	45,2
4.	Fitness Intensive	Це високо інтенсивне тренування, яке допомагає швидко знизити зайву вагу та підтягнути всі групи м'язів завдяки різноманітності силового та кардіо - навантаження. Рекомендовано для середнього рівня підготовки. Тривалість заняття 55 хвилин.	35,9
5.	Functional Training	Функціональне тренування середньої інтенсивності з використанням додаткового обладнання, спрямоване на опрацювання глибоких м'язів тіла. Рекомендовано для будь-якого рівня підготовки. Тривалість заняття 55 хвилин.	39,6
6.	Crossfit Training	Новітнє тренування, яке спрямоване на розвиток швидко-силових якостей, з використанням елементів важкої та легкої атлетики, гирьового спорту, гімнастики. Воно розвиває гнучкість, силу, координацію, спритність, витривалість організму; покращує всі морфо-функціональні показники організму; сприяє схудненню. Рекомендовано для середнього рівня підготовки. Тривалість заняття 50 хвилин.	36,7
7.	ABT (Abdominal, bums, thighs)	Силовий клас, спрямований на зміцнення м'язів стегон, сідниць та черевного пресу. Обладнання – бодібари, гантелі. Рекомендовано для будь-якого рівня підготовки. Тривалість заняття 55 хвилин.	28,1
8.	ABS (Abdominals)	Силовий клас спрямований на тренування м'язів черевного пресу. Рекомендовано для будь-якого рівня підготовки. Тривалість заняття 30 хвилин.	28,9
9.	TABS (Total Abdominals)	Силове заняття, спрямоване на зміцнення м'язів грудей, спини та черевного пресу. Рекомендовано для будь-якого рівня підготовки. Тривалість 45 хвилин.	20,0
10.	Kickboxing	Кардіо - заняття силового напрямку з елементами боксу та кікбоксінгу. Високоінтенсивні удари руками і ногами у поєднанні у різні комбінації під музичний супровід. Рекомендовано для середнього і вище середнього рівня підготовки. Тривалість 55 хвилин.	31,9

11.	TRX петлі	Новітнє тренування за допомогою TRX петель, завдяки яким здійснюється комплексне тренування всіх груп м'язів. Рекомендовано для будь-якого рівня підготовки. Тривалість заняття 55 хвилин.	25,2
12.	Tabata Trainig	Новітні високо інтенсивні тренування, засновані на інтервальному фізичному навантаженні, яке розвиває силу, гнучкість, витривалість, спритність та потужність, тим самим покращує всі фізичні показники та максимально швидко підвищує стан роботи всіх функціональних систем організму, сприяє схудненню. Рекомендовано для середнього рівня підготовки. Тривалість заняття 50 хвилин.	32,9
13.	Body Sculpt	Тренування, спрямоване на опрацювання всіх основних груп м'язів із використанням бодібарів, гантелей, тощо. Рекомендовано для будь-якого рівня підготовки. Тривалість заняття 55хвилин.	31,9
14.	Fitball	Комплекс вправ із фітболом, спрямованих на зміцнення всіх м'язів тіла, оздоровлення хребта, опрацювання глибоких м'язів тіла, корекцію постави. Рекомендовано для будь-якого рівня підготовки. Тривалість заняття 55 хвилин.	37,4
15.	Pilates Matwork	Заняття спрямоване на оздоровлення хребта, опрацювання глибоких м'язів тіла, корекцію постави. Рекомендовано для будь-якого рівня підготовки. Тривалість заняття 55 хвилин.	38,5
16.	Stretching	Заняття з використанням вправ на розтягнення розслаблених м'язів та покращення рухливості суглобів тіла. Рекомендовано для будь - якого рівня підготовки. Тривалість заняття 55 хвилин.	15,9
17.	Basic Yoga	Заняття з використанням базових елементів програми Йога. Всі тренування побудовані на статичних позах – асан, які спрямовані на правильність дихання. Йога розвиває гнучкість та еластичність м'язів, нормалізує артеріальний тиск, допомагає знайти гармонію в собі. Рекомендовано для будь-якого рівня підготовки. Тривалість заняття 55 хвилин.	20,0
18.	Zumba Fitness	Це новітня танцювальна фітнес-програма на основі поєднання різних популярних латиноамериканських стилів танців. Рекомендовано для будь-якого рівня підготовки. Тривалість заняття 55 хвилин.	10,0
19.	Cycle	Це універсальна кардіо - програма на спеціальних велотренажерах, яка розвиває загальну витривалість, тренує серцево-судинну систему та зміцнює всі групи м'язів. Рекомендовано для будь-якого рівня підготовки. Тривалість заняття 45 хвилин.	14,1
20.	Slide Aerobic	Це тренування на спеціальній доріжці - слайді, призначеної для укріплення серцево-судинної та дихальної систем, основних м'язів тіла та суглобів. Рекомендовано для будь-якого рівня підготовки. Тривалість заняття 55 хвилин.	14,1
21.	Aqua Fitness	Заняття різної інтенсивності, які спрямовані на засвоєння базових елементів аквааеробіки, опрацювання всіх груп м'язів із використанням поясу для аквааеробіки та спеціального інвентарю). Рекомендовано для будь-якого рівня підготовки. Тривалість заняття 45 хвилин.	20,0

Таким чином, проведене наше дослідження свідчать про те, що в Україні з'явилося багато новітніх фітнес-технологій оздоровчого спрямування, які відвідує значна кількість жінок зрілого віку. Численні публікації з цього питання недостатньо вивчені та науково обґрунтовані. Саме тому для вдосконалення системи оздоровлення населення України засобами сучасних фітнес-технологій, зокрема жінок зрілого віку (21–55 років), необхідно детально вивчити та науково обґрунтувати появу новітніх фітнес-технологій оздоровчого спрямування, як ефективного засобу покращення стану здоров'я та рівня фізичного розвитку в рамках сучасних фітнес клубів.

Перспективи подальшого дослідження полягають у комплексній розробці оздоровчої фітнес-програм, враховуючі новітні та найпопулярніші фітнес-технології, з метою покращення стану здоров'я, морфо-функціональних показників та рівня фізичної підготовки жінок зрілого віку.

Література:

1. Концептуальні засади подальшого розвитку фізичної культури і спорту в Україні. Державний комітет з фізичної культури і спорту України. – К., 1998. – 20 с.
2. Круцевич Т. Ю. Теорія і методика фізичного виховання. Загальні основи теорії і методики фізичного виховання. – К., Олімпійська література, 2003. в 2т., Т. 2 –392 с.
3. Максимова К.В. Моніторинг стану здоров'я й рівня фізичного розвитку жінок першого, другого зрілого віку, що відвідують оздоровчі фітнес - заняття. – Львів. Молода спортивна наука України. 2014. Т.4., с.63–68.
4. Пирогова Е.А., Иващенко Л.Я., Страпко Н.П. Влияние физических упражнений на работоспособность и здоровье человека. – К.: Здоров'я, 1986. –152с.
5. Сучасні технології зміцнення та відновлення здоров'я. Збірник тез науково-практичної конференції. – Луцьк: 2005. – 100 с.
6. Хоулі Є.Т., Френкс Б.Д. Оздоровчий фітнес. – Олімпійська література, 2000. – 368 с.

Стаття надійшла до редакції 15.12.2016 р.

Романюк О.В.

кандидат педагогічних наук,
старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Східноєвропейського національного університету
імені Лесі Українки

Романюк Ю.В.,

аспірант кафедри олімпійського та професійного спорту
Східноєвропейського національного університету
імені Лесі Українки

Тучак А.М.

кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Східноєвропейського національного університету
імені Лесі Українки

ЗМІНА КОРЕЛЯЦІЙНИХ ВЗАЄМОВІДНОШЕНЬ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО СТАНУ СТУДЕНТОК ЗІ СКОЛІОЗОМ II–III СТУПЕНІВ У ПРОЦЕСІ ЗАНЯТЬ КАЛЛАНЕТИКОЮ

У статті розглядається ефективність впровадження розробленої методики застосування калланетики в навчальний процес з фізичного виховання в спеціальних медичних групах. Встановлені нові, міцні кореляційні зв'язки між окремими показниками фізичного стану студенток, що свідчить про їхній більш гармонійний розвиток.

Ключові слова: студентки, спеціальна медична група, сколіоз, фізичне виховання, калланетика.

Постановка проблеми й аналіз останніх досліджень і публікацій. Сьогодні перед фахівцями галузі фізичної культури та спорту гостро постало питання різкого зростання кількості студентів, які за станом здоров'я зараховані до спеціальних

навчальних відділень. Сучасний стан фізичного виховання у вищих навчальних закладах не сприяє ефективному вирішенню проблеми зменшення дефіциту рухової активності студентської молоді як однієї з причин різних відхилень в опорно-руховому апараті студентів (С. М. Канішевський, 1999; А. В. Магльований, 1998).

Тому не випадково останнім часом чимало фахівців (І. Р. Бондар, 2003; М. М. Булатова, 2004; В. Л. Волкова, 2011; С. Гордійчук, 2001; М. В. Данилевич, 2015; О. Д. Дубогай, 2012; Т. Ю. Круцевич, 2005; Б. М. Шиян, 1996) досліджували шляхи оптимізації фізичного виховання студентів. У наукових працях, які стосуються організації занять фізичного виховання зі студентами спеціальних відділень (С. С. Григорович, 2008; І. Р. Бондар, 2003; О. Доценко, 2000; О. Д. Дубогай, 1995; А. І. Загrevська, 2007; І. В. Переверзєва, 2008), висвітлені засоби та методи вирішення пріоритетних завдань навчального процесу, зокрема – переведення студентів в основну медичну групу.

Ряд авторів вивчали особливості організації фізичного виховання при сколіозі у студентів спеціальних медичних груп із застосуванням сучасних засобів та методів (Т. І. Бережна, 2009; Л. П. Хрипло, 2003; Л. І. Юмашева, 2007). Проте, в умовах погіршення стану здоров'я молоді існує потреба подальшого пошуку ефективних методик фізичного виховання, що сприятимуть розв'язанню цієї проблеми.

Мета – визначення ефективності використання вправ калланетики у процесі фізичного виховання шляхом встановлення змін якісних та кількісних значень кореляційних взаємовідношень показників фізичного стану студенток зі сколіозом II–III ступенів.

Об'єкт – фізичне виховання студенток спеціальної медичної групи зі сколіозом II–III ступенів в умовах вищого навчального закладу.

Предмет – кореляційні взаємовідношення показників фізичного стану студенток спеціальної медичної групи зі сколіозом II–III ступенів.

Методи дослідження:

- теоретичні – аналіз літературних джерел, що передбачав вивчення, систематизацію й узагальнення даних наукової та науково-методичної літератури;
- емпіричні – педагогічне спостереження і тестування, педагогічна розвідка (первинне та повторне дослідження) для з'ясування фізичного стану та підготовленості, впровадження розробленої методики використання вправ калланетики у процес фізичного виховання і виявлення її ефективності;
- статистичні – для обробки емпіричних даних методами варіаційної статистики, з використанням комп'ютера за допомогою програми MS Excel, і перевірки достовірності отриманих результатів.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Щорічно за різними даними до вищих навчальних закладів (ВНЗ) України вступає близько 50 % студентів із відхиленнями у стані здоров'я. Після обов'язкового медичного огляду їх направляють у спеціальне навчальне відділення для занять із фізичного виховання (В. В. Білецька, 2011; О. Доценко, 2000; Л. В. Подригало, 2011) [2; 5; 10]. Оздоровча спрямованість занять фізичного виховання лежить в основі організації навчання студентів СМГ, що сприяє їхній різнобічній фізичній підготовленості. Введення оздоровчих занять з оптимальним фізичним навантаженням допомагає досягнути покращення загального стану організму студентів, водночас максимальні навантаження виключені через обмежені функціональні можливості цього контингенту осіб. Мінімальні навантаження також не виправдані, оскільки такі заняття – не ефективні та не викликають інтересу. Доцільно зауважити, що ті фізичні вправи, до яких організм погано адаптований, є значно ефективніші за умов дозованого й обережного їх використання, а заняття будуть мати оздоровчо-профілактичне значення лише за тривалого, правильного і систематичного їх проведення (В. В. Троценко, 2010; С. І. Шинкарьов, 2012) [11; 12].

Науковими дослідженнями встановлено зростання кількості патологій опорно-рухового апарату (ОРА) у студентів СМГ, серед яких найпоширеніше захворювання –

сколіотична деформація хребта (Т. І. Бережна, 2009; В. А. Кашуба, 2003). Відсутність єдиного підходу до оцінки структурно-функціональних порушень з боку ОРА й інших систем органів у хворих зі сколіозом веде до суперечливих даних при визначенні показів та рекомендацій до процесу корекції цієї деформації. Проте існує гостра потреба дослідження нових технологій та методик, упровадження яких у процес фізичного виховання дозволить розширити діапазон засобів рухової активності студентської молоді [1; 7].

Будь-яка частина людського організму постійно піддається безперервним впливам зовнішніх і внутрішніх чинників і водночас є фактором впливу як на функціональний стан організму загалом, так і окремих його біологічних структур. Тому про загальний стан організму цілком доречно судити, зокрема, за кількісними характеристиками функціональних зв'язків різних його структурних одиниць [6].

У практиці фізичного виховання проблема вивчення міжсистемних зв'язків в організмі студентів, які за станом здоров'я віднесені до спеціальних навчальних відділень, є найбільш актуальною, адже отримані в процесі дослідження дані дають змогу з'ясовувати основні механізми адаптаційного процесу [3; 4; 9].

Адаптація до фізичних навантажень проявляється низкою показників: з одного боку це зміна артеріального тиску, частоти серцевих скорочень та ще низки функціональних характеристик діяльності серцево-судинної, дихальної й інших систем організму, з іншого – це результати тестів, що характеризують рівень фізичної підготовленості осіб. Однак, найбільш чітко адаптаційний процес характеризується встановленням нових кореляційних взаємозв'язків між отриманими показниками [8]. Це сприятиме досягненню конкретної мети, що в нашому випадку свідчитиме про розвиток рухових навичок.

Висока стабільність і специфічність кількісних значень кореляційних взаємовідношень різних біологічних структур організму обґрунтовує доцільність широкого застосування кореляції в дослідженнях з педагогіки, фізичного виховання та спорту, а також у діяльності закладів оздоровчо-профілактичного напрямку.

Дослідження проводили на базі кафедри здоров'я та фізичної культури Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки зі студентками 17–21 року, у яких за результатами медичного огляду було діагностовано сколіоз II або III ступеня, а отже за станом здоров'я вони зараховані до СМГ. Відповідно було укомплектовано основну дослідну групу (ОГ) (n = 44) та групу порівняння (ГП) (n = 34). Останні займалися фізичним вихованням за навчальною програмою для студентів спеціальних медичних груп, сформованою викладачами кафедри здоров'я і фізичної культури Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки та схваленою науково-методичною радою університету (протокол № 3 від 20.11.2010 р.).

Педагогічне дослідження (первинне й повторне) передбачало аналіз морфологічних показників, функціональних можливостей ОРА, функціональних показників серцево-судинної системи (ССС), рівня фізичної працездатності, індексу фізичного стану, фізичної підготовленості студенток. Застосовували педагогічні та функціональні тести й інструментальні методи дослідження. Встановлення нових кореляційних зв'язків між досліджуваними показниками вказуватиме на покращення взаємовідношень різних біологічних структур в організмі людини та поліпшення узгодженості внутрішніх процесів через удосконалення зовнішніх механізмів рухів.

Реалізація розробленої нами методики передбачала дотримання низки методичних рекомендацій щодо організації занять із фізичного виховання, самостійних занять та режиму дня. Загальнопедагогічні принципи та методи навчання і форми та засоби фізичного виховання розглядали ми як структурні компоненти використання калланетики у фізичному вихованні СМГ і зумовлювали практичну реалізацію запропонованої методики шляхом вирішення мети і завдань навчального процесу.

Для спрямованого впливу на показники фізичного стану та розвитку рухових

навичок студенток СМГ було розроблено курс, розрахований на 36 занять (72 години), який упроваджували протягом одного навчального року, та складався з трьох блоків, у кожному з яких вирішувалися теоретичні та практичні завдання, що передбачали пояснення, показ і аналіз рухових дій (рис. 1).

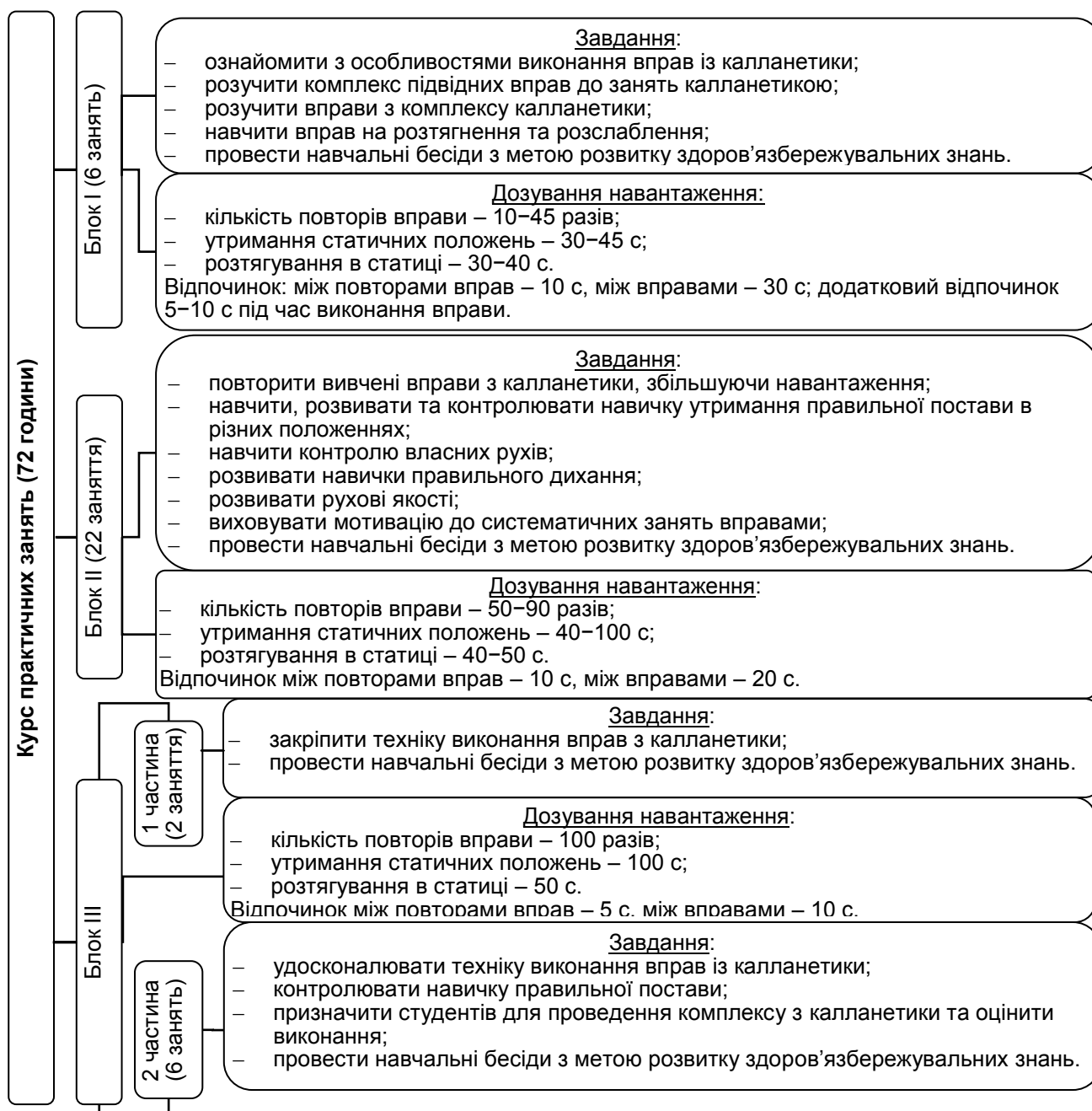


Рис. 1. Схема використання калланетики у фізичному вихованні спеціальних медичних груп

Окреме заняття із запропонованого курсу охоплювало ввідну (тривалість – 5 хв), підготовчу (10–15 хв), основну (45–50 хв) і завершальну частини (5–10 хв). Фізичне навантаження на організм студенток у кожному із запропонованих блоків дозували з огляду на такі параметри: тривалість виконання вправ (кількість разів або тривалість утримання статичних положень); амплітуда рухів; кількість повторів вправи; вихідне положення; тривалість пауз відпочинку між вправами та повторами вправ.

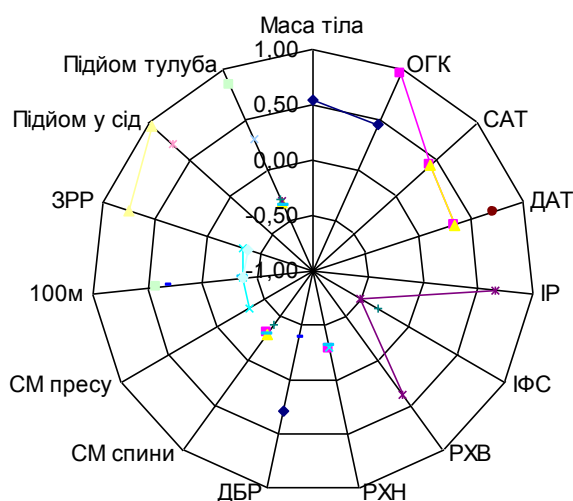
Розроблена нами методика передбачала виконання вправ калланетики принаймні двічі на тиждень із метою розвитку пристосувальних змін в організмі людини з наступним скороченням до одного заняття після чотирьох місяців систематичних

фізичних навантажень. Однак годин, передбачених навчальною програмою із фізичного виховання для ВНЗ, виявляється недостатньо для ефективної реалізації запропонованої методики. Саме тому виконання самостійних занять із фізичного виховання в домашніх умовах стали важливою складовою її частиною.

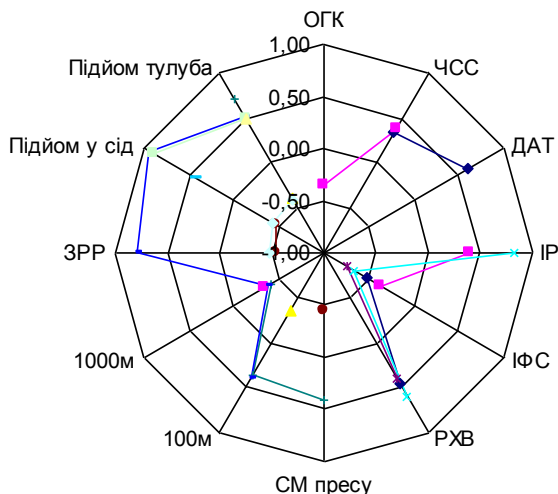
Після закінчення педагогічного дослідження ми провели повторне обстеження студенток ОГ та ГП за всіма досліджуваними критеріями. Вважаємо, що організм людини варто розглядати як цілісну систему, узгодженість функціональних процесів у якому можна встановити й оцінити залежністю випадкової досліджуваної величини від однієї або кількох інших величин. У зв'язку з тим, що було виявлено певні розбіжності середніх значень в обстежених, ми вирішили з'ясувати особливості кореляційних зв'язків між досліджуваними величинами в студенток основної групи й групи порівняння.

Задля визначення кореляційних зв'язків між окремими параметрами морфофункціонального розвитку, фізичної працездатності та підготовленості в студенток дослідних груп було виконано статистичний аналіз показників, отриманих у різні періоди проведення дослідження (рис. 2–3).

Аналіз кореляційних зв'язків на етапі первинного дослідження (рис. 2) виявив тісні залежності в студенток основної групи між масою тіла та зростом ($P < 0,001$), САТ ($P < 0,01$), ДАТ ($P < 0,05$), обводом грудної клітки ($P < 0,001$), рухливістю хребта назад ($P < 0,05$) і силою м'язів спини ($P < 0,05$). У студенток групи порівняння встановлено, що взаємозв'язки були дещо слабшими, однак маса тіла все ж тісно корелює з ЧСС ($P < 0,05$), індексом Руф'є ($P < 0,05$), індексом фізичного стану ($P < 0,05$) та показником витривалості в тесті “Біг 1000 м” ($P < 0,05$).



Основна група (n=44)



Група порівняння (n=34)

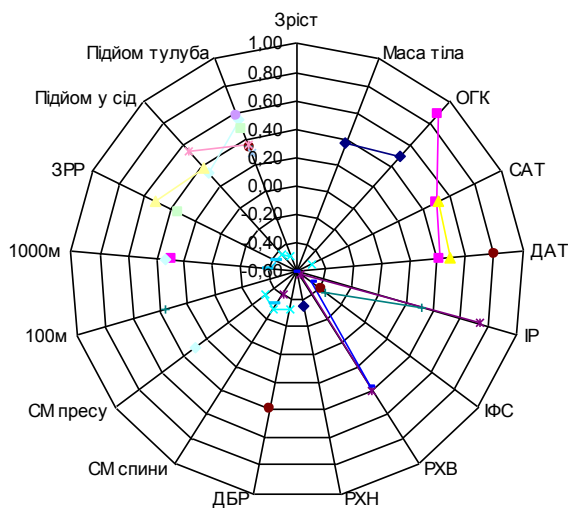
Рис. 2. Кореляційна матриця морфофункціональних показників студенток дослідних груп (первинне дослідження)

Кореляційний аналіз засвідчив тісні взаємозв'язки в обох дослідних групах між ЧСС й індексом Руф'є ($P < 0,001$), ЧСС та індексом фізичного стану ($P < 0,001$), обводом грудної клітки й показником силових здібностей у тесті “Підйом тулуба з положення лежачи на животі” ($P < 0,05$), силою м'язів спини та показником швидкості в тесті “Біг 100 м” ($P < 0,05$), силою м'язів преса й динамічною силовою витривалістю в тестах “Згинання-розгинання рук в упорі лежачи” ($P < 0,001$) і “Підйом у сід” ($P < 0,001$) та між показниками витривалості в тесті “Біг 1000 м” і силової витривалості м'язів тулуба в тесті “Підйом у сід” ($P < 0,001$). Це, зі свого боку, свідчить про однорідність складу дослідних груп на початку навчального року. Також варто зауважити тісні кореляційні зв'язки між показниками функціональних можливостей опорно-рухового апарату й фізичної

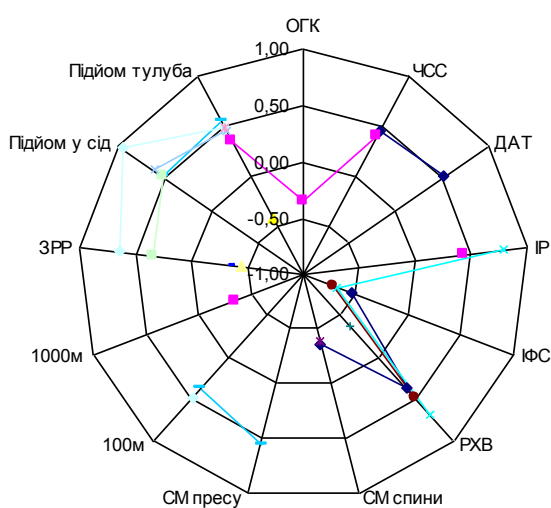
підготовленості дівчат дослідних груп, що вказує на високий ступінь впливу його стану на рівень прояву студентками рухових якостей.

На фоні зміни середніх значень показників морфофункціонального стану, фізичної працездатності та підготовленості в кінці навчального року позитивні зміни в процесі визначення кореляційних зв'язків фіксували в студенток, котрі займалися калланетикою в умовах академічних занять із фізичного виховання. Як видно з рис. 3, найбільш тісні кореляції в основній групі спостерігали між масою тіла й CAT ($P<0,001$) і ДАТ ($P<0,001$), обводом грудної клітки й ДАТ ($P<0,001$), CAT і плечовим індексом ($P<0,001$), у той час, як у групі порівняння коефіцієнт кореляції вказує на слабкі недостовірні зв'язки.

Також збереглася тенденція високого зв'язку між масою тіла й зростом ($P<0,05$), обводом грудної клітки та зростом ($P<0,001$) і вагою ($P<0,001$), ЧСС та індексом Руф'є ($P<0,001$), силою м'язів спини й силою м'язів преса ($P<0,001$), ЧСС та індексом фізичного стану ($P<0,001$), індексом Руф'є й індексом фізичного стану ($P<0,001$) в обох дослідних групах. У кінці навчального року нові кореляційні зв'язки фіксували між індексом Руф'є й ДАТ ($P<0,05$), індексом фізичного стану та CAT ($P<0,01$) і ДАТ ($P<0,05$), силою м'язів спини й плечовим індексом ($P<0,05$). Утворення нових кореляційних зв'язків – наслідок позитивного комплексного впливу дослідної методики на перебудову рівнів біологічної організації організму студенток, покращення функціонально-структурної інтеграції – важливого фактора, який безпосередньо забезпечує життєдіяльність організму.



Основна група (n=44)



Група порівняння (n=34)

Рис. 3. Кореляційна матриця морфофункціональних показників студенток дослідних груп (повторне дослідження)

У дівчат основної групи встановлено достовірно більший зв'язок рухливості хребта вперед ($P<0,01$) та сили м'язів спини ($P<0,05$) з витривалістю, рухливості хребта вперед ($P<0,01$) і сили м'язів преса ($P<0,05$) із проявом динамічної силової витривалості в тесті “Згинання-розгинання рук в упорі лежачи”. Виявлений у них більший взаємозв'язок функціональних можливостей опорно-рухового апарату з проявом силових здібностей можна розглядати як результат більшої інтеграції внаслідок занять калланетикою.

У студенток, які займалися за розробленою методикою, на відміну від дівчат групи порівняння, достовірно більші коефіцієнти кореляції силових здібностей у тесті “Підйом тулуба з положення лежачи на животі” з плечовим індексом ($P<0,001$), силою м'язів спини ($P<0,001$) та преса ($P<0,01$), силою м'язів-розгиначів тулуба в тесті “Підйом у сід” ($P<0,001$) і витривалістю в тесті “Біг 1000 м” ($P<0,05$) (рис. 3). Крім того, в них спостерігали більш тісний зв'язок плечового індексу з бічною рухливістю хребта ($P<0,05$) й силою м'язів преса ($P<0,05$), силою м'язів спини з рухливістю хребта вперед ($P<0,05$)

та індексом Руф'є ($P < 0,001$). Виявлені тісніші взаємозв'язки силових можливостей м'язів тулуба з гнучкістю і функціональним станом хребетного стовпа вказують на їх пряму залежність і доцільність застосування калланетики з метою розвитку рухових навичок при сколіозі II–III ступенів у студенток.

Аналізуючи динаміку зміни кореляційних зв'язків в обох дослідних групах у різні періоди проведення дослідження, варто зауважити, що в кінці навчального року в основній дослідній групі кількість та тіснота кореляційних зв'язків значно зросли, що, відповідно, указує на позитивні поліфункціональні зміни в організмі дівчат під впливом систематичних занять калланетикою. Так, оцінюючи кореляційні взаємовідношення, зокрема за кількісною ознакою, варто вказати, що на початку дослідження їх нараховувалося 38, а після застосування розробленої методики їх кількість зросла до 46, що свідчить про покращення стану функціонально-структурної інтеграції організму. Навпаки ж, зменшення числа кореляційних зв'язків із 35 до 33 і зниження їх тісноти в студенток групи порівняння підтверджують обмежену ефективність традиційної системи фізичного виховання у процесі оздоровчо-корекційної роботи зі студентками, які за станом здоров'я віднесені до спеціального навчального відділення.

Тож запропонована методика використання вправ калланетики в навчальному процесі з фізичного виховання з урахуванням характеру протікання захворювання цілком прийнятний для його застосування в навчальному процесі студенток спеціальних медичних груп ВНЗ задля корекційного і педагогічного впливу, що підтверджують результати проведеного педагогічного дослідження.

Перспективи подальших досліджень. Перспективи подальших досліджень у цьому напрямі стосуються пошуку нових методичних підходів до питань програмування змісту занять з фізичного виховання в спеціальних медичних групах для студентів із різними порушеннями у стані здоров'я та розробки низки сучасних оздоровчих методик, які сприятимуть комплексному розв'язанню завдань педагогічного процесу й підвищенню резервних можливостей організму студентів спеціальних медичних груп.

Література:

1. Бережна Т. І. Комплексний та нетрадиційний підхід до боротьби з порушеннями постави в студентів спеціальної медичної групи / Т. І. Бережна, Л. К. Кожевнікова, В. В. Мисенко // Слобожанський науково-спортивний вісник. – Миколаїв, 2009. – Т. 7. – С. 187–190.
2. Білецька В. В. Програмування занять стретчингом у процесі фізичного виховання студенток / В. В. Білецька, І. Б. Бондаренко, Ю. В. Данільченко // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. – Серія : Пед. науки. Фізичне виховання і спорт. – Чернігів : ЧНПУ, 2012. – Т. 3, № 98. – С. 36–40.
3. Боднар І. Р. Фізичне виховання студентів з низьким рівнем фізичної підготовленості : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. вих. і спорту : 24.00.02. / І. Р. Боднар. – Луцьк, 2000. – 19 с.
4. Брусник Т. А. Оздоровительные виды гимнастики как эффективные средства, направленные на укрепление опорно-двигательного аппарата студенток / Т. А. Брусник // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – СПб., 2009. – № 8. – С. 27–31.
5. Доценко О. Проблеми організації фізичного виховання в вищих навчальних закладах, як фактора зміцнення здоров'я і підвищення рухових можливостей студентів, за станом здоров'я віднесених до спеціальних медичних груп / О. Доценко, В. Астахов, Ю. Попович // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2000. – № 2. – С. 78–83.
6. Завьялов А. В. Соотношение функций организма (экспериментальный и клинко-физиологический аспекты) / А. В. Завьялов. – М. : Медицина, 1990. – 160 с.
7. Кашуба В. А. Биомеханика осанки / В. А. Кашуба. – Киев : Олимп. лит., 2003. – 280 с.
8. Маликов Н. В. Актуальные проблемы общей теории адаптации в современных условиях развития общества / Н. В. Маликов // Вісник Запорізького державного університету. – 2002. – № 1. – С. 1–8.

9. Моторин В. Б. Эффективность воздействия упражнений систем пилатес и калланетика на интегративную деятельность кровообращения в оздоровительно-лечебных группах студентов [Электронный ресурс] / В. Б. Моторин, Б. М Моторин, И. А. Медведев // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – Серия : Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2011. – № 20 (237) – С. 34–37. – Режим доступа : cyberleninka.ru

10. Подригало Л. В. Организация физического воспитания студентов, относящихся к специальным медицинским группам / Л. В. Подригало, С. А. Пашкевич, Н. И. Галашко, Л. В. Коник, В. А. Тихонова, М. В. Исаева // Физическое воспитание студентов. – 2011. – № 6. – С. 75–78.

11. Троценко В. В. Вплив рухової активності на формування стійких навичок здорового способу життя студентів вищих навчальних закладів : [Електронний ресурс] / В. В. Троценко // Проблеми фізичного виховання і спорту. – 2010. – № 8. – С. 93–95. – Режим доступу : www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/ppmb/texts/...8/10tvvhee.pdf.

12. Шинкарьов С. І. Фізичне виховання студентів спеціальних медичних груп / С. І. Шинкарьов // Освіта та педагогічна наука. – 2012. – № 5–6 (154–155). – С. 31–36.

Стаття надійшла до редакції 17.12.2016 р.

РОЗДІЛ 6. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ

Якобсон О.О.

кандидат медичних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Східноєвропейського національного університету
ім. Лесі Українки

Андрійчук О.Я.

доктор наук з фізичного виховання та спорту,
професор кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
Східноєвропейського національного університету
ім. Лесі Українки

Ушко Я.А.

кандидат біологічних наук,
доцент кафедри нормальної фізіології
ДВНЗ «Івано-Франківський національний
медичний університет»

Якобсон Р.О.

лікар загальної практики сімейної медицини,
АЗПСМ № 2,
КЗ «Луцький Центр Первинної
Медико-Санітарної Допомоги»

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ВПЛИВИ НА СТАН РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

Розглянуто вплив раннього початку реабілітаційних втручань на стан рухової активності та ступень спастичності м'язів у хворих з ішемічним інсультом.

Ключові слова: ішемічний інсульт, фізична реабілітація, спастичність м'язів, рухова активність.

Постановка проблеми. Протягом останнього десятиліття в усьому світі спостерігається стрімке зростання кількості цереброваскулярних патологій, в тому числі й інсультів. Щорічно понад 5 млн. людей страждає на це захворювання, інсульт став однією з провідних причин смертності та втрати працездатності хворих до 60 років [8,10].

В Україні рівень смертності від різних типів інсультів в декілька разів перевищує відповідні показники по країнам Західної Європи. Не ліпшим чином справи складаються з відновлюванням різноманітних функцій хворого і його поверненням до повноцінного життя. Нажаль, тільки кожний п'ятий пацієнт повертається на своє попереднє місце роботи і до звичного стилю життя. Інсульт є тяжким економічним та соціальним тягарем не лише для суспільства в цілому, а також для кожної окремої родини, де є такі хворі [10].

Саме тому, актуальність питання фізичної реабілітації хворих на ішемічний інсульт зростає з кожним днем і має не тільки клінічне, але й велике соціально-економічне значення [9].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Ішемічний інсульт розвивається внаслідок емболії, атеросклеротичного процесу чи спазму магістральних судин ший або головного мозку.

Це захворювання набагато частіше розвивається в разі наявності одного або декількох факторів ризику: вік старше за 60 років, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, порушення серцевої діяльності, гіпертрофія лівого шлуночка, аномалії судин ший і голови, наявність транзиторних ішемічних атак. В осіб з високим АТ гострі порушення мозкового кровообігу розвиваються в 3–7 разів частіше, ніж у людей, які не мають ознак гіпертензії. В свою чергу кардіогенна тромбоемболія судин мозку є причиною розвитку 18–22 % усіх випадків ішемічного інсульту[3]. За даними Японського національного серцево-судинного центру, у 49,2 % випадків причиною гострого порушення мозкового кровообігу була емболія мозкових судин, що у 75 % випадків носила кардіогенний характер [2].

Основними причинами інвалідизації населення, які виникають під час інсульту, є моторні порушення, ураження коркових функцій та процесу мовлення.

Ранній початок реабілітаційних заходів у хворих на ішемічний інсульт головного мозку вважається одним з провідних факторів, які впливають на відновлення рухових функцій [1]. На думку ряду авторів, це пов'язано з можливістю уникнути ускладнень, які викликаються зміною тону м'язів та гіпокінезією [4]. Крім того, за даними клінічних досліджень, ранній дебют реабілітаційної програми дозволяє попередити прогресування вторинних порушень в руховій сфері, таких як підвищення м'язового тону по спастичному типу, з подальшим розвитком контрактури [10, 11].

Мета дослідження – оцінити ефективність раннього початку реабілітаційних впливів на стан рухової активності у хворих з ішемічним інсультом.

Об'єктом нашого дослідження були хворі на ішемічний інсульт середньої вікової групи, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні Луцької центральної районної лікарні.

Предмет дослідження – стан рухової активності у пацієнтів з ішемічним інсультом.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань застосовувались наступні методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури; оцінка параметрів рухової функції пацієнту; статистичні методи.

Оцінка ступеня порушення рухових функцій проводилася наступним чином: за школою Прохорової, яка градується, виходячи з рівня розвитку пози Верніке – Манна і включає в себе такі ступені:

I ст. – легкий парез: поза відсутня усіх вихідних положеннях;

II ст. – помірний парез, поза згладжується в положенні стоячи і під час ходи;

III ст. – поза виражена в положенні стоячи, під час ходи та лежачі згладжується;

IV ст. – глибокий парез: поза виражена в усіх положеннях;

V ст. – плегія (параліч): поза стійка, зберігається і в положенні лежачі [11];

а також за модифікованою шкалою спастичності Ашворта, яка дозволяє визначити розвиток рівня спастичності м'язів за наступним ступенями:

0 ст. – немає підвищення м'язового тону,

I ст. – легке підвищення м'язового тону, мінімальне напруження у кінці амплітуди руху при згинанні та розгинанні ураженої кінцівки,

I+ ст – легке підвищення м'язового тону, яке проявляється мінімальним опором м'язу менш ніж у половині всього обсягу руху,

II ст. – помірне підвищення м'язового тону протягом всього обсягу руху, але пасивні рухи не утруднені.

III ст. – значне підвищення м'язового тону, пасивні рухи утруднені.

IV – ригідне положення згинання або розгинання кінцівки (контрактура) [7].

Під нашим спостереженням перебувало 21 хворих, які перенесли ішемічний інсульт головного мозку. Дослідження проводилося на базі неврологічного відділення Луцької центральної районної лікарні.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів.

У більшості хворих, які проходили лікування в неврологічному відділенні Луцької центральної районної лікарні спостерігалися порушення моторних функцій: у 80,1% пацієнтів були діагностовані симптоми ураження рухової активності різного ступеню, у 19,9 % хворих порушення моторної активності не були виявлені.

При проведенні оцінки за ступенем порушення рухових функцій у пацієнтів за шкалою Прохорової отримані наступні результати: у 35,3% хворих спостерігається I ступень порушення моторних функцій, у 29,4% – II ступень, III ступень ураження рухових функцій також спостерігався у 23,5 % пацієнтів, IV – у 11,75%. Хворих з останнім, V ступенем порушення рухової активності, в нашому дослідженні виявлено не було.

Хоча загальний відсоток хворих, у яких спостерігаються порушення рухової активності, відносно високий, але I–II ступень порушення моторних функцій (легкий парез) спостерігається у більшості пацієнтів (64,7%). У більшості таких хворих (52,9%), а також у всіх пацієнтів, які не мали порушень рухової функції, проведення реабілітаційних заходів починалося протягом перших двох діб після дебюту захворювання.

Якщо фізична реабілітація не проводиться з будь – якої причини, або її початок був відтермінований (відмова від госпіталізації в перші дні захворювання, пізні звертання за медичною допомогою), то загальний відсоток пацієнтів з порушенням рухової активності залишається приблизно таким самим, але співвідношення між ступенями порушення моторних функцій значно змінюється [2,9]. В проведеному нами дослідженні у всіх хворих, які мали IV ступень порушення рухової активності за шкалою Прохорової, а також у більшості хворих з III ступенем (17,6%) старт реабілітаційної програми був відтермінований з різних причин.

При проведенні аналізу скарг та даних, які були отримані з історій хвороб і завдяки клінічному спостереженню за хворими, у 41,2% пацієнтів відмічались порушення координації рухів та підвищення напруження м'язів (спастичність). Отримані нами показники співпадають з сучасними літературними даними, згідно з якими спастичність спостерігається у 27 – 43% хворих, які перенесли ішемічний інсульт головного мозку.

При проведенні оцінки рівня спастичності за шкалою Ашворта були отримані наступні результати: у 11,8% осіб, які перенесли мозковий ішемічний інсульт, спостерігалися прояви 1+ ступеню спастичності, 11,8% хворих мали прояви 2 ступеню спастичності, інші 17,65% пацієнтів – 3 ступеню спастичності. Хворих з останнім, 4 ступенем, в нашу дослідженні виявлено не було. У всіх пацієнтів з 3 ступеню спастичності реабілітаційні заходи починалися пізніше зазначених термінів (перші дві доби після дебюту захворювання). Це факт дає можливість зробити припущення, що ранній старт реабілітаційної програми зменшує прояви цього патологічного симптому у пацієнтів, але, на наш погляд, потребує подальшого вивчення, тому що спастичність розвивається поступово протягом 3–6 місяців і основні прояви цього патологічного симптому можуть виникнути поза межами стаціонару [5,6].

Перспективи подальших досліджень. Вважаємо перспективним подальше вивчення ранніх реабілітаційних впливів на розвиток спастичності у хворих на постстаціонарному етапі.

Література

1. Андріюк Л. В. Реабілітаційні заходи в гострому та ранньому відновному періоді інсульту: (Огляд літератури) / Л. В. Андріюк, І. В. Магулка // Фітотерапія. Часопис. – 2014. – №3. – С. 4–6.
2. Віничук С.М. Прогностичні фактори клінічного перебігу та наслідків гострого ішемічного інсульту / С.М. Віничук, В.О. Мохнач // Український медичний часопис. – 2008. – № 3 (65). – С. 29 – 36.
3. Галявич А. С. Современные подходы к профилактике инсультов / А. С. Галявич // Здоров'я України. – 2013. – Темат. номер «Кардіологія». – №4. – С. 22–23.
4. Глиняна О. А. Особенности физической реабилитации пациентов после перенесенного ишемического инсульта / О. А. Глиняна // Практична ангіологія. – 2013. – №3. – С. 69–71.
5. Комплексная реабилитация больных с постинсультной спастичностью руки в раннем восстановительном периоде инсульта / [Е. В. Костенко, Л. В. Петрова, П. А. Ганжула та ін.]. // Лечебное дело. – 2012. – №2. – С. 46–57.
6. Малахов В. А. Мышечная спастичность при органических заболеваниях нервной системы и ее коррекция / В. А. Малахов. // Международный неврологический журнал. – 2010. – №5. – С. 110–118.
7. Методика исследования двигательной функции на уровне повреждения – Тонусометрия [Електронний ресурс]. – 2011. – Режим доступу до ресурсу: <http://reabilitaciya.org/stacionar/205-metodika-issledovaniya-dvigatelnoj-funkcii-na-urovne-povrezhdeniya.html?start=5>.
8. Міщенко Т. С. Аналіз епідеміології цереброваскулярних хвороб в Україні / Т. С. Міщенко // Судинні захворювання головного мозку. – 2010. – № 3. – С. 2–9.
9. Родін В.О. Фізична реабілітація хворих після перенесеного ішемічного інсульту в ранньому відновлювальному періоді / В.О. Родін, Т.Г. Анатсьєва // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2011. – № 1. – С. 92–95.
10. Скрипніченко І. В. Фізична реабілітація хворих після перенесеного ішемічного інсульту / І. В. Скрипніченко // Молодіжний науковий вісник. – 2013. – № 2. – С.62–66.
11. Шахпаронова Н. В. Реабилитация больных, перенесших инсульт. Восстановление двигательных, речевых, когнитивных функций [Електронний ресурс] / Н. В. Шахпаронова, А. С. Кадыков, Е. М. Кашина // Журнал для врачей "Трудный пациент". – 2012. – Режим доступу до ресурсу: <http://t-patient.ru/articles/215/>.

Матеріали надійшли до редакції 06.12.2016 р.

ДЛЯ НОТАТОК

Навчальне видання

ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Матеріали II Всеукраїнської заочної
науково-практичної інтернет-конференції

Суми : Вид-во СумДПУ, 2016 р.
Свідоцтво №231 від 02.11.2000 р.

Відповідальний за випуск: ***М. О. Лянной***
Комп'ютерна верстка: ***Я. М. Копитіна***

Здано до складання 06.10.02016 р. Підписано до друку 28.11.2016.
Формат 60 x 84/16. Гарн. Arial. Папір друк. Друк ризогр.
Умовн.-друк. арк. 11,9. Обл.-вид. арк. 19,1.
Тираж 100. Вид. № 66.

СумДПУ імені А. С. Макаренка
40002, м. Суми, вул. Роменська, 87

Виготовлено на обладнанні СумДПУ імені А. С. Макаренка