

**ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ХЕРСОНСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВ'Я ТА СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ
ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА СПОРТУ**



**ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ ВАЛЕОЛОГІЇ,
ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА
РЕАБІЛІТАЦІЇ**

**Збірник наукових праць за матеріалами науково-
практичної конференції**

9 квітня 2009 року

ХЕРСОН - 2009

УДК 796.035: 383.1

ББК 75.1: 74.200.54

Проблеми сучасної валеології, фізичної культури та реабілітації. – Херсон: Видавництво ХДУ, 2009. – ,,, с.

У збірнику представлені результати наукових досліджень в галузі валеології, фізичної реабілітації, фізіології та лікувальної фізичної культури. Збірник адресований науковим співробітникам, викладачам вищих навчальних закладів, лікарям-санологам, інструкторам з лікувальної фізичної культури, фахівцям в області фізичної реабілітації та фізичної культури, аспірантам та студентам.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| Маляренко Ірина Валентинівна | - відповідальний редактор, зав. кафедри теорії та методики фізичного виховання Херсонського державного університету, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент |
| Ромаскевич Юрій Олексійович | - заст. відповідальний редактор, головний лікар Херсонського обласного центру здоров'я та спортивної медицини, кандидат медичних наук, доцент |
| Голяка Сергій Кіндратович | - відповідальний секретар, кандидат біологічних наук, доцент Херсонського державного Університету |
| Городинська Інна Володимирівна | - кандидат педагогічних наук, доцент Херсонського державного університету |
| Степанюк Світлана Іванівна | - кандидат наук з фізичного виховання та спорту |

збільшення тривалості фізичних навантажень типа „плато”, які у середньому тривають 15-20 хвилин. Збільшення ЧСС на „плато” навантаження на третьому етапі у порівнянні з станом спокою повинно наближатися до 55% у „слабкій” і до 65% у „сильній” групах. Співвідношення ЧСС „плато”: ЧСС максимально може досягати на цьому етапі 80-85%, середні показники ЧСС під час заняття коливаються в межах 65-75% у відношенні до порогової частоти серцевих скорочень у цих групах [2, 3, 5].

Після річного курсу тренувань групові заняття припиняються, хворим рекомендується самостійно продовжувати тренування у домашніх умовах. Тренуючи навантаження повинні бути нижче тих, які призначалися хворому в умовах проведення медичного контролю. З періодичністю 1 раз на 4-6 місяців хворих направляють на консультацію до кардіолога і інструктора ЛФК на чергову перевірку і корекцію фізичних навантажень [3, 5].

Висновки

1. Найкращою формою фізичної реабілітації хворих, які перенесли інфаркт міокарду на диспансерно-поліклінічному етапі, є тривалі контрольовані групові тренування.

2. До контрольованих групових тренувань на диспансерно-поліклінічному етапі реабілітації доцільно залучати хворих II і III функціональних класів.

3. Контрольовані групові тренувань тривають 9-10 місяців і складаються з трьох етапів.

Література

1. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Физическая активность и сердце. – К.: Здоров'я, 1984. – 232 с.
2. Гасилин В.С., Куликова Н.М. Поликлинический этап реабилитации больных инфарктом миокарда. – М.: Медицина, 1984. – 174 с.
3. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура: Учебн. пособие. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 560 с.
4. Мухін В.М. Фізична реабілітація. К.: Олімпійська література, 2000. – 422 с.
5. Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1988. – 228 с.
6. Физическая реабилитация / Под общей ред. проф. Попова. Изд. 3-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 608 с.

ПОКАЗНИКИ РІВНЯ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ СЛАБОЧУЧУЮЧИХ ДІТЕЙ СЕРЕДНЬОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

*Гацьова Л.С., Маляренко І.В.
Херсонський державний університет*

Постановка проблеми. За останнє двадцятиріччя кількість людей із вадами слуху в світі не зменшується і становить 4-6 %. Проблема реабілітації

інвалідів є однією з найгостріших у суспільстві.

Останнім часом широко розробляються шляхи вирішення проблеми фізичного виховання дітей з обмеженими можливостями. Зокрема, результати досліджень особливостей фізичного стану дітей з вадами слуху в останні роки зустрічаються в роботах І.Б. Грибовської, 1998; І.Б. Грибовської та М.В. Данилевич, 2003, Заєць Л.В., 2002 [1-3].

Аналіз останніх досліджень, публікацій. Встановлено, що порушення мовлення негативно впливає на психічний розвиток дитини, на розвиток її рухової діяльності та спілкування, на фізичний стан опорно-рухового апарату, координацію рухів. Дитячий вік є важливим періодом у фізичному розвитку, коли формується постава, починають розвиватися основні фізичні якості (сила, витривалість, спритність, гнучкість), формуються рухові вміння і навички, активізується рухова діяльність.

Наукові дослідження [1,2], педагогічний досвід та досвід батьків свідчать про те, що рух в цьому віці є природною потребою дітей. Обмеження рухової діяльності викликає затримку, а також відхилення у фізичному і розумовому розвитку дитини, приводить до труднощів у подальшому оволодіння тією чи іншою життєво необхідною навичкою [5]. Діти, які мало рухаються і мало бувають на свіжому повітрі, ростуть кволими, вередливими, швидко втомлюються. Вони не впевнені в своїх силах, нерідко їм важко вчитися в школі.

Дитина з порушенням слуху проходить всі ті ж стадії онтогенезу, що і дитина, яка чує добро. Відмінності полягають в темпах фізичного і психічного розвитку, кінцевому результаті і способах його досягнення. Розвиток особистості дитини, його фізичних здібностей і пізнавальної діяльності залежить від основного дефекту і вимагає більшого часу, та інших засобів і методів [4].

Поняття «фізичний розвиток» розуміють як сукупність ознак, що характеризують зовнішні показники «фізичного стану» організму на тому чи іншому етапі його фізичного розвитку (ріст, вага, спірометрія, динамометрія тощо).

Метою наших досліджень було дати оцінку рівня фізичного розвитку слабочуючих дітей середнього шкільного віку.

Виходячи з мети, нами були поставлені наступні **завдання**:

1. провести антропометричні і фізіологічні дослідження;
2. проаналізувати результати досліджень та на основі загальної оцінки дати характеристику рівня фізичного розвитку;

Дослідження проводилися в лабораторії медико-біологічних основ фізичної культури й спорту, кафедри теорії та методики фізичного виховання Херсонського державного університету, яку засновано на базі Херсонського обласного центру здоров'я і спортивної медицини, та в медичному кабінеті при школі-садок-інтернаті І ст.№29 м. Херсона.

Згідно поставлених мети та завдань нами було проведено дослідження фізичного розвитку 37 дітей з порушення слуху середнього шкільного віку, які живуть у школі-садочку-інтернаті №29 та навчаються у ЗОШ №48 м. Херсона.

З них 17 дівчаток та 20 хлопчиків (віком від 12 до 14 років).

Зрозуміло, що важливим критерієм оцінки фізичного стану дитини є рівень її фізичного розвитку.

Для надання певних рекомендацій щодо використання фізичних вправ оздоровчого напрямку необхідно спочатку визначити рівень фізичного розвитку дитини. Під фізичним розвитком людини розуміють комплекс морфологічних та фізичних якостей організму, що виявляють запас його фізичних сил. Із цього визначення очевидно, наскільки важливо вчителю фізичного виховання та тренеру вміти дослідити дітей, що займаються і оцінити їх фізичний розвиток.

Нами було проведено дослідження рівня фізичного розвитку дітей середнього шкільного віку з порушенням слуху, яке включало такі характеристики, як морфологічний стан (відповідність маси тіла до його довжини - індекс Кетле); параметри функціонального стану серцево-судинної системи (ЧСС, АТ, індекс Робінсона); функціональну характеристику дихальної системи (життєвий індекс); одну з характеристик фізичної підготовленості (силовий індекс) і характеристику фізичної працездатності (індекс Руф'є). Отримані в результаті досліджень данні дозволили підтвердити і розширити наукові уявлення з цієї проблеми.

Результати аналізу фізичного розвитку слабчующих дітей середнього шкільного віку показали деяку невідповідність і навіть відставання показників від антропометричних стандартів дітей, які чують нормально. Діапазон параметрів різних рівнів фізичного розвитку слабчующих дітей середнього шкільного віку представлений в таблиці 1.

Таблиця 1.

Кількісне співвідношення слабчующих дітей за рівнями фізичного розвитку

Групи обстеження	Хлопчики (n=20)			Дівчатка (n=17)		
	Вище середнього та високий	Середній	Нижче середнього та низький	Вище середнього та високий	Середній	Нижче середнього та низький
Індекс Кетле %	10%	20%	70%	11,8%	52,9%	35,3%
Життєвий індекс %	20%	50%	30%	-	29,4%	70,6%
Силовий індекс %	5%	-	95%	-	11,7 %	88,3%
Індекс Робінсона%	28,3%	33,5%	38,2%	40%	-	60%
Індекс	-	51%	49%	-	32%	68%

Руф'є %						
---------	--	--	--	--	--	--

За рівнями фізичного розвитку весь контингент досліджуваних був розподілений на три групи: вище середнього і високим - I рівнем, середнім - II рівнем, з низьким та нижче середнього - III рівнем.

Високий та вище середнього рівня по індексу Кетле мали 10 % хлопчиків та 11,8% - дівчаток, середній – 20% мають хлопчики та 52% - дівчата, нижче середнього та низький відповідно 70% хлопчики та 35,3 % дівчата. Особливу увагу привертає те, що вже у середньому шкільному віці, великий відсоток дітей мають низький і нижче середнього рівні росто-вагового індексу. Найнижчими виявились результати виконання дітьми функціональної проби Руф'є - 51 % хлопчаків мають середній рівень цього індексу, та 49 % нижче середнього та низький. У дівчат цей показник має такі значення - середній рівень 32 %, нижче середнього та низький - 68%. Реакція серцево-судинної системи на фізичне навантаження у дітей с порушенням слуху більш виражена, ніж у дітей, якічують, а процес відновлення повільніше.

Висновки

Таким чином, аналізуючи отримані результати можна відмітити, що фізичний розвиток слабочуючих дітей має свої особливості.

У школярів середнього шкільного віку з недоліками слуху відмічається середній та не високий рівень росто-вагового показника, що обумовлено початком періоду статевого розвитку. При цьому, ступінь напруження серцево-судинної системи залишається на не високому рівні, тоді як резервні можливості серцево-судинної і дихальної систем задовільні. Середніми та нижче середнього також є показник ЖЄЛ та силові показники кистьової динамометрії.

Данні аналізу фізичного розвитку слабочуючих дітей середнього шкільного віку, необхідно використовувати при складанні програми фізичної реабілітації, дозуванні фізичних навантажень на уроках фізичної культури під час позашкільних занять та при проведенні оперативного, текучого та етапного контролю. Це дасть змогу індивідуалізувати та диференціювати фізичні навантаження.

Література:

1. Грибовська І.Б., Данилевич М.В. Оздоровча програма з фізичного виховання для вчителів фізичної культури. // Новітні медико-педагогічні технології зміцнення та збереження здоров'я учнівської молоді: Навч. - метод. посіб. для учителів фіз. культури. - Львів: Українські технології, 2003. - С. 4-14.
2. Грибовська І.Б. Комплексна оцінка функціонального стану вестибулярної сенсорної системи глухих дітей та його корекція в процесі фізичного виховання. / Автореферат дис. ... канд. наук з фізичного виховання та спорту. - Луцьк, 1998. - 17 с.
3. Заєць Л.В. Комплексна оцінка стану соматичного здоров'я дітей старшого дошкільного віку. // Молода спортивна наука України: Зб. наук. праць в

- галузі фізкультури та спорту. - Вип.6. - Львів: Панорама, 2002. - Т.1. - С.252-254.
4. Програми з фізичного виховання у школі для глухих дітей (5-10 –ті класи). - Київ, 1997. - 56 с.
 5. Сергієнко Л.П. Тестування рухових здібностей школярів. – К.: Олімпійська література, 2001. - С 225.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Бондар Г.І.

Клінічна лікарня Суворовського району, м. Херсон

Серцево-судинна патологія займає перше місце в структурі захворюваності і смертності населення в економічно розвинутих країнах.

На долю кардіоваскулярної патології припадає 52-55% усієї смертності (1).

Дуже непокоїть той факт, що в Україні показники смертності від хвороб системи кровообігу у 3-5 разів вище ніж в інших економічно розвинутих країнах (2).

Безперечно, що джерела виникнення серцево-судинних хвороб у дорослих відносяться до дитячого та підліткового віку.

Враховуючи високу розповсюдженість артеріальної гіпертензії серед дорослого населення удосконалення профілактики і лікування артеріальної гіпертензії у дітей і підлітків має первинне значення для покращення стану здоров'я і подовження життя дорослих.

Під спостереженням перебувало 28 підлітків віком від 11 до 16 років.

Всіх дітей до лікування непокоїв головний біль, запаморочення, дратівливість, кардіалгії, серцебиття, неспокійний сон вночі.

При об'єктивному обстеженні було виявлено артеріальну гіпертензію, помірну тахікардію, приглушеність тонів серця, акцентування другого тону на аорті, холодні кінцівки, головний біль. У більшості хворих він спостерігався у другій половині дня, частіше після психоемоційного перенапруження в скроневій та лобній частці й мав стискаючий, давлячий характер. У третини хворих психологом було виявлено високу ситуативну і особисту тривожність, втрату інтересу до життя, схильність до депресії.

Обстеження проведено з використанням загально клінічних методів, кардіоінтервалографії, реоенцефалографії, добового моні торування артеріального тиску і серцевої діяльності, психологічного тестування.

Серед досліджених два підлітка мали II юнацький розряд з важкої атлетики.

Курс лікування був направлений на мобілізацію саногенетичних ресурсів організму і становив у стаціонарі 12-15 діб. Лікування включало: санацію хронічних вогнищ інфекції, медикаментозну терапію (вітаміни, ноотропи,

Бевзюк В.В. Кириленко Антонина, Сорокина Наталья АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ С ТРАВМОЙ СПИННОГО МОЗГА.....	
Бевзюк В.В., Лелеко Марина ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ РИТМІЧНОЇ ГІМНАСТИКИ НА ЗАНЯТТЯХ У МОЛОДШОМУ ШКІЛЬНОМУ ВІЩІ.....	
Березовський А. П., Дронникова Т. А, Сахно Н. Е. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ МАССАЖА ВО ВТОРОЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ТОТАЛЬНОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ СОСУДОВ ЛЕВОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.....	
Березовский А. П., Бондаренко Л. Б., Савицкий В. Н. САМОМАССАЖ В ПОСТЕЛИ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ И ЛЕНИВЫХ	
<u>Бринзак В.П., Кондратюк Юрій</u> <u>МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОРГАНІЗМУ ЮНАКІВ ТА</u> <u>ЇХ ЗМІНИ ПІД ВПЛИВОМ ЗАНЯТЬ АТЛЕТИЧНОЮ ГІМНАСТИКОЮ.....</u>	
<u>Возний С.С.</u> ОРГАНІЗАЦІЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДУ НА ДИСПАНСЕРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ.....	
Гацосва Л.С., Маляренко І.В. ПОКАЗНИКИ РІВНЯ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ СЛАБОЧУЧУЮЧИХ ДІТЕЙ СЕРЕДНЬОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ	
Голяка С.К., Галицька Н.Є., Ключко Тетяна ВАЛЕОЛОГО-ГІГІЄНІЧНА ОСВІТА ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЗОРУ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	
Голяка С.К., Тертичний Іван КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я УЧНІВ.....	
Городинська І.В., Монька Олександр РОЗВИТОК ГНУЧКОСТІ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ДОШКІЛЬНОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ.....	
Гришко Т.П., Антощенко А.Ю. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПІДЛІТКІВ 15-16 РОКІВ.....	
Дацків А.В., Івасик Н.О. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ.....	
Дорошенко В.В., Богдановська Н.В., Маліков М.В. ЗАСТОСУВАННЯ СТЕП-АЕРОБІКИ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ВЕГЕТО-СУДИННОЮ ДИСТОНІЄЮ.....	
Зайченко В.Й., Коваль В.Ю. ВПЛИВ РІЗНИХ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ НА РОЗВИТОК ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ СТУДЕНТІВ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ У ГУРТОЖИТКАХ.....	