

Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»



МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ  
РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ, ЕРГОТЕРАПІЇ, ІНКЛЮЗИВНОЇ ТА  
СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

Матеріали III науково-практичної конференції



Луцьк, 2018

Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»



**МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО  
ВИХОВАННЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ, ЕРГОТЕРАПІЇ,  
ІНКЛЮЗИВНОЇ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

**Матеріали III науково-практичної конференції**

Луцьк, 2018

УДК 376:57.02:796:615.825.1(477)

М42

Медико-біологічні проблеми фізичного виховання різних груп населення, ерготерапії, інклюзивної та спеціальної освіти : матеріали III наук.-практ. конф. (м. Луцьк, 31 січ. 2018 р.) / ред. В. В. Чижик. – Луцьк : ПВД «Твердиня» 2018. – 100 с.

Збірник розкриває актуальні проблеми фізичного виховання та спорту у різних типах навчальних закладів. Висвітлено фізіологічні, медичні та психологічні питання, технології навчання здорових людей та осіб з обмеженими фізичними можливостями; фізичної терапії, ерготерапії, фізичної реабілітації різних соціальних груп населення. Стан та перспективи залучення, профорієнтації, адаптації і супроводу осіб з фізичними потребами у студентському середовищі та подальше їх працевлаштування у суспільстві.

Збірник розрахований на викладачів, вчителів, фахівців з фізичного виховання, реабілітологів, тренерів.

#### **Рецензенти:**

**Дем'янчук О. Н.** доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри методики викладання мистецьких дисциплін Кременецької гуманітарно-педагогічної академії імені Тараса Шевченка

**Лях Ю. Є.** доктор біологічних наук, професор, завідувач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації Східноєвропейського національного університету ім. Лесі Українки, керівник Волинського центру допомоги учасникам АТО та членам їх сімей

***Видається за рішенням вченої ради Луцького інституту розвитку людини  
Університету «Україна» (протокол № 4 від 24 січня 2018 року)***

## ЗМІСТ

<b>ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ III НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ: 8</b>	
<b>ПРОГРАМНИЙ КОМІТЕТ III НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ .....</b>	<b>9</b>
<b>РОЛЬ ФАРМАКОЛОГІЇ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ О. Я. Андрійчук.....</b>	<b>10</b>
<b>ВПЛИВ ЗАНЯТЬ СПОРТИВНИМИ ІГРАМИ НА ФІЗИЧНУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ ХЛОПЦІВ-ПІДЛІТКІВ Ю. М. Андрійчук.....</b>	<b>11</b>
<b>МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ О. С. Вакулч.....</b>	<b>13</b>
<b>ДІАГНОСТУВАННЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ФУНКЦІЙ У СТУДЕНТІВ ЗА КОМП'ЮТЕРНОЮ ПРОГРАМОЮ «ДІАГНОСТ-1М» І. Р. Воличенко, О. Б. Спринь .....</b>	<b>15</b>
<b>СТАТИЧНА ДЕФОРМАЦІЯ СТУПНІВ, ЯК ОДНА З ФОРМ ПАТОЛОГІЇ СТОПИ В. В. Волощишина.....</b>	<b>16</b>
<b>ТИПОЛОГІЯ ОЛІГОФРЕНІЇ ТА ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ С. В. Гайдук.....</b>	<b>18</b>
<b>ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ВЕКТОРКАРДІОГРАФІЇ ЗАДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ІНТЕНСИФІКАЦІЇ ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ТА СПОРТИВНОГО ВІДБОРУ У ДИТЯЧО-ЮНАЦЬКИХ СПОРТИВНИХ ШКОЛАХ Л. Ю. Гапонова, В. В. Соколов .....</b>	<b>19</b>
<b>ПРИСТОСУВАННЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ФУНКЦІЙ СТУДЕНТІВ РІЗНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ ТА ВУЗІВ ДО НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ І. Д. Глазирін, В. О. Архипенко, В. М. Глазиріна .....</b>	<b>21</b>
<b>ЗМІНА ВМІСТУ В КРОВІ ФЕРМЕНТІВ АЛТ АСТ У ЖІНОК 18-21 РОКІВ В УМОВАХ ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ВИДІВ ФІТНЕСУ І. В. Головченко, А. І. Боднар.....</b>	<b>22</b>
<b>ОЗДОРОВЧЕ ЗНАЧЕННЯ СПОРТИВНОГО ТУРИЗМУ ДЛЯ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В. А. Голуб, С. М. Сиротюк .....</b>	<b>23</b>
<b>ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ УЧНІВ ЯК ПЕРЕДУМОВА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ У ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ С. К. Голяка, О. В. Мельничук, В. В. Обозна.....</b>	<b>24</b>
<b>ПІДВИЩЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ - НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ В. І. Гордійчук.....</b>	<b>26</b>
<b>МЕТОДИКА ВИКОРИСТАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ Н. Б. Грейда 28</b>	
<b>СТАН ЗДОРОВ'Я ГІМНАЗИСТІВ В УМОВАХ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ О. М. Гурковський.....</b>	<b>29</b>

<b>ДІЯЛЬНІСТЬ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗСУ В УМОВАХ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА СХОДІ УКРАЇНИ</b> О. Й. Дем'янюк	<b>31</b>
<b>ВОДНИЙ ТУРИЗМ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ</b> В. І. Довгаль, Г. В. Кедрич, О. О. Ястремський	<b>33</b>
<b>ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ</b> А. І. Гурова	<b>34</b>
<b>ВЛАСТИВОСТІ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В УМОВАХ ЗОРОВОЇ ДЕПРИВАЦІЇ</b> Ю. В. Загайкан, О. Б. Спринь, О. М. Криль	<b>35</b>
<b>НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ПІДГРУНТЯ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТЬ СТРЕТЧИГОМ У ШКОЛАХ</b> Б. Р. Задворний	<b>37</b>
<b>ПРАВО НА ОСВІТУ В ІНКЛЮЗИВНОМУ СУСПІЛЬСТВІ</b> О. Ю. Закусило	<b>38</b>
<b>ВИЗНАЧЕННЯ ГОТОВНОСТІ СТУДЕНТІВ-БАКАЛАВРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «БІОЛОГІЯ» ДО МАЙБУТНЬОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ</b> О. П. Запорожець	<b>40</b>
<b>ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ М'ЯЗОВОЇ ТКАНИНИ ТА ПЕРЕБІГУ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ</b> В. І. Каплун	<b>41</b>
<b>ОСНОВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ</b> І. О. Киричук	<b>42</b>
<b>ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ УПРОДОВЖ НАВЧАЛЬНОГО РОКУ</b> С. О. Коваленко	<b>44</b>
<b>ВПЛИВ ВПРАВ СИСТЕМИ ПЛАТЕСА НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ХРЕБТА У ЖІНОК ІЗ ПОПЕРЕКОВИМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ</b> Т. П. Козій	<b>45</b>
<b>ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НЕРВОВО-М'ЯЗОВОГО АПАРАТУ ВИСОКОКВАЛІФІКОВАНИХ СПОРТСМЕНІВ-ГРЕБЦІВ У ПІДГОТОВЧОМУ ПЕРІОДІ</b> О. В. Колосова, Т. О. Халявка	<b>47</b>
<b>ЕРГОТЕРАПІЯ ЯК КОМПОНЕНТ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ</b> А. М. Коньков	<b>48</b>
<b>ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ТА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ: ПРОГРАМА ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ РОБОТИ</b> М. О. Коць, А. М. Тучак	<b>49</b>
<b>СУЧАСНІ ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ШКОЛЯРІВ СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ГРУП</b> І. В. Кравець	<b>50</b>

<b>ФІЗІОЛОГІЧНА РЕАКТИВНІСТЬ ЯК ОСНОВА ІНДИВІДУАЛЬНИХ ВІДМІННОСТЕЙ СПОРТСМЕНІВ</b>	<b>О. М. Лисенко</b> .....	<b>52</b>
<b>ОНТОГЕНЕЗ І АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ</b>	<b>В. К. Литвиненко</b> .....	<b>53</b>
<b>ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ДИХАННЯ</b>	<b>В. В. Литнянчин</b> .....	<b>55</b>
<b>ВИЩА НЕРВОВА ДІЯЛЬНІСТЬ У СПОРТСМЕНІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ ЇХ КВАЛІФІКАЦІЇ ТА ВІКУ</b>	<b>М. В. Макаренко, В. С. Лизогуб, В. Л. Савицький, В. В. Чижик</b> .....	<b>57</b>
<b>ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОШКОДЖЕННІ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ</b>	<b>В. А. Мисик</b> .....	<b>58</b>
<b>ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СЕРЦЕВОГО ТА ДИХАЛЬНОГО РИТМІВ</b>	<b>В. В. Олійник</b> .....	<b>59</b>
<b>ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ</b>	<b>О. С. Письмак</b> .....	<b>61</b>
<b>ВПЛИВ КОРЕКЦІЇ ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ НА СТАН ГЕМОДИНАМІКИ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ</b>	<b>О. І. Плиска, В. В. Лазоришинець, В. В. Рогозін</b> .....	<b>64</b>
<b>ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ</b>	<b>Л. М. Полщук</b> .....	<b>64</b>
<b>ЛОГОПЕДИЧНА РИТМІКА ЯК ЗАСІБ ЛОГОПЕДИЧНОГО, МУЗИЧНО-РИТМІЧНОГО ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ</b>	<b>Т. М. Походій</b> .....	<b>66</b>
<b>ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО СТАНУ ШКОЛЯРІВ</b>	<b>А. О. Ревчук</b> .....	<b>68</b>
<b>ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ АЛЬФА-ТОКОФЕРОЛУ В КОРЕКЦІЇ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН В АДЕНОГІПОФІЗАРНО-НАДНИРКОВІЙ СИСТЕМІ ЗА УМОВ ДІЇ ЧЕРВОНОГО ШЛАМУ</b>	<b>І. М. Рожков, О. Ю. Чумаченко</b> .....	<b>70</b>
<b>ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ПОТРІЙНОГО СТИБКА ЗА ДОПОМОГОЮ МНОЖИННОЇ ЛІНІЙНОЇ РЕГРЕСІЇ</b>	<b>В. П. Романюк, С. І. Савчук, Т. О. Савчук, М. О. Маневський</b> .....	<b>71</b>
<b>ПРОСТОРОВА ЛОКАЛІЗАЦІЯ ДЖЕРЕЛ ВИКЛИКАНОЇ АКТИВНОСТІ У ФУТБОЛІСТІВ ТА СПРИНТЕРІВ</b>	<b>А. П. Романюк, Т. Я. Шевчук, О. І. Резнік</b> .....	<b>72</b>
<b>ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ В ПСИХОФІЗИЧНОМУ РОЗВИТКУ В УМОВАХ ДОШКІЛЬНОГО ЗАКЛАДУ</b>	<b>Т. А. Русінчук</b> .....	<b>74</b>

<b>ДОСЛІДЖЕННЯ ЗРІВНОВАЖЕНОСТІ НЕРВОВИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ</b> <b>С. СІБАРОВ, О. Б. СПРИНЬ .....</b>	<b>75</b>
<b>МАСАЖ У СПОРТІ</b> <b>А. В. СІВЕР.....</b>	<b>76</b>
<b>ПЛАВАННЯ – ПРОГРАМА ДЛЯ ЗДОРОВОГО ЖИТТЯ</b> <b>Л. Ю. СІДЛЕЦЬКА ..</b>	<b>77</b>
<b>ПРОБЛЕМИ СТАНУ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА СПОРТУ</b> <b>СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ</b> <b>О. В. СОКОЛЮК, О. В. КРАСНЦЬКА .....</b>	<b>79</b>
<b>ДІАГНОСТУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ РУХЛИВОСТІ ПІВКУЛЬ</b> <b>ГОЛОВНОГО МОЗКУ СЕНСОРНОДЕПРИВОВАНИХ ДІТЕЙ</b> <b>О. Б. СПРИНЬ,</b> <b>І. А. БОНДАРЧУК, Г. С. ХАРЧЕНКО .....</b>	<b>81</b>
<b>ПРОБЛЕМА ФОРМУВАННЯ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ ОРГАНІЗМУ</b> <b>ЛЮДИНИ ПРИ ТРИВАЛИХ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕННЯХ</b> <b>О. М. ТУПАЙЛО.....</b>	<b>82</b>
<b>МЕТОДИКА НАВЧАННЯ КООРДИНАЦІЙНИМ ВПРАВАМ УЧНІВ</b> <b>МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО</b> <b>РОЗВИТКУ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ</b> <b>О. А. ТУЧАК,</b> <b>В. П. РОМАНЮК .....</b>	<b>84</b>
<b>ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ</b> <b>СПОРТСМЕНІВ-ВЕЛОСИПЕДИСТІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ МОБІЛІЗАЦІЇ В</b> <b>РЕАКЦІЇ НА РУХОМИЙ ОБ'ЄКТ</b> <b>С. В. ФЕДОРЧУК, О. М. ЛИСЕНКО .....</b>	<b>85</b>
<b>ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ОРТОПЕДИЧНІЙ КЛІНІЦІ</b> <b>К. Р. ХРАМЧЕНКО .....</b>	<b>86</b>
<b>ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ ІНТЕРЕСУ ДО ВИКОНАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ</b> <b>А. В. ЦЬОСЬ.....</b>	<b>88</b>
<b>МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ТА РУХОВИЙ РОЗВИТОК ПІДЛІТКІВ</b> <b>ЗАЛЕЖНО ВІД ТЕМПІВ ЇХ БІОЛОГІЧНОГО РОЗВИТКУ</b> <b>В. В. ЧИЖИК.....</b>	<b>90</b>
<b>ОСОБЛИВОСТІ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ З ДІТЬМИ</b> <b>ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ МАЮТЬ МОВНІ ПОРУШЕННЯ</b> <b>І. О. ЧИЖИК</b>	<b>93</b>
<b>ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ «ІНВАСПОРТУ» ТА ПАРАЛІМПІЙСЬКОГО РУХУ НА</b> <b>ВОЛИНІ</b> <b>А. О. ШВОРАК, В. Д. ГАЩИН .....</b>	<b>95</b>
<b>ТИПОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНИХ СТУДЕНТІВ</b> <b>Я. Л. ЯКИМОВА,</b> <b>Д. О. САВЕНКО .....</b>	<b>96</b>

## **ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ III НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ:**

### **Голова організаційного комітету:**

*Макаренко Микола Васильович*, завідувач кафедри фізичної реабілітації та соціального забезпечення Луцького інституту розвитку людини Університету «Україна», доктор біологічних наук, професор.

### **Члени організаційного комітету:**

*Чижик Віктор Васильович*, кандидат біологічних наук, професор, професор кафедри фізичної реабілітації та соціального забезпечення Луцького інституту розвитку людини Університету «Україна» (*відповідальний редактор*);

*Андрійчук Юліана Миколаївна*, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент кафедри фізичної реабілітації та соціального забезпечення Луцького інституту розвитку людини Університету «Україна».

*Гордійчук Віктор Іванович*, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент кафедри фізичної реабілітації та соціального забезпечення Луцького інституту розвитку людини Університету «Україна».

*Романюк Альона Павлівна*, асистент кафедри фізичної реабілітації та соціального забезпечення Луцького інституту розвитку людини Університету «Україна».

*Резнік Олег Ігорович*, асистент кафедри фізичної реабілітації та соціального забезпечення Луцького інституту розвитку людини Університету «Україна».



## ПРОГРАМНИЙ КОМІТЕТ III НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

### Голова програмного комітету:

*Макаренко Микола Васильович*, завідувач кафедри фізичної реабілітації та соціального забезпечення Луцького інституту розвитку людини Університету «Україна», доктор біологічних наук, професор.

### Члени програмного комітету:

*Адирхасєв Сослан Георгійович*, директор Інституту соціальних технологій, завідувач кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Інституту соціальних технологій Університету «Україна», доктор педагогічних наук, професор;

*Коробейніков Георгій Валерійович*, завідувач кафедри біомеханіки та спортивної метрології Національного університету фізичного виховання і спорту України, доктор біологічних наук, професор;

*Лизогуб Володимир Сергійович*, директор Науково-дослідного інституту фізіології імені Михайла Босого Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького, доктор біологічних наук, професор;

*Плиска Олександр Іванович*, завідувач кафедри анатомії, фізіології та шкільної гігієни Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова, доктор медичних наук, професор;

*Поляков Олександр Анатолійович*, завідувач кафедри фізіології Київського медичного університету, доктор медичних наук, професор;

*Рожков Ігор Миколайович*, директор Інституту фізичної культури та спорту Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського, доктор біологічних наук, професор;

*Цьось Анатолій Васильович*, перший проректор, проректор з адміністрування та розвитку Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки, доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор;

*Чайковський Михайло Євгенович*, ректор Хмельницького інституту соціальних технологій, доктор педагогічних наук, професор.

## РОЛЬ ФАРМАКОЛОГІЇ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ

О. Я. Андрійчук

*Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки м. Луцьк*

Спеціальність «Фізична терапія», за якою здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, була введена до переліку галузі знань «Охорона здоров'я» у 2017 році. З 2015 року їй передувала спеціальність «Фізична реабілітація». Змістовне наповнення цих термінів, на сьогоднішній день регламентується чинним законом України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», де зазначається, що фізична реабілітація - система заходів, спрямованих на вироблення і застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування і реабілітації, що забезпечують функціональне відновлення особи, виявляють і розвивають резервні й компенсаторні можливості організму шляхом вироблення нових рухів, компенсаторних навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення. У зазначеному визначенні акцент направлений на застосування фізичних вправ. Згідно з формулою у паспорті спеціальності «Фізична реабілітація», з якої присуджуються наукові ступені, фізична реабілітація - галузь науки, що вивчає теоретичні, практичні та методичні проблеми корекції рухових дисфункцій людини при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату, а також нервової, дихальної і серцево-судинної систем з використанням фізичних вправ, масажу, праце- та механотерапії під час стаціонарного та амбулаторного лікування різноманітних травм та захворювань, проведення занять у реабілітаційних центрах та реалізації реабілітаційних програм за місцем проживання. У наведеному трактуванні, окрім фізичних вправ, мова йде про масаж, працетерапію та механотерапію.

Щодо терміну «фізична терапія», то у сучасних медичних підручниках, «терапія» трактується як галузь медицини, яка вивчає захворювання внутрішніх органів, що лікуються консервативними методами. Основними складниками комплексу таких методів є руховий режим, дієтотерапія та медикаментозне забезпечення. В Академічному тлумачному словнику української мови, термін «терапія» пояснює лікування внутрішніх хвороб лікарськими засобами або фізичними методами, сукупність таких методів.

Таким чином, виникає необхідність вивчення студентами спеціальності «Фізична терапія» фармакології як обов'язкової дисципліни. Адже, в сучасному тлумаченні - фармакологія це комплексна наука, що вивчає дію на здорові та хворі організми лікарських засобів. Лікарський засіб – це будь-яка речовина або комбінація речовин, що має властивості та призначена для лікування або профілактики захворювань у людей, чи будь-яка речовина або комбінація речовин, яка може бути призначена для відновлення, корекції чи зміни фізіологічних функцій у людини. (Закон України «Про лікарські засоби»).

Отже, до професійних компетентностей випускників спеціальності «Фізична терапія» повинні входити знання і вміння щодо медикаментозного супроводу процесу відновного лікування.

# ВПЛИВ ЗАНЯТЬ СПОРТИВНИМИ ІГРАМИ НА ФІЗИЧНУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ ХЛОПЦІВ-ПІДЛІТКІВ

Ю. М. Андрійчук

*Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

Під фізичною працездатністю розуміють здатність людини проявити максимум фізичного зусилля під час статичної, динамічної або змішаної роботи [2]. Фізична працездатність у широкому значенні є інтегральним вираженням можливостей людини та характеризує її здоров'я. У вузькому значенні фізичну працездатність розглядають як функціональні можливості кардіореспіраторної системи.

Було обстежено 380 школярі 14-16 років. Контрольну групу (282) становили школярі, які займаються фізичною культурою за шкільною програмою, за станом здоров'я віднесені до основної медичної групи. Експериментальну групу (98) склали школярі, що займаються волейболом зі спортивним стажем від одного до трьох років. Фізична працездатність визначалась за показниками субмаксимального тесту  $PWC_{170}$  та МСК.

Статистично значимо кращими були показники абсолютної фізичної працездатності, максимального споживання кисню були в хлопців, які займалися волейболом у всіх вікових групах, але мали тенденцію до зниження. Вивчення фізичної працездатності виявило її погіршення з віком у волейболістів та практично не змінний характер у не спортсменів. МСК на одиницю маси тіла з віком зменшувалось більше у спортсменів в порівнянні з не тренуваними.

На думку І. В. Ауліка [2], без даних про фізичну працездатність дітей і підлітків, не можливо судити про їх стан здоров'я та фізичний розвиток. Кількісне визначення фізичної працездатності, перш за все, необхідне при організації фізичного виховання дітей і підлітків різних вікових груп, при відборі, плануванні і прогнозуванні навчально-тренувальних навантажень спортсменів.

В літературі наявні публікації, які присвячені питанню фізичної працездатності дітей та підлітків [1; 2; 3; 4; 5; 8]. За даними В. Л. Карпмана і співав. [4] величина  $PWC_{170}$  значною мірою залежить від тренуваності та спортивної спеціалізації і у різних контингентів коливається в широких межах. Вважається, що систематична м'язова діяльність приводить до досягнення високих значень  $PWC_{170}$  [1; 8], гіпокінезія, навпаки, викликає зниження показників  $PWC_{170}$  [2].

Літературний аналіз свідчить, що на сьогодні досить широко висвітлені питання вікових та статевих особливостей МСК у школярів [5; 7].

Отже, вивчення фізичної працездатності є важливим показником функціонального стану дітей та підлітків які займаються спортом і є важливим критерієм спортивного відбору у спортивних іграх, зокрема у волейболі.

Абсолютні показники фізичної працездатності та рівень максимального споживання кисню волейболістів у період з 14 до 16 років статистично значимо вищі у кожній віковій групі в порівнянні з не спортсменами. Також ці показники у

вказаний період зростають як у не тренованих так і у волейболістів, але у спортсменів меншими темпами ніж у не тренованих.

Відносні показники фізичної працездатності та рівня споживання кисню у спортсменів з віком з 14 до 16 років знижується. Відносні показники фізичної працездатності за тестом PWC<sub>170</sub> на 11,4%. Причому з 14 до 16 років зниження працездатності особливо інтенсивне ( $p < 0,001$ ). Тоді як у не тренованих спостерігається достовірно значимий період інтенсивного збільшення відносної фізичної працездатності за тестом PWC<sub>170</sub> з 14 до 15 років ( $p < 0,05$ ) на 7,4%. МСК на одиницю маси тіла знижується на 25,4% в порівнянні з не тренованими (4,6%). Між показниками двох груп спостерігалась статистично значима різниця ( $p < 0,001$ ) у 14 років, ( $p < 0,001$ ) у 15 років та ( $p < 0,01$ ) у 16 років відповідно.

Показники відносної фізичної працездатності, максимального споживання кисню хлопців, які займались волейболом у всіх вікових групах мали тенденцію до зниження.

### Список використаних джерел

1. Апанасенко Г. Л. Эволюция биоэнергетики и здоровья человека / Г. Л. Апанасенко. – СПб.: Петрополис, 1992. – 123 с.
2. Аулик И. В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте / И. В. Аулик – М.: Медицина, 1990. – 192 с.
3. Іваськів Б. Спеціалізовані класи спортивного профілю загальноосвітніх шкіл як ефективна форма зміцнення здоров'я учнів і підготовки юних спортсменів // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві / Б. Іваськів, Б. Бучинський– Луцьк: Медіа, 1999. – С. 372-376.
4. Карпман В. Л. Исследование физической работоспособности у спортсменов / В. Л. Карпман, З. Б. Белоцерковский, И. А. Гудков – М.: Физкультура и спорт, 1974. – 95 с.
5. Корниенко И. А. Характеристика энергетического обмена // Физиология подростка / И. А. Корниенко, И. И. Гохлит, В. Д. Сонькин – М.: Педагогика, 1988. – С. 71-94.
6. Навакатилян А. О. Влияние гиподинамии и нервно-эмоционального напряжения на физическую работоспособность // Физиол. журн. / А. О. Навакатилян, В. А. Бузунов, В. Тим и др. – 1986. – №3. – С. 278-284.
7. Тихвинский С. Б. Аэробная производительность // Детская спортивная медицина: Руководство для врачей / Тихвинский С. Б., Бобко Я. Н. / Под ред. С. Б. Тихвинского. С. В. Хрущева. – М.: Медицина, 1991. – С. 273-281.
8. Чижик В. В. Визначення фізичної працездатності школярів і спортсменів: метод. рекомендації / В. В. Чижик– Луцьк: Вежа, 1999. – 36 с.

# МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ

## О. С. Вакуліч

*Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

Одним із ефективних засобів в системі комплексного лікування БА у дітей є фізична реабілітація [7]. Вплив фізичних вправ на організм дитини з БА дуже багатогранний та ефективний [3]. Фізичні вправи, які використовуються як засіб фізичної реабілітації, активно впливають на центральну нервову систему та її рефлекторні механізми [6], підвищують загальну опірність організму [3]. Під час занять фізичними вправами у кров дитини поступає велика кількість гормону наднирників - адреналіну, який розширює бронхи чи сприяє зменшенню їх звуження [10].

За кордоном розробляються різні програми для реабілітації дітей з БА, викликаною фізичним навантаженням. Програми засновані на використанні різноманітних фізичних вправ (біг, стрибки, хода, гімнастичні вправи) які підвищують толерантність хворих бронхіальною астмою до фізичних навантажень [8]. Програми з фізичної реабілітації складаються індивідуально для кожного пацієнта, враховуючи тривалість перебігу хвороби, використання інгаляційної терапії, відсутність чи нерегулярність занять фізичною культурою.

*Дихальна гімнастика.* В останні роки привертають увагу спеціальні дихальні вправи з опором чи затримкою дихання, ціллю яких є зняття чи попередження розвитку приступу БА [1]. Спроба довільного керування диханням з лікувальною метою відома давно, широко використовувалась йогою і лежить в основі різних комплексів і методів дихальної гімнастики [9].

*Водні процедури.* Дуже корисні для хворих на бронхіальну астму водні процедури. Обливання стоп щодня прохолодною водою, починаючи з  $t=32^{\circ}\text{C}$  і в подальшому з поступовим зниженням до  $10^{\circ}\text{C}$  та наступним розтиранням стоп грубим рушником до почервоніння – добрий спосіб тренування рецепторно-судинного апарату слизової носа і верхніх дихальних шляхів, окрім того розпочинати цю форму загартовування можна навіть у дітей у приступодібному періоді (важливо тільки, щоб цю форму загартовування проводила людина, яка за нею доглядає) [4]. У міжприступовому періоді дитина проводить процедуру самостійно, але з боку оточуючих повинен бути контроль.

Більш ефективними формами загартовування є душ, ванна, купання в природних водоймах [2]. Температура води знижується при процедурах загартовування залежно від суб'єктивних відчуттів дитини: процедури бадьорять, освіжають, збуджують дитину; не повинно бути втоми, кволості, ціанозу шкіри і слизових, ознобу та інших неприємних відчуттів.

*Масаж* Велике значення для хворого бронхіальною астмою має масаж. В основі механізму дії масажу лежать складні взаємообумовлені рефлекторні, нейрогуморальні і нейроендокринні процеси, які регулюються вищими відділами ЦНС. Під дією

масажу у дітей ліквідується спазм бронхіальної системи, збільшується рухливість діафрагми і грудної клітки, покращується кровообіг, підвищується еластичність грудної клітки. Тому для попередження і ліквідації приступу БА, масажу відводиться одна із ведучих ролей.

При лікуванні БА використовують різні методики масажу, такі як: класичний, сегментарний, апаратний, точковий, тощо [5].

Отже, застосування спеціальних фізичних вправ підвищує тонус м'язів бронхів, знімає їх спазм, відновлює та покращує їх продуктивність в зв'язку зі зменшенням набряку слизової та евакуації мокроти. Крім того виконання цих вправ попереджає розвиток таких ускладнень як пневмонія, емфізема, деформація грудної клітки, порушення постави та сприяє їх відновленню, якщо вони наявні.

### Список використаних джерел

1. Бокша В.Г. Нарушение дыхательной функции при бронхолегочных и сердечно-сосудистых заболеваниях / Бокша В.Г. – К. : Здоровья, 1991. – 196 с.
2. Волин. Йога обретаемой красоты / Волин, Митчел, Филен. – М. : Тоза, 1991. – 46 с.
3. Жевага С. Вплив сім'ї на фізичне виховання та психічний розвиток підлітків / С. Жевага // Фізичне виховання в школі. – 2000. – № 2. – С.30-33.
4. Кондратьев В.О. Формування серцево-судинних ускладнень у дітей з хронічними бронхолегеневими захворюваннями / В.О. Кондратьев // Медичні перспективи. – 2000. – Т. 5, № 4. – С.106-109.
5. Мягков И.И. Хронический бронхит /И.И. Мягков, П.С. Назар. – К. : Здоровья, 1991. –160 с.
6. Основы валеологии / [под ред. В.П. Соломина, Л.П. Макаровой, Л.А.Поповой]. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 1999. – 205 с.
7. Острополец С.С. Средняя школа как база сохранения и укрепления здоровья / [С.С. Острополец, Н.В. Нагорная, В.И. Дмитрук, В.В. Седнев] // Сучасні досягнення валеології та спортивної медицини : Тези доп. IV Всеукр. наук.-практ. конф., лютий 1999 р. – Одеса, 1999. – С.30.
8. Пешкова О.В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів / Пешкова О.В. – Харків : ХадіФК, 2000. – 216 с.
9. Рыбак И.М. Организация занятий по физическому воспитанию детей и подростков, отнесённых к специальной медицинской группе: [методические рекомендации] / [И.М. Рыбак, Н.И. Шейко, Г.Г. Никельберг и др.]. – Харьков, 1990. – 19 с.
10. Яманді Фросина. Застосуйте в себе на уроці / Фросина Яманді // Фізичне виховання в школі. – 2000. – № 1. – С.32.

# ДІАГНОСТУВАННЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ФУНКЦІЙ У СТУДЕНТІВ ЗА КОМП'ЮТЕРНОЮ ПРОГРАМОЮ «ДІАГНОСТ-1М»

І. Р. Воличенко, О. Б. Спринь

*Херсонський академічний ліцей імені О. В. Міщукова Херсонської міської ради при Херсонському державному університеті, Херсонський державний університет*

Об'єктивне вивчення індивідуальних особливостей психофізіологічних якостей людини є надзвичайно важливим. Пристосування людей до умов довкілля, по-різному поведуться в екстремальних ситуаціях, мають різні схильності та здібності, виявляють різну здатність до навчання і оволодіння різними професіями. Саме це й визначає необхідність враховувати індивідуальні психофізіологічні особливості людини при навчанні, в спортивній та трудовій діяльності [1].

Біологічною основою психофізіологічної індивідуальності людини є морфологічні та функціональні характеристики нервової системи. Функціонально індивідуальність визначається силою, рухливістю і зрівноваженістю нервових процесів та спеціалізацією півкуль головного мозку.

У дослідженні брали участь студенти 4-го курсу спеціальності «Біологія» ХДУ у кількості 98 осіб віком 21-23 роки. На обстежуваних було одержано основний фактичний матеріал по вивченню динаміки властивостей основних нервових процесів, а саме рівня функціональної рухливості та сили нервових процесів, а також сенсомоторне реагування на подразники різної складності такі як фігури та звуки; також визначали реакцію на рухомий об'єкт[2]. Дослідження проводилось протягом трьох навчальних років: жовтень – листопад 2015 – 2017 рр.

У результаті роботи дійшли таких висновків:

1. За методикою диференціювання, а саме реакція вибору двох із трьох подразників виявлено суттєві відмінності, так показники латентних періодів довші на звукові подразники. Центральна обробка інформації за показниками латентних періодів у мозкових структурах є цьому підтвердженням. Це пояснюється проблемою розрізнення звуків різної тональності: особливо звуків середньої та високої.

2. Виявлено, що у студентів середнього рівня у 50% показники сили нервових процесів нижчі, ніж функціональної рухливості нервових процесів у режимі «зворотного зв'язку».

3. У групі серед студентів із 98 осіб складає: 21 особа – збудливий тип; переважання процесів збудження над гальмуванням у 49 осіб, явне превалювання процесів гальмування виявлено у 18 осіб. Сильний тип вищої нервової діяльності мають 10 осіб, у яких процеси збудження і гальмування в рівновазі. Це виявлено за методикою РРО (реакція на рухомий об'єкт) для виявлення зрівноваженості нервових процесів.

4. За показниками порівняльної характеристики на реакцію між предметними подразниками на виявлення ведучої руки та звуковими на виявлення ведучого вуха встановлено:

- чітко видно прояв ліворукості (шульга) у 20 осіб, а явно превалювання правої руки лише у 33 осіб, всі інші 45 осіб без явного превалювання (амбідекстри), у межах похибки.

- за середніми показниками латентних періодів у студентів на звуки з'ясувалося, що чітко видно прояв ведучого правого вуха у 41 особи, а явно превалювання лівого вуха лише у 18 осіб, всі інші 39 осіб виявилися без явного превалювання.

### **Список використаних джерел**

1. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2001. – 464 с.

2. Макаренко М. В. Методика проведення обстежень та оцінки індивідуальних нейродинамічних властивостей вищої нервової діяльності людини / М. В. Макаренко // Фізіологічний журнал, 1999. – Т.45, №4 – С. 125–131.

## **СТАТИЧНА ДЕФОРМАЦІЯ СТУПНІВ, ЯК ОДНА З ФОРМ ПАТОЛОГІЇ СТОПИ В. В. Волощишина**

*Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

Експериментальними й клінічними дослідженнями деяких авторів [3] встановлено, що для раціональної побудови методики відновного лікування при деформаціях органів руху, велике значення має знання деяких основних анатомо-біомеханічних закономірностей, характерних для функцій опорно-рухового апарата, зокрема нижніх кінцівок і стопи. Характерною функціональною рисою нижніх кінцівок є участь в опорі й пересуванні (стояння, ходьба, біг).

Стопа є опорним і ресорним апаратом тіла людини [1]. Вона одночасно здійснює роль амортизаційного апарата, що зм'якшує поштовхи при ходьбі, бігу, стрибках, охороняючи життєво важливі органи від струсів і травм.

У процесі навантаження на ноги стопа розширюється, приймає розгорнуту форму, а потім під впливом тяги м'язів і завдяки еластичності зв'язкового апарата приймає попередню форму. Тому функціональна здатність ступнів визначається станом м'язово-зв'язкового апарата й будовою сухожильно-кісткових сегментів [6].

По своєму патофізіологічному прояві статична недостатність нижніх кінцівок тісно пов'язана із проблемою стомлення м'язів. Багато авторів думають [4], що статична недостатність має місце в тих випадках, коли навантаження перевищує норму або зменшуються статична витривалість. Це визначення, в основному, враховує моменти статичного характеру, тобто зовнішніх факторів, і здатності організму реагувати на них.

Проблема стомлення м'язів гомілки й стопи - втоми м'язово-зв'язкового апарата, перебудови внаслідок цього кістково-зв'язкової структури ступнів, була об'єктом дослідження багатьох авторів [1]. Точка зору відносно етіології й патогенезу статичної недостатності нижніх кінцівок, включаючи статичні деформації ступнів, не



єдина. Прихильники статикомеханічної теорії [2] вирішальним фактором у патогенезі вважають надмірне навантаження на кінцівці протягом робочого дня.

На підставі комплексних досліджень Г.Н. Крамаренко [1] прийшла до висновку: функціональна недостатність і статичні деформації ступнів є ланками єдиного патогенетичного ланцюга. Порушення функціонального стану м'язів відіграє головну роль у патогенезі поздовжньої плоскостопості. Більше того, можливо як первинне, так і вторинне ураження м'язового апарата.

Тому, в основі більшості функціональних порушень, що спостерігаються в ортопедичних хворих із захворюваннями й дефектами нижніх кінцівок, лежать рухові розлади, що знижують опорну функцію, обмежують статико-динамічні можливості хребта, сприяють дегенеративно-дистрофічним захворюванням суглобів. Все це приводить до змушеного обмеження рухової активності, порушенню правильного ритму в діяльності внутрішніх органів, до декомпенсації діяльності серця, легенів, шлунково-кишкового тракту, провокуванню проявів патологічного процесу, що не давав про себе знати раніше, зниженню рівня адаптації організму до фізичного навантаження [5].

Дослідженнями науковців [6] доведено, що при навантаженні на ноги, в осіб з функціональною недостатністю ступнів, швидко розвивається стомлення в м'язах ніг, важкість в ногах, пастозність тканин, зниження витривалості до тривалого статичного навантаження, відзначається поява неприємних суб'єктивних відчуттів, а іноді болю в різних відділах стопи й гомілки, що виникають при стоянні, ходьбі, бігу, стрибках.

Серед різних деформацій нижніх кінцівок найбільш часто зустрічається статична плоскостопість, що пов'язана зі скривленням стопи, що переважно виражається в сплюсненні її поздовжнього або поперечного зводу. За даними авторів [1] плоскостопість найпоширеніший вид патології нижніх кінцівок і коливається в значних межах від 15 до 23,5%.

Отже, функціональна недостатність стопи сприяє розвитку плоскостопості, що настає лише при наявності вроджених і набутих особливостей м'язів і фіброзних тканин стопи.

### **Список використаних джерел**

1. Бубновский С.М. Практическое руководство по кинезитерапии / С.М. Бубновский. – Москва, 1998. – 346 с.
2. Галлямова А.Ф. Лечение шейных болевых синдромов с использованием физических факторов, мануальной терапии и ЛФК / А. Ф. Галлямова, М.В. Машкин, Ю.О Новиков // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2001. – № 4. – С. 11-14.
3. Долчук Н.З. Диагностика и лечение статического плоскостопия / Н.З. Долчук // Клиническая рентгенология. – 1981. – № 12. – С. 24-26.
4. Жарова И.А. Влияние статических деформаций стоп на клинические проявления остеохондроза позвоночника / И.А.Жарова // Педагогіка, психологія та медико-

біологічні проблеми фізичного виховання и спорту: зб. наук. пр. / за ред. С.С. Єрмакова. – Харків : ХДАДМ (ХХІІІ). – 2004. – № 3. – С. 72-79.

5. Полеся Г.В. Лечебное плавание при нарушениях осанки и сколиозе у детей. / Г. В. Полеся, Г.Г. Петренко. – К. : Здоровье, 1980. – 143 с.

6. Семенов С.П. Остеохондроз / Семенов С.П. – СПб. : Лань, 1992. – 68 с.

## **ТИПОЛОГІЯ ОЛІГОФРЕНІЇ ТА ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ**

**С. В.Гайдук**

*Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

Сучасна українська національна система освіти і виховання ґрунтується на принципах гуманізму і демократизму. Важливим показником розвитку освіти в суспільстві є рівень забезпечення умов для навчання і виховання дітей, які мають відхилення у психофізичному та інтелектуальному розвитку [2]. Так, в праці Т.П. Вісковатової [1] зазначається, що проблема розумової відсталості відноситься до числа найбільш важливих в сучасному суспільстві. Її вивченням займаються спеціалісти різних суміжних наук: генетики, ембріологи, невропатологи, психіатри, психологи, педагоги та ін.. Посилена увага до даної проблеми, та до проблеми вивчення, удосконалення навчально-виховного процесу розумово відсталих дітей викликана тим, що кількість людей з цим видом аномалії, на жаль, не зменшується.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, розумова відсталість розповсюджена в усьому світі й охоплює біля 300 мільйонів осіб. Розумова відсталість зустрічається у сім разів частіше ніж глухота, у десять разів частіше ніж фізична інвалідність, у дванадцять разів частіше ніж церебральний параліч, у п'ятнадцять разів частіше ніж повна сліпота, у тридцять п'ять разів частіше ніж м'язева дистрофія.

За даними американських психіатрів, кожен рік у США народжується 135 тисяч дітей з розумовою відсталістю, з них від 60 до 90 тисяч – з тяжкою формою, що потребує серйозного лікування або й ізоляції [1]. За статистикою, в Україні різними формами фізкультурно-реабілітаційної і спортивної роботи охоплено більше 27 тисяч неповносправних, серед яких 6,2 тисячі – особи з фізичними та розумовими вадами [3]. Наведені дані свідчать про значне розповсюдження в сучасному суспільстві розумової відсталості.

Велике значення у корекційній роботі з дітьми, які мають відхилення у психічному розвитку, набувають фізичні вправи, за допомогою яких усуваються недоліки психофізичного розвитку та формування особистості в цілому [2]. У ряді досліджень вивчався вплив фізичних вправ різної спрямованості на розвиток рухових якостей і психічних функцій у дітей з інтелектуальними вадами [1, 2, 3]. Разом з тим, у цих роботах недостатньо і фрагментарно висвітлена роль рухової діяльності в корекції рухового розвитку дітей із олігофренією.

Реальні та конкретні перспективи інтеграції дітей із олігофренією у навчально-реабілітаційних центрах вимагають пошуку нових форм та методів організації фізкультурно-ігрової роботи. Виходячи зі специфічної дії на загальний розвиток дитини, за цих обставин є дуже актуальною розробка та впровадження в процес фізичного виховання різноманітних фізкультурно-оздоровчих заходів.

#### **Список використаних джерел**

1. Вісковатова Т. П. Дифференциация задержки психического развития от нормы до олигофрении / Т. П. Вісковатова // Практична психологія та соціальна робота. – 2001. – № 9. – 13-23.
2. Довгаль В. І., Чижик В. В. Соматичний розвиток школярів 12-14 років з затримкою психічного розвитку / В. В. Чижик, В. І. Довгаль // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету ім. Тараса Шевченка. – Чернігів, 2011. – Вип 91, Т.1. – С.132-137.
3. Раку С.Б. Коррекция психомоторных нарушений у умственно отсталых школьников в пубертатном периоде / С. Б. Раку: Автореф. дис...канд. пед. наук. – Одеса, 1997. – 21 с.

### **ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ВЕКТОРКАРДІОГРАФІЇ ЗАДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ІНТЕНСИФІКАЦІЇ ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ТА СПОРТИВНОГО ВІДБОРУ У ДИТЯЧО-ЮНАЦЬКИХ СПОРТИВНИХ ШКОЛАХ**

**Л. Ю. Гапонова, В. В. Соколов**

*Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ*

Спортивна підготовка останніх років характеризується збільшенням вимог до функціональних резервів організму спортсменів. Особливо це актуально для спортсменів, що тренуються в дитячо-юнацьких спортивних школах на знаходяться в зоні інтенсивного росту та пубертатному періоді. Часто надмірні навантаження, які виконують юнні спортсмени в цьому віці викликають неповоротні зміни в функціонуванні організму, а саме: недовідновлення, перенавантаження і перенапруження серцевого м'язу.

Саме тому об'єм і інтенсивність тренувальних навантажень мають знаходитися під чітким контролем тренера і відповідати підготовленості спортсменів. А стан серцево-судинної системи необхідно перевіряти як можна частіше. Найкраще з цим може впоратися метод векторкардіографії.

Векторкардіографія - це метод просторового динамічного дослідження електричного поля серця в процесі кардіоциклу. В процесі періодів збудження і відновлення серцевого циклу вимірюють величину і напрямок результуючого вектора серця, що описує в просторі з передбачуваного центру серця криву, названу векторкардіограмою (ВКГ).

Метод векторкардіографії дає змогу оцінити наявність і ступінь вираженості гіпертрофії міокарда різних відділів серця, оцінити метаболічне забезпечення м'язів серця, виявити гемодинамічне перевантаження передсердь, тобто визначити шляхи адаптації серця до фізичних навантажень різної спрямованості. Оскільки періоди підготовки мають свої певні кількісні та якісні характеристики, стан об'ємного електричного поля серця теж зазнає відповідної зміни, що й дає змогу визначити метод векторкардіографії.

Він має багато переваг над іншими методами контролю за серцево-судинною системою. Однією з них є реєстрація електричної активності передсердь, які як відомо беруть на себе компенсаторну функцію у разі перенавантаження шлуночків, а також більш виражено реагують на вплив зовнішніх факторів: режим дня, недосип, стрес та інше. Також однією з переваг і одночасно й недоліком є те, що в даному методі не існує шаблонних цифрових показників, які можна було б вважати за норму для всіх видів спорту незалежно від спеціалізації. Векторкардіографія дає змогу підходити до кожного спортсмена індивідуально та враховувати всі його вродженні та набуті особливості, спрямованість до того чи іншого напрямку роботи.

Завдяки вище згаданій особливості індивідуалізації можна правильно відбирати юних спортсменів до спортивних секцій, опираючись на вроджену направленість міокарду до виконання роботи аеробної або анаеробної спрямованості.

Отже, метод векторкардіографії є дуже інформативним і ефективним в контролі за функціональним станом організму та у відборі спортсменів до тренувальних секцій.

### **Список використаних джерел**

1. Білоцерківський З. Б. Серцево-судинна система при статичних фізичних навантаженнях / З. Б. Білоцерківський, Б. Г. Любина, Ю. А. Борисова // Збірник праць учених РГАФК. - М., 1999. - С. 7-9.
2. Бала Ю.М. Количественная пространственная векторэлектрокардиография / Ю. М. Бала, В. Ф. Хорошев, А. И. Гусев. – Воронеж : Издательство воронежского университета, 1968. – 134 с.
3. Михалюк Є. Л. Діагностика прикордонних і патологічних станів при граничних фізичних навантаженнях в олімпійському і професійному спорті: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.01.24 / Запорізький держ. медичний ун-т. - Запоріжжя, 2007. - 430 с.

# ПРИСТОСУВАННЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИХ ФУНКЦІЙ СТУДЕНТІВ РІЗНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ ТА ВУЗІВ ДО НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

І. Д. Глазирін, В. О. Архипенко, В. М. Глазиріна

*Черкаський інститут пожежної безпеки імені Героїв Чорнобиля,  
Черкаський національний університет ім. Богдана Хмельницького*

Формування майбутніх фахівців у вищих навчальних закладах пов'язане з адаптацією функціональних систем, тому дослідження деяких психофізіологічних показників студентів різних профілів навчання слід вважати актуальними.

Дослідження проводилися на базі гуманітарних факультетів і факультету фізичної культури ЧНУ ім. Б. Хмельницького та ЧПБ ім. Героїв Чорнобиля. Обстеження пройшли 151 студент гуманітарних факультетів, 162 студенти-фізкультурники та 184 курсанти-пожежники чоловічої статі I-V курсів названих вузів. Стан психофізіологічних функцій визначався за автоматизованою методикою "Інстест", розробленою Л.М. Козак, В.О. Єлізаровим.

Пристосувальні зміни показників сприймання часу у студентів факультету фізичної культури мають особливість погіршуватися від I до II курсу, але потім істотно вдосконалюватися аж до завершення навчання, а у курсантів-пожежних, навпаки, до II курсу істотно покращуватися, але потім значно поступово погіршуватися до V курсу. У студентів гуманітарних факультетів даний показник істотно нижчий за відповідні у фізкультурників та курсантів-пожежних і залишається стабільним впродовж всього навчання у вузі.

Адаптивні зміни показників сприймання простору у студентів-фізкультурників мають тенденції до збільшення від I до III курсів, а потім до IV – погіршуватися і знов покращуватися до V курсу. У курсантів-пожежних даний показник істотно покращується від I до II курсу, а потім, до III курсу, навпаки, погіршується і стабілізується на тому рівні до V курсу. Студенти-гуманітарії мають істотно нижчі результати функції сприймання простору, ніж у фізкультурників і курсантів і дані показники залишаються стабільними до IV курсу, а до V – вони істотно підвищуються.

Похибка сприймання часу та простору у студентів-фізкультурників та гуманітаріїв має тенденцію до збільшення 60-ти секундного інтервалу часу та 10-ти сантиметрового відрізу, а у курсантів-пожежників, навпаки – помилка в бік їх зменшення.

Латентний період зоровомоторної реакції студентів факультету фізичної культури з I до V курсу поступово вдосконалюється при стабільних показниках аудіомоторної реакції. У курсантів пожежного інституту зміни зоровомоторної реакції такі ж, як і в студентів, а зміни показників аудіомоторної реакції у них мають хвилеподібну динаміку впродовж навчальної діяльності. У студентів гуманітаріїв дані показники дещо нижчі ніж у фізкультурників та курсантів і залишаються незмінними від I до V курсу.

# **ЗМІНА ВМІСТУ В КРОВІ ФЕРМЕНТІВ АЛТ АСТ У ЖІНОК 18-21 РОКІВ В УМОВАХ ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ВИДІВ ФІТНЕСУ**

**І. В. Головченко, А. І. Боднар**

*Херсонський державний університет, м. Херсон,  
Чорноморський національний університет імені Петра Могили, м. Миколаїв*

Метою дослідження було вивчення динаміки активності ферментів в крові в умовах різного навантаження у дівчат 18-21 років. У дослідженні взяли участь дівчата віком від 18 до 21 року які відвідували фітнес-центр. За умовами дослідження всі обстежувані розділені на дві групи. Контрольну групу (n=25) склали особи, що займалися танцювальним фітнесом, до другої групи основної (n=25) увійшли дівчатка, що займалися силовим фітнесом. Зразки крові отримували вранці в положенні сидячи з ліктьової вени після нічного голодування і сну. У дослідження включали осіб в стані практичного здоров'я, без гострих захворювань і серйозних травм або госпіталізації протягом останніх 3 місяців. Всі дослідженні не споживали ліки за рецептом протягом тижня, що передував забору крові. Забір крові проводили до навантаження і після навантаження. Повторний забір проводили через три місяці виконання навантаження. Перед взяттям крові програма тренувального процесу не змінювалася. У сироватці крові за допомогою спектрофотометра StatFax 4700 (США) визначали активність АЛТ, АСТ.

Аналіз активності ферменту АЛТ в крові дівчат контрольної групи в умовах занять танцювальним фітнесом на початку дослідження збільшився після навантаження така ж тенденція спостерігалася і після 3-х місяців тренувань при тому всі середні значення активності ферменту знаходилися в межах нормативних значень, але на третьому місяці тренувань після навантаження активність АЛТ наближалася до верхньої границі норми. Встановлено зниження активності АЛТ після 3-х місяців тренувань до навантаження, що може вказувати на недостатність адаптаційних можливостей організму дівчат контрольної групи. Збільшення активності АЛТ після виконання фізичного навантаження, пов'язане з активацією трансамінування та руйнуванням амінокислот, які окислюються до альфакетокикислот і «згорають» в циклі Кребса. В основній групі ми спостерігали збільшення активності даного ферменту в крові, як на початку дослідження так і після трьох місяців тренувань. При чому на відміну від контрольної групи в основній спостерігається різке збільшення активності ферменту після 3-х місяців тренувань, ніж на початку дослідження до навантаження.

Таку ж саму динаміку ми спостерігаємо і щодо активності АСТ в крові дівчаток. Особливо слід звернути увагу на активність ферменту в контрольній групі після навантаження, як на початку так і протягом трьох місяців, де активність відповідного ферменту в крові була вище нормативних значень, що вказує на нашу думку на неадекватні навантаження і потребує подальшого дослідження даного контингенту, щодо захворювань серцево-судинної системи.

В цілому підвищення активності АЛТ і АСТ в крові розцінюється як прояв патології, але ми вважаємо підвищення активності АЛТ і АСТ в крові може бути відображенням підвищення функції печінки і серця при фізичній активності. Активність АСТ достовірно вище після виконання навантаження в обох групах, що може вказувати на інтенсифікацію роботи циклу трикарбонових кислот.

У наявній літературі підвищення активності трансаміназ в плазмі крові, як правило, пов'язували з наявністю у спортсмена захворювань печінки. Однак відомо, що підвищення активності АСТ спостерігається і при інших захворюваннях, в тому числі при ураженні міокарда і деяких поліміалгії. Для того щоб точно визначити генез цих змін, необхідно додатково проводити обстеження більш докладним вивченням стану гепатобіліарної, серцево-судинної систем і нервово-м'язового апарату.

## **ОЗДОРОВЧЕ ЗНАЧЕННЯ СПОРТИВНОГО ТУРИЗМУ ДЛЯ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ**

**В. А. Голуб, С. М. Сиротюк**

### *Кременецька обласна гуманітарно-педагогічна академія ім. Тараса Шевченка*

Особи з особливими потребами (інші назви – люди з обмеженими можливостями, неповносправні, інваліди) – це певна соціальна група людей. На сьогодні ми живемо в той час, де при всій своїй неспроможності, людина не змушена відмовляти собі у людських задоволеннях. Активно подорожувати може інвалід-колясочник, відчутти навколишню красу у всій повноті як сліпо-, так і глухонароджений. Світ перестає бути закритим, а навпаки – відкриває кордони і нові можливості для неповносправних. Аби туризм для них перетворився на задоволення і цікаву пригоду, а не на випробування, звісно потрібні особливі умови, індивідуальний підхід до кожного.

Останнім часом серед інвалідів особливою популярністю, з причини своєї доступності, користується спортивний туризм. Заняття спортивним туризмом дозволяють підвищувати рівень рухових можливостей як верхніх, так і нижніх кінцівок у зв'язку з тим, що дані заняття впливають на різні групи м'язів, розвивають дрібну моторику, активізують розумові процеси, сприяє подоланню труднощів і подальшої соціально-побутової адаптації.

Оздоровче значення туризму полягає в тому, що він дозволяє вивести людину з некорисного середовища і дає можливість відпочивати в натуральному корисному середовищі. Але для того, щоб туризм був справді фізичною активністю, необхідне планування екскурсій і походів з пропорційним фізичним навантаженням і відпочинком. Визнаний факт, що брак руху негативно впливає на весь організм, фізичну справність, створює нервові навантаження. Збільшення рухової активності сприяють процесам відновлення, регенерації і навіть компенсації функцій ушкодженого організму. Заняття спортивним туризмом можуть протистояти гіпокінезії, тобто браку руху, усунути відчуття меншовартості, інтегрувати осіб з

вадами в суспільство. Туризм для неповносправних слід розглядати не лише як релакс, але і як терапевтично-виховний засіб, оскільки дозволяє долати щораз важчі цілі, які ставить перед собою людина. Дозволяє інтегрувати осіб з вадами зі здоровими людьми, починаючи ще зі школи і лікувальних закладів. Людина з особливими потребами завдяки туризму може пізнати нові місця, зав'язати нові знайомства, дружбу як з іншими людьми з вадами, так і зі здоровими, що має дуже важливе значення для психічного здоров'я.

В концепціях реабілітації осіб з вадами спортивний туризм треба трактувати не лише як продовження чи збагачення форм рухової терапії, але і як спосіб піднесення зацікавлення і можливість участі в суспільному житті. В цьому випадку туризм стає чинником психотерапевтичної профілактики, протидії страху і побоюванням.

Для осіб з обмеженими можливостями потребує спортивний туризм організацію, на базі існуючих громадських організацій, товариств інвалідів, змагань з туристського багатобор'я, нескладних туристських походів. У літній період необхідно проводити загальноукраїнські туристські злети та відкривати туристські табори для інвалідів. Важливим завданням повинно стати сприяння розвиненню спортивного, спортивно-оздоровчого та екскурсійного туризму, як засобу соціальної адаптації та оздоровлення.

### **Список використаних джерел**

1. Абрамов В. В. Дослідження стану розвитку активного виду туризму серед людей з обмеженими можливостями та перспективи його розвитку в Україні / В. В. Абрамов, К. Шарикіна // Фізичне виховання, спорт і туристсько-краєзнавча робота в закладах освіти : Збірник наукових праць. – Додаток до гуманітарного вісника ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». – Переяслав-Хмельницький, ФОП Домбровская Я. М., 2016. – С. 221-226.
2. <https://www.mountain.net.ua/programa-federatsiyi-sportivnogo-turizmu-ukrayini-na-2018-2021-roki/>

## **ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ УЧНІВ ЯК ПЕРЕДУМОВА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ У ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ**

**С. К. Голяка, О. В. Мельничук, В. В. Обозна**

*Херсонський державний університет,  
Херсонська гімназія № 1*

Метою нашої роботи було вивчення можливості використання диференційного підходу у вихованні фізичних якостей (ФЯ) учнів з різним рівнем гармонійності фізичного розвитку. Дослідження проводилось на базі гімназії №1 м. Херсона. У обстеженні прийняли участь 30 осіб віком 15-16 років. До першої увійшли юнаки, у кількості 14 осіб, до другої дівчата, у кількості 16 осіб. В процесі дослідження здійснювали вимірювання довжина тіла, маси тіла, окружність грудної клітки,



гармонійність фізичного розвитку, розвиток ФЯ (швидкість, силу, швидкісно-силові якості та гнучкість) за загальноприйнятими методиками. За допомогою центильних таблиць нами було виділено серед групи юнаків 11 осіб з гармонійним фізичним розвитком (ГФР) та 3 особи з дисгармонійним фізичним розвитком (ДФР). Серед дівчат виявилось 11 осіб з ГФР та 5 осіб з ДФР. Учні з різко ДФР нами не виявлено. Встановлено, що на першому етапі дослідження юнаки як ГФР, так і ДФР не мають статистично значимих різниць у показниках розвитку ФЯ, окрім розвитку силових якостей, де достовірно кращим результат спостерігався в осіб з ГФР. На другому етапі дослідження юнаки з ГФР розвивали силові якості на уроках фізичної культури в рамках навчальної програми. Юнакам з ДФР було запропоновано протягом 12 уроків фізичної культури навантаження з підтягування на перекладині або віджимання від підлоги протягом 10-15 хв (4-5 підходів з максимальною кількістю повторень, з інтервалами відпочинку 1 хв), а також в рамках самостійних занять в домашніх умовах та вести облік їх виконання.

Розвиток інших фізичних якостей у юнаків на уроках фізичної культури здійснювався у рамках навчальної програми.

Виявлено, що у більшості випадків тестування фізичної підготовленості дівчата на першому етапі дослідження з ГФР характеризувалися достовірно вищими показниками силових, швидкісно-силових якостей, а також гнучкості. Лише у випадку бігу на 30 м показники обох груп виявилися не достовірними.

До рекомендацій фізичної підготовки дівчат з ДФР в системі урочних занять протягом 12 занять пропонувалося навантаження, спрямовані на розвиток сили, швидкісної сили та гнучкості. Тренувальні завдання спрямовані на виховання сили при необхідності її вдосконалення застосовувалися на уроках з фізичної культури протягом 10-15 хв основної частини уроку у вигляді виконання вправи «згинання та розгинання рук в упорі лежачи» (руки знаходяться на лаві). Вправа виконується 4-5 підходів з 1-1,5 хв перепочинком, в середньому темпі, з максимальною кількістю повторів.

Тренувальні завдання спрямовані на виховання швидкісної сили при необхідності її вдосконалення застосовувалися на уроках з фізичної культури протягом основної частини уроку у вигляді почергового поєднання виконання вправ «стрибок в гору з місця», «стрибок в довжину з місця», «стрибки на скакалці» (по 4-5 підходів з 1-1,5 хв перепочинком, в середньому темпі, з максимальною мотивацією до виконання). Для розвитку гнучкості пропонувалося виконання комплексу розминочних вправ на підвищення рухливості хребта: нахили вперед стоячи з прямими у колінах ногами, нахили тулуба вперед в сидячому положенні з зігнутими та прямими у колінах ногами (при необхідності допомога партнера чи вчителя), нахили, розтягнення біля гімнастичної стінки, вправи «мостик», «човник» (при необхідності допомога партнера чи вчителя). Вправи повинні виконуватися за високої мотивації учнів. Індивідуальний підхід полягав також і у самостійних заняттях з розвитку вказаних ФЯ, де пропонувалося виконувати в домашніх умовах ці вправи та вести облік їх виконання.

Встановлено, що в результаті впровадження диференційованого підходу на уроках фізичної культури спостерігається більш динамічніше зростання показників розвитку силових якостей в групі юнаків з ДФР, показників силових, швидко-силових якостей та гнучкості у групі дівчат з ДФР порівняно з групами з ГФР, де цей підхід не використовувався.

## **ПІДВИЩЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ - НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ**

**В. І. Гордійчук**

*Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

Рівень рухової активності в шкільному віці залежить від організації фізичного виховання в школі, участі дітей у спеціально організованих та самостійних заняттях фізичною культурою в позанавчальний час [1; 5].

На думку Н. Москаленко [6] та Г. Глоби [4], сучасна система фізичного виховання, детермінована завданнями прикладної фізичної підготовки, всупереч комплексному підходу до реалізації всіх цінностей фізичної культури не в змозі забезпечити оптимальний рівень рухової активності та розвитку фізичних можливостей та вимагає удосконалення. З метою покращення фізичного стану школярів на сучасному етапі розвитку суспільства виникає досить гостра необхідність наукових пошуків методів підвищення, удосконалення системи фізичного виховання, ведуться пошуки принципово нових підходів, засобів, технологій [4; 6; 7; 2].

Виховання з дитинства потреб до занять фізичними вправами повинно створити реальну базу для здорового способу життя у подальшому [11].

Результати наукових досліджень ВООЗ (2005–2010 рр.) за основними показниками здоров'я населення і в першу чергу підростаючого покоління показали, що наша держава набагато відстає від передових європейських країн. Ці результати були узагальнені у наукових роботах С. В. Трачука [9]. З-поміж іншого автор звертає увагу на те, що значна частина школярів має відхилення в стані здоров'я, а лише 20 % дітей шкільного віку можна вважати здоровими.

Серйозну й обґрунтовану тривогу у фахівців викликає питання здоров'я і дисгармонійного фізичного розвитку школярів України, що спостерігається останнім часом [7; 8].

Досліджуючи підлітків Сумської області В. Хахуля та О. Бурла [10] прийшли до висновку, що виразна тенденція погіршення фізичного розвитку й фізичної підготовленості підлітків сільських шкіл дає змогу констатувати протиріччя між завданням виховання здорового підростаючого покоління та недостатньою розробкою програмного та методичного забезпечення фізичного виховання сільських школярів, які проживають в несприятливих соціально-економічних умовах, а також відсутністю моніторингових даних по фізичному розвитку й фізичній підготовленості школярів

для оперативного реагування адекватними педагогічними заходами щодо корекції стану здоров'я підлітків.

Для зміцнення здоров'я підлітків особливу роль відіграє застосування різноманітних раціональних рухових режимів і оздоровчо-фізичних вправ, які б задовольняли вимоги навчального процесу й відповідали закономірностям розвитку фізичних якостей школярів. Особливого значення набуває організація і проведення навчального процесу з фізичного виховання школярів з урахуванням регіону проживання, особливо в сільських місцевостях, де несприятливі соціально-економічні умови негативно впливають на організм підлітків [3].

Отже, факти невітшного стану здоров'я підлітків вказують на те, що нині найактуальнішими питаннями фізичного виховання слід вважати проблему розвитку їхніх рухових якостей та адаптивних можливостей функціональних систем, загальної фізичної працездатності та позитивної мотивації до занять фізичними вправами.

### **Список використаних джерел**

1. Васьков Ю. В. Система фізичного виховання. 5–9 класи / Ю. В. Васьков. – Х. : Ранок, 2009. – 256 с.
2. Вовканич Л. С. Адаптивні зміни функціональних показників систем організму підлітків, які займаються бігом на середні дистанції [Електронний ресурс] / Л. С. Вовканич, В. О. Сташків // Спортивна наука України. – 2011. – № 3. – С. 11–21. – Режим доступу : <http://www.sportscience.org.ua/>.
3. Гордійчук В. Проблеми фізичного виховання сільських школярів / В. І. Гордійчук // Культура здоров'я : зб. наук. пр. – Херсон, 2010. – С. 43–45.
4. Глоба Г. В. Інноваційна система фізичного виховання школярів з використанням аеробних технологій : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту : [спец.] 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / Г.В. Глоба. – Х., 2007. – 21 с.
5. Гринів О. Фізична культура в контексті ціннісного аспекту [Електронний ресурс] / Олег Гринів, Андрій Мандюк, Юрій Петришин // Спортивна наука України. – 2011. – № 3. – С. 40–49. – Режим доступу : [http://www.nbu.gov.ua/e-journals/SNU/2011-3/11\\_gootvb.pdf](http://www.nbu.gov.ua/e-journals/SNU/2011-3/11_gootvb.pdf).
6. Москаленко Н. Створення інноваційних програм розвитку фізкультурно-оздоровчої роботи в загальноосвітніх школах / Наталія Москаленко // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2005. – № 2. – С. 37–39.
7. Москаленко Н. В. Теоретико-методичні засади інноваційних технологій в системі фізичного виховання молодших школярів : автореф. дис. ... д-ра наук з фіз. виховання і спорту : [спец.] 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / Н. В. Москаленко. – К., 2009. – 20 с.
8. Приступа Є. Летальні випадки на уроках фізичної культури: причини та способи запобігання [Електронний ресурс] / Є. Приступа, А. Вовканич, Ю. Петришин // Спортивна наука України. – 2012. – № 2. – С. 19–27. – Режим доступу : [http://archive.nbu.gov.ua/e-journals/snu/2012\\_2/%E2%84%962/Pry\\_4.pdf](http://archive.nbu.gov.ua/e-journals/snu/2012_2/%E2%84%962/Pry_4.pdf).

9. Трачук С. В. Моделювання режимів рухової активності молодших школярів у процесі фізичного виховання : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту : [спец.] 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / С. В. Трачук. – К., 2011. – 21 с.

10. Хахуля В. М. Підвищення ефективності системи фізичного виховання дітей середнього шкільного віку сільських шкіл / В. М. Хахуля, О. М. Бурла // Вісник Чернігівського національного педагогічного у-ту імені Т. Г. Шевченка. Серія : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2011. – Вип. 86, т. 1. – С. 201–204.

11. Чуб А. А. Формирование ценностного отношения школьников средних классов к физической культуре и спорту в процессе подготовки и участия в спортивно-массовых мероприятиях : автореф. дис. ... канд. пед. наук : [спец.] 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки и оздоровительной физической культуры» / А. А. Чуб. – Краснодар, 2006. – 22 с.

## **МЕТОДИКА ВИКОРИСТАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ**

**Н. Б. Грейда**

*Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, м. Луцьк*

Методика використання терапевтичних вправ визначається завданнями, що ставляться перед цим методом лікування на різних етапах реабілітації. Методика може видозмінюватись залежно від загального стану хворого, перебігу захворювання, рухового режиму, відповідних реакцій організму на фізичне навантаження, що поступово збільшується. Величина його залежить від характеру, загальної кількості вправ і їх повторень, вихідних положень, темпу, ритму, амплітуди рухів, складності і ступеня силових напружень, інтенсивності фізичних вправ, щільності і тривалості занять, емоційного рівня їх проведення.

Застосовуючи терапевтичні вправи, необхідно дотримуватись основних дидактичних принципів (свідомість й активність, наочність, доступність й індивідуальність, систематичність й поступовість підвищення вимог). Особливо ретельно слід дотримуватись принципу розподілу навантаження між різними м'язовими групами, чергувати напруження з розслабленням м'язів і поєднувати рухи з фазами дихання. При диханні звертають увагу на те, щоб вдих відповідав випрямленню чи прогинанню тулуба, розведенню або підняттю рук і моменту найменшого зусилля у вправі, а видих - згинанню тулуба чи ніг, зведенню або опусканню рук і моменту найбільшого зусилля у вправі [1; 4].

Методика передбачає застосування терапевтичних вправ малої, помірної, великої і максимальної інтенсивності, що залежить від рухового режиму й етапу реабілітації.

До терапевтичних вправ малої інтенсивності відносять рухи невеликих м'язових груп, що виконуються переважно у повільному темпі, статичні дихальні вправи і

вправи на розслаблення м'язів. Фізіологічні зрушення при виконанні цих вправ незначні.

Під час виконання терапевтичних вправ помірної інтенсивності залучають до роботи середні і великі м'язові групи кінцівок, тулуба, застосовують динамічні дихальні вправи, використовують ходьбу в повільному і середньому темпі, малорухливі ігри. При цьому фізіологічні параметри серцево-судинної та дихальної систем відновлюються до стану норми через 5-7 хвилин.

Терапевтичні вправи великої інтенсивності змушують працювати велику кількість м'язових груп і виконуються у середньому та швидкому темпі. До них відносять гімнастичні вправи на приладах і з медичними болами, швидку ходьбу, біг, рухливі та спортивні ігри. Після виконання цих вправ тривалість відновного періоду у показниках частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, легеневої вентиляції становить понад 10 хвилин.

Терапевтичні вправи максимальної інтенсивності характеризуються одночасною роботою великої кількості м'язів, яка виконується у швидкому темпі, що викликає істотні зміни у діяльності серцево-судинної і дихальної систем, обміну речовин. Ці вправи переважно використовуються у реабілітації спортсменів у тренувальному періоді та потребують постійного контролю за станом організму хворих [2; 3].

**Висновок.** Використання терапевтичних вправ узгоджується з руховим режимом, який регламентує рухову активність хворого у лікарняний та післялікарняний періоди реабілітації. Вправи призначаються лікарем і змінюються залежно від перебігу хвороби, етапу лікування, реакції організму на навантаження, зміст рухового режиму.

#### **Список використаних джерел**

1. Менхин Ю. В. Оздоровительная гимнастика: теория и методика / Ю. В. Менхин, А. В. Менхин. – Ростов н/Д: Феникс, 2002. – 382 с.
2. Мухін В. М. Фізична реабілітація: навчальний посібник / В. М. Мухін. – К: Видавництво НУФВСУ "Олімпійська література", 2005. — 470 с.
3. Порада А. М. Основи фізичної реабілітації / А. М. Порада, Н. Е. Солодовник. – К.: Медицина, 2006. – 246 с.
4. Язловецький В. С. Основи фізичної реабілітації: навчальний посібник / В. С. Язловецький. – Кіровоград, 2004. – 326 с.

## **СТАН ЗДОРОВ'Я ГІМНАЗИСТІВ В УМОВАХ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ**

**О. М. Гурковський**

*Кременецька обласна гуманітарно-педагогічна академія ім. Тараса Шевченка*

Відомо, що за несприятливих умов навчання і виховання достатньо швидкими темпами формуються передумови для раннього виникнення як розумової, так і фізичної втоми, негативних зрушень у стані імунної, ендокринної, серцево-судинної та дихальної систем .

Вище зазначені функціональні зрушення мають негативний зміст, вони порушують здоров'я, можуть суттєво позначитися на процесі формування адекватних адаптаційних реакцій під час напруженої розумової діяльності дітей шкільного віку. Про надмірну "фізіологічну ціну" навчання свідчать виявлені у дітей розлади адаптаційних механізмів, які створюють патологічну основу для виникнення хронічних захворювань.

Характер адаптаційних процесів у школярів різного віку, залежно від умов навчання та виховання, насамперед обсягу та складності навчального навантаження в сучасних загальноосвітніх закладах, нами оцінювався за зміною функціонального стану центральної нервової і серцево-судинної систем під час навчальної діяльності.

Дослідження засвідчили, що умови навчання та виховання в гімназії суттєво відрізнялися від тих, які створені в загальноосвітніх школах, передусім за такими показниками: обсягом навчального навантаження, ступенем складності навчальних занять, зростанням щільності уроків, прискоренням темпу засвоєння навчального матеріалу, наповненістю розкладу занять предметами високої складності.

За допомогою гігієнічної оцінки навчального навантаження було встановлено, що його обсяг у гімназистів різного віку на 16,4-26,8% перевищував встановлені нормативи.

У гімназистів 1-3-х класів обсяг навчального навантаження протягом тижня перевищував нормативне на чотири – шість академічних годин. У відповідних їм за віком учнів 5-7-х класів загальноосвітньої школи обсяг навчального навантаження також перевищував гігієнічний норматив, однак у гімназії навчальне навантаження було на 14-18% вищим, ніж в загальноосвітній школі.

У випускних класах гімназії обсяг навчального навантаження був на 19,5-22,4 % вищим ніж в загальноосвітніх школах. Водночас щільність уроків у гімназії була вищою (на уроках з різних предметів) на 11,4-17,8 %.

Враховуючи, що особливості навчання є не лише важливою складовою навчально-виховного середовища, але одночасно і фактором провідного впливу на умови виховання дітей різного віку, нами досліджувались особливості життєдіяльності гімназистів та учнів загальноосвітніх шкіл. За результатами проведених досліджень у 74,3-86,2 % випадків у гімназистів та в 29,2-43,4% випадків у школярів загальноосвітніх шкіл перевищувала гігієнічні нормативи тривалість виконання домашніх завдань, причому у 12,6-27,5 % гімназистів 1-3-х класів – більше ніж на дві години. Значне збільшення навчального навантаження в новітніх освітніх закладах за рахунок ускладнення навчальних програм, проведення додаткових занять і факультативів, тривалого виконання домашніх завдань негативно позначилося на режимі дня та життєдіяльності учнів гімназії. В результаті серед гімназистів 1-3-х класів 59,2-78,3% дітей мали неповноцінний нічний сон, у 32,4-62,3% випадках недостатню кількість часу перебували на свіжому повітрі та в 50,4-63% випадків мали недостатню рухову активність. Аналогічні порушення режиму дня простежувались у 56,0 - 72,3% старшокласників гімназії.

На сьогодні необхідні ґрунтовні педагогіко гігієнічні дослідження, оцінка та нормування навчального навантаження в закладах нового типу з метою попередження порушень здоров'я учнів.

## **ДІЯЛЬНІСТЬ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗСУ В УМОВАХ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА СХОДІ УКРАЇНИ**

**О. Й. Дем'янюк**

*Волинський інститут післядипломної педагогічної освіти, м. Луцьк*

Своєчасність, а головне якість медичної допомоги військово-медичною службою Збройних Сил України значно покращилася в процесі розгортання антитерористичної операції на Сході України. Це стало очевидним на фоні аналізу перших місяців проведення АТО.

На початковому етапі військового протистояння станом на 29 липня 2014 р. поранення отримали 1236 бійців, а в госпіталях перебувало 745 (з них 36 у важкому стані). Легких та середньої тяжкості поранених направлено до Військово-медичного клінічного центру Південного регіону (Одеса), тяжкопоранені військовослужбовці ЗСУ перебували у Головному військовому клінічному госпіталі (Київ).

Зазначимо, що військово-медичній службі ЗСУ не вдалося досягти оптимальних часових показників щодо надання медичної допомоги на полі бою та ранніх етапах медичної евакуації, про що свідчить низьке співвідношення безповоротних і санітарних втрат – 1:3,5 (для порівняння – Афганістан – 1:32; Чечня-I – 1:9; Чечня-II – 1:3; Ірак – 1:16; Афганістан (НАТО) – 1:14).

Задля надання допомоги пораненим мобілізована вся медична служба ЗСУ – близько 1500 чол. (у тому числі 245 лікарів). Однак, навесні-влітку 2014 р. в зоні АТО відчувалася нестача медичного персоналу. Згодом мобілізаційними заходами вдалося поповнити некомплект медичних служб військових частин і з'єднань.

Не зважаючи на брак медичного персоналу й незадовільне матеріально-технічне забезпечення медичної служби, впродовж 2014–2015 рр. у військових закладах охорони здоров'я було проліковано понад 30 тис. поранених / хворих військовослужбовців. Скеровано для лікування за кордон 210 осіб. У санаторно-курортних закладах МО України проходили реабілітацію 65 поранених військовослужбовців. Після завершення лікування потребували протезування 169 осіб, у тому числі подвійного – 12 осіб, потрійного – 1 особа, протезовано – 100 осіб. Понад 8 тис. поранених, отримавши необхідну медичну допомогу, завершили лікування. Із них 628 визнано непридатними до військової служби, а 279 – обмежено придатними.

За видам ушкоджень у військовослужбовців, які лікувались у військових госпіталях у 2014–2015 рр.: осколкові поранення склали в 2015 р. – 61,6 %, в 2014 р. – 74,8 %; кульові – 9,1 % та 9,1 %, вибухові травми – 27,0 % та 12,3 %, опіки – 2,3 % та 3,8 % відповідно. Нейрохірургічна бойова травма за час проведення АТО складала 21 %

від усіх травм. З них осколкові та кульові поранення були у 20,9 %, мінно-вибухові та інші травми – у 76,4 %, опіки – у 2,7 % поранених. Поранення кінцівок виявлено у 62,5 % травмованих, з них ушкодження верхніх кінцівок – у 38 %, нижніх кінцівок – у 62 %.

Щоб покращити ситуацію, було прийнято рішення щодо забезпечення кожного військовослужбовця трикомпонентним набором: знеболювальний засіб (буторфанол тартрат у шприц-тюбику) – 1 шт.; пакет перев'язувальний індивідуальний – 2 шт.; джгут кровоспинний медичний – 1 шт. Це дозволило на 100% забезпечити особовий склад, який бере участь в АТО, індивідуальними засобами для надання першої медичної допомоги в порядку само- і взаємодопомоги. Пізніше було прийняте рішення про заміну знеболювального засобу буторфанолу тартрату на більш ефективний засіб – налбуфін-Фармекс.

У 2014–2015 рр. важливе значення, особливо в перші місяці АТО, мала діяльність волонтерських організацій із забезпечення медикаментами медичних установ МО України та медичних фахівців у військових частинах. Саме волонтери почали комплектувати аптечки для військових за сучасними вимогами. Їх мінімальна комплектація включає кровоспинний джгут, бинт для тампонади, просочений гемостатиком, сучасний бандаж на основі еластичного бинта, оклюзійну плівку, назофарингіальну трубку, одноразові рукавички, медичні ножиці з плоским кінцем для швидкого доступу до рани та незмивний маркер. Тільки упродовж серпня 2014 р. волонтери укомплектували 50 тис. таких аптечок.

Відзначимо, що у різних регіонах АТО рівень надання медичної допомоги різнився. Так, військові медики Луганської області швидко зуміли налагодити роботу у сфері надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим. Бригади екстреної медичної допомоги приймали від військових медиків постраждалих; евакуювали постраждалих до лікувальних закладів (Станично-Луганська, Попаснянська, Новоайдарська ЦРЛ, міська лікарня м.Щастя); там персоналом приймального відділення здійснювалося сортування постраждалих і поранених за ступенем тяжкості та локалізацією ушкоджень.

Станом на 1 січня 2016 р. у ЗСУ безповоротні втрати становили 2673, а санітарні – 8519 осіб. Проте згідно зі статистичними даними серед цих жертв лише близько 2 % померли після моменту надходження до лікувальних закладів. Тобто, більшість смертельних втрат сталося на полі бою, з яких 13 % – 22,3 % – особи, яких можна було врятувати.

Найчастішими причинами смерті від поранень, яких можна було запобігти, були крововтрата – 60 %, пневмоторакс – 30 %, обструкція дихальних шляхів – 5 %, 5 % – інші причини. Близько 20–25 % загинув на полі бою та ранніх етапах медичної евакуації потенційно могли жити і померли через відсутність або несвоєчасне (неякісне) надання медичної допомоги. Майже 15 % втрат, що настали до надходження пораненого до медичного закладу, можна було би запобігти, якби відразу були вжиті необхідні заходи: зупинка масивної кровотечі, відновлення прохідності дихальних шляхів, накладення герметичної пов'язки при відкритому



пораненні грудної клітки, усунення напруженого пневмотораксу за допомогою декомпресійної голки і, за можливості, дренивання грудної клітки.

Таким чином, АТО стало серйозним викликом для системи медичного забезпечення ЗСУ. Досвід перших років проведення АТО показав, що існуюча система медичного забезпечення військ не відповідає потребам ЗСУ в умовах військової агресії. Поряд із цим, під час антитерористичної операції військові медики набули значного досвіду, який часто йшов в розріз із попередніми уявленнями щодо організації медичного забезпечення.

## **ВОДНИЙ ТУРИЗМ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ**

**В. І. Довгаль, Г. В. Кедрич, О. О. Ястремський**

### *Кременецька обласна гуманітарно-педагогічна академія ім. Тараса Шевченка*

Представлені дані у сучасній літературі засвідчують стійкі тенденції до зменшення обсягу рухової активності студентів, що негативно позначається на показниках їхнього фізичного стану, саме тому особливої соціальної значущості набувають питання раціонального формування, збереження та зміцнення здоров'я студентської молоді. Враховуючи те, що в сучасному суспільстві прослідковуються прогресуючі тенденції до збільшення кількості вільного часу, але нажаль студентська молодь використовує цей час нераціонально та неефективно, з недостатньою користю для власного здоров'я.

Постійне перебування під впливом фізичних навантажень в туристичних походах, сприяє оптимальній роботі практично всіх систем організму. Особливо корисним є водний туризм, що впливає на м'язову, серцево-судинну, дихальну системи. Під час подолання різних природних перешкод беруть участь всі без винятку групи м'язів. Найбільше навантаження припадає на м'язи, так званого, м'язового корсету тулуба, і особливо на м'язи ніг.

В Україні можливо більш широке використання водного туризму. В країні є достатні водні ресурси для розвитку водного туризму, кадровий потенціал, історичні передумови. На наш погляд, для студентів можливо розробити рекреаційні програми з елементами оздоровчого водного туризму.

В Кременецькій обласній гуманітарно-педагогічній академії ім. Тараса Шевченка протягом багатьох років діє програма з проведення літніх табірних зборів для студентів спеціальності «Фізичне виховання» з елементами водного туризму.

Особливостями водного туризму є: вибір цільових рекреаційних і пізнавальних об'єктів; визначення маршруту, його протяжності і тривалості; визначення місць організації привалів; розробка графіка походу; вибір оптимального варіанту матеріально-технічного забезпечення і комплектування груп; вибір засобів пересування (човни, байдарки, катамарани і т.п.); вибір режиму харчування і оптимального раціону харчування; розподіл обов'язків кожного члена групи.

До основних впливових факторів, які впливають на розвиток водного туризму в Україні відносять: значні водні ресурси; краєвиди України; наявність попиту на такий вид туризму. До недоліків розвитку водного туризму віднесено: недостатнє рекламно-інформаційне забезпечення; слабе управління культурою туризму; низька якість послуг та невідповідність матеріальної бази.

#### **Список використаних джерел**

1. Бойчук Ю. Д. Особенности водного туризма и его оздоровительное влияние на организм человека / Ю. Д. Бойчук, Н. В. Одинцов // Валеология: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку / Матеріали XII міжн. наук.-практ. конф., 10 квітня – 11 квітня, Х. : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2014. – С. 13–14.

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ**

**А. І. Гурова**

*Херсонський державний університет м. Херсон*

Подагра є хронічним і досить поширеним захворюванням обміну речовин, що проявляється у вигляді підвищеного вмісту сечової кислоти в крові і відкладанням солей цієї кислоти в тканинах. Зростання захворюваності на подагру за рахунок збільшення екзо- та ендогенних пуринів, зменшення віку дебюту патології, погіршення якості життя та рання інвалідизація хворих, підвищення ризику розвитку кардіальних та неврологічних захворювань зумовлює актуальність проблеми подагри. На неї хворіють 3% загальної популяції світу, переважно чоловіки у середньому віці та жінки – в похилому. Консервативні методи лікування завжди є у пріоритеті, вони краще впливають на сприятливий перебіг захворювання і більш швидке одужання або перехід захворювання у стадію ремісії. У лікуванні та профілактиці подагри важливе місце займає фізична реабілітація та її основний метод – лікувальна фізкультура.. Завданнями ЛФК при подагрі є: поліпшення крово- і лімфообігу в уражених суглобах, шкірі, м'язах; сприяння розсмоктуванню ексудату; зменшення болю і скутості в суглобах; зняття напруги у м'язах кінцівок, поліпшення їхньої трофіки, тонуусу і сили; відновлення нормальної амплітуди рухів в суглобах, поліпшення функції руху ніг і рук; профілактика подагричних анкілозів; сприяння збільшенню діурезу і виведенню з організму сечокислих солей; поліпшення функцій серцево-судинної і дихальної систем; нормалізація усіх видів обміну речовин.; поліпшення психічного стану пацієнтів. Основні форми ЛФК при подагрі включають ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику; заняття на тренажерах; дозовану ходьбу. На початкових стадіях захворювання, коли виразність функціональних і морфологічних порушень незначна, включають також спортивні ігри, теренкур. В комплекси ЛФК включають загально-розвиваючі вправи для великих груп м'язів верхніх і нижніх кінцівок, спеціальні для м'язів, що оточують суглоби; дихальні вправи - статичні і динамічні; активні вправи для всіх неуражених суглобів з повною амплітудою; ізометричні

вправи для м'язів верхніх і нижніх кінцівок. При відборі хворих для занять ЛФК необхідно враховувати такі чинники: період захворювання (гострий, хронічний, період між приступами); стан суглобів (наявність або відсутність деформацій, контрактур, виразність змін функції суглобів); стан серцево-судинної системи тощо. Проведення ЛФК відбувається як в груповій, так і в індивідуальній формах. Індивідуальні заняття проводять з хворими, що мають гостру і підгостру форми захворювання з больовим синдромом, деформацією суглобів і контрактурами, при поганому функціональному стані серцево-судинної системи, тривалому періоді гіподинамії. До основних завдань ЛФК в гострий період подагри можна віднести: послаблення болю і зняття запалення. У зв'язку з обмеженістю рухів при даному стані хворому зазвичай рекомендують спокій на 2-3 дні в поєднанні з іммобілізацією і підвищеним положенням ураженого суглоба. ЛФК і класичний масаж при гострому перебігу захворювання проводяться в період між нападами. При стиханні запального процесу (зниження температури, зменшення запальних явищ і болю в уражених суглобах поліпшення функціонального стану кардіореспіраторної системи) пацієнт може бути переведений на групову форму занять. Лікувальна гімнастика направлена на розвиток витривалості і сили м'язів, поліпшення функції апарату руху. В періоді ремісії доцільно поєднувати ЛФК з фізіотерапевтичними процедурами (теплі ванни, парафінові і озокеритові аплікації і т. і.) і масажем. Рекомендується проводити теплові процедури і масаж безпосередньо перед лікувальною гімнастикою. Для загального оздоровлення і підвищення рівня обміну речовин показані гідротерапія (холодний і контрастний душі або обливання), а також вправи аеробного характеру. Відмінна риса методики лікувальної гімнастики при подагрі - поєднане застосування спеціальних вправ (пасивні і активні рухи в хворих суглобах) на тлі загальноорозвиваючих (для великих м'язових груп) і дихальних вправ, які покращують загальний обмін речовин і нормалізують функціональний стан ЦНС.

## **ВЛАСТИВОСТІ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В УМОВАХ ЗОРОВОЇ ДЕПРИВАЦІЇ**

**Ю. В. Загайкан, О. Б. Спринь, О. М. Криль**

*Херсонський державний університет м. Херсон*

Дослідження особливостей сенсомоторних функцій у людини має важливе значення для розуміння фізіологічних механізмів інтегративної діяльності мозку, яка ґрунтується на складній динамічній організації різних його структур і формує індивідуальний тип поведінки.

Сенсомоторні реакції відображають єдність нейрофізіологічних і психічних процесів та взаємодію сенсорних і рухових складових при виконанні всіх видів психічної діяльності людини [1]. На підставі сенсорної й кінестетичної інформації, що надходить від аналізаторів, здійснюється запуск, регуляція, контроль і корекція усіх видів психомоторики та становлення когнітивних функцій у процесі індивідуального

розвитку дитини. Координація сенсорних і моторних компонентів рухового акту має доцільно-приспосувальний характер і одночасно є найважливішою умовою оптимальної взаємодії та функціонування аналізаторних систем мозку, що складає підґрунтя для формування адекватних образів оточуючого світу.

Цілеспрямовані клінічні дослідження впливу сенсорної депривації на психофізіологічний стан дітей почалися лише у другій чверті ХХ століття, але це не дає нам змоги створити цілісну картину особливостей фізичного та психічного стану дитини з вадами зору [3].

На даний час нами розпочато дослідження психофізіологічних функцій учнів із зоровою депривацією. Контингентом дослідження були учні віком 9 років Херсонського навчально-виховного комплексу №11 у кількості 30 осіб. Контрольна група була створена з учнів загальноосвітньої школи №31 з поглибленим вивченням історії, права та іноземних мов м. Херсона у кількості 30 осіб.

На початку дослідження з кожним обстежуваним індивідуально проводилось ознайомлення з методиками дослідження властивостей основних нервових процесів. Порядок досліджень для всього контингенту обстежуваних здійснювався за однією і тією ж схемою і був наступним: спершу вивчали сенсомоторне реагування на подразники різної складності такі як фігури та звуки, а потім силу нервових процесів за допомогою комп'ютерної методики «Діагност-1М» [2].

Проаналізувавши літературні дані та підтвердивши їх розпочатими дослідженнями ми дійшли до таких висновків.

1. При вивченні сенсомоторного реагування на звукові та зорові подразники виявлено:

- достовірно гірші показники латентних періодів різних за складністю реакцій на фігури у дітей експериментальної групи на відміну від контролю;
- достовірно кращі показники латентних періодів різних за складністю реакцій на звуки у групі дітей з зоровою сенсорною депривацією. Це пояснюється тим, що у слабкозрячих краще розвинена слухова пам'ять, вони швидше розуміють та визначають джерело звуку.

2. Рівень працездатності головного мозку за загальною кількістю опрацьованих сигналів за певний час та мінімальної експозиції у групі дітей з вадами зору значно гірший, при виконанні завдань на фігури, у порівнянні з дітьми контрольної групи.

### **Список використаних джерел**

1. Ганонг В. Ф. Фізіологія людини // Переклад з англ. наук. Ред. перекладу М. Гжегоцький, В. Шевчук, О. Заячківська / В. Ф. Ганонг. – Львів: БаК, 2002. – 784 с.
2. Макаренко М. В. Методика проведення обстежень та оцінки індивідуальних нейродинамічних властивостей вищої нервової діяльності людини / М. В. Макаренко // Фізіол. журн. – 1999. – Т.45, №4. – С.125–131.
3. Матвеев В. Ф. Психические нарушения при дефектах зрения и слуха / В. Ф. Матвеев. – М. : Медицина, 1987. – 184 с.

## **НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ПІДГРУНТЯ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТЬ СТРЕТЧИГОМ У ШКОЛАХ**

**Б. Р. Задворний**

*Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, м. Луцьк*

Національна стратегія розвитку освіти в Україні на 2012-2021 роки, декларує, що основними завданнями Національної стратегії розвитку освіти у загальній середній освіті є перебудова та оновлення змісту, форм і методів організації навчально-виховного процесу; підвищення його ефективності на основі впровадження досягнень психолого-педагогічної науки, педагогічних інновацій; створення умов для диференціації навчання, індивідуальної освітньої траєкторії розвитку учнів відповідно до їх особистісних потреб, інтересів та здібностей. Введення занять стретчингом у фізичне виховання старшокласниць, направлене на практичну реалізацію державної політики в галузі освіти щодо оновлення методології фізичного виховання дітей та молодів, збільшення рухового режиму учнів шкільного віку, за рахунок уроків фізичної культури, удосконалення фізкультурно-оздоровчої роботи у закладах системи освіти, формування здорового способу життя як складової виховання, збереження і зміцнення здоров'я дітей і молоді.

Ще в проєкті Національної доктрини розвитку освіти України у XXI столітті зазначалось, що пріоритетним завданням системи освіти є навчання людини відповідальному ставленню до власного здоров'я і здоров'я оточуючих як до найвищих індивідуальних і суспільних цінностей. Одним із механізмів реалізації цього завдання є оптимізація режиму навчально-виховного процесу та широке залучення до фізичної культури школярів. А в Національній доктрині розвитку освіти, наводиться чітке роз'яснення, що використання різноманітних форм рухової активності та інших засобів фізичного удосконалення дасть змогу досягнути істотного зниження захворюваності дітей, підлітків, закласти основи для забезпечення і розвитку фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я. У розрізі Національної доктрини виконання стретчингу направлене на урізноманітнення форм рухової активності учнів та сприятиме розвитку гнучкості як способу фізичного удосконалення.

Згідно з Національною доктриною розвитку фізичної культури і спорту, фізичне виховання є суспільним проявом фізичної культури як складової загальної культури. Фізична культура спрямована на забезпечення рухової активності людей з метою їх гармонійного, передусім фізичного розвитку та ведення здорового способу життя. Серед багатовекторності державної політики у сфері фізичної культури, особливе місце належить вирішенню нагального завдання щодо удосконалення форм залучення різних груп населення, у тому числі школярів, до регулярних та повноцінних занять фізичною культурою. На нашу думку, відвідування старшокласницями занять стретчингу, як одного з «розрекламованих» способів догляду за фізичним станом, сприятиме вирішенню поставленого Національною доктриною завдання щодо

формування мотивації до фізичного виховання як важливого чинника забезпечення здорового способу життя.

Розроблена Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація», що базується на рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я, Ради Європи, Європейського Союзу, направлена на формування у суспільстві умов до оздоровчої рухової активності та здорового способу життя. Досягненню цієї мети сприятиме розвиток та модернізація фізичного виховання в загальноосвітніх навчальних закладах, забезпечення медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням школярів. Загальнорозвиваючі та цілеспрямовані на розвиток гнучкості, стретчинг-вправи сприятимуть формуванню ціннісного ставлення школярів до власного здоров'я, покращення фізичного розвитку та фізичної підготовленості.

До завдань Державної цільової програми розвитку фізичної культури і спорту на період до 2020 року належить підвищення рівня поінформованості та обізнаності щодо формування здорового способу життя і профілактики негативних явищ серед дітей і молоді. Науково-обгрунтоване в доступній для учнів формі пояснення викладачем переваг стретчингу сприятиме підвищенню рівня зацікавленості та свідомого ставлення до власного здоров'я.

Таким чином, аналіз чинних нормативно-правових актів дає можливість урізноманітнювати заняття фізичними вправами школярів, у тому числі, не заперечує проведення занять стретчингом в середньо освітніх навчальних закладах.

## **ПРАВО НА ОСВІТУ В ІНКЛЮЗИВНОМУ СУСПІЛЬСТВІ**

**О. Ю. Закусило**

*Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

Формування державної соціальної політики стосовно людей з інвалідністю має враховувати нинішню світову тенденцію надання пріоритетного значення «соціальному» підходу, а не «медичному», у вирішенні проблем щодо дотримання прав людей з особливими потребами.

За останнє десятиріччя соціальна політика багатьох європейських країн стосовно осіб з інвалідністю зазнала суттєвих змін. Ставлення до цієї соціальної групи людей, як до пацієнтів, якими необхідно лише опікуватися, і які не можуть долучитися до активного суспільного життя, змінилося на ставлення до них, як до повноправних членів суспільства, що мають рівні права з іншими громадянами країни. Для цього потрібно здолати існуючі перешкоди невлаштованого соціуму, удосконалити законодавство і посилити контроль за його дотриманням, змінити у ряді випадків ставлення суспільства до проблеми інвалідності.

Політика держави у цій сфері має базуватися на вже існуючих світових тенденціях та інноваційних підходах до розв'язання проблем інвалідності та кращому практичному досвіді. Зміна акцентів у трактуванні концепції інвалідності призводить

до необхідності забезпечення комплексного підходу у створенні умов, які б сприяли реалізації прав осіб з інвалідністю на рівні з іншими громадянами країни, зокрема, їхню інтеграцію в суспільство та отримання належної освіти.

Слід зазначити, що підтримка навчання людей з інвалідністю існує в усіх розвинутих країнах світу. Супровід навчання розпочався відповідно до Всесвітньої програми дій відносно інвалідів, прийнятої Генеральною Асамблеєю ООН в її Резолюції 37/52 від 03.12.1982 р., і здійснюється згідно зі Стандартними правилами забезпечення рівних можливостей для інвалідів (Резолюція ГА ООН 48/96 від 20 грудня 1993 р.).

Ідеї соціальної та освітньої інклюзії у контексті реалізації соціальної моделі інвалідності сприяв Міжнародний рух за освіту для всіх, діяльність якого зосереджувалась на створенні у суспільстві умов щодо надання усім дітям, молоді та дорослим незалежно від статусу, статі, стану здоров'я та розвитку рівних можливостей реалізувати своє право на освіту.

Інклюзивне навчання визначається у Концепції розвитку інклюзивної освіти України як комплексний процес забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітям з особливими освітніми потребами шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на основі застосування особистісно орієнтованих методів навчання, з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності таких дітей [2].

Тенденції розвитку освіти дітей з особливими потребами за кордоном пов'язані із заміщенням інтеграційних процесів інклюзивними, які мають розширений сенс: інтеграція відображає спробу залучити учнів з особливими освітніми потребами до загальноосвітніх шкіл, а інклюзія передбачає пристосування шкіл та їх загальної освітньої філософії та політики до потреб усіх учнів.

Отже, питання соціальної інклюзії повинні знайти своє відображення у сфері освітньої політики, тому що освітня система є віддзеркаленням стану суспільства й одночасно важливим засобом його перебудови. Мета освітньої інклюзії полягає у ліквідації соціальної ізоляції, яка є наслідком негативного ставлення до багатоманітності. Відправною точкою цього поняття є переконання, що освіта є одним з основоположних прав людини і основою для більш справедливого суспільства.

### **Список використаних джерел**

1. Колупаєва А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія / А.А. Колупаєва. – К.: Самміт-Книга, 2009. – 272 с.
2. Концепція розвитку інклюзивної освіти: наказ Міністерства освіти і науки України від 01.10.2010 р. № 912 // веб-портал osvita.ua. [Електронний ресурс] – Режим доступу: [http://ru.osvita.ua/legislation/ser\\_osv/9189/](http://ru.osvita.ua/legislation/ser_osv/9189/)

# ВИЗНАЧЕННЯ ГОТОВНОСТІ СТУДЕНТІВ-БАКАЛАВРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «БІОЛОГІЯ» ДО МАЙБУТНЬОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

О. П. Запорожець

*Херсонський державний університет*

Особистісні якості, що функціонують на ціннісно-смысловому рівні, вказують на ставлення людини до професійної діяльності як невід'ємної частини його життя, що визначає його статус у суспільстві.

Чим раніше виявлена схильність людини до певної професійної діяльності, тим легше їй зорієнтуватися у виборі професії. Ознакою схильності до певної професійної діяльності є інтереси людини, в яких проявляється її пізнавальна потреба та спрямованість на певну діяльність. Виявлення інтересів людини сприяє професійному визначенню особистості.

Численні дослідження вітчизняних та іноземних науковців свідчать, що формування професійної самосвідомості майбутніх учителів під час навчання у вищому навчальному закладі, набуття ними здатності до прийняття адекватних рішень в "нестандартних" ситуаціях або в умовах дефіциту часу, навичок оптимальної взаємодії із учасниками виробничого процесу у спільній професійній діяльності має вирішальне значення в ефективності їх особистісного та професійного росту.

Основну увагу в роботі було сконцентровано на питаннях, пов'язаних з дослідженнями особливостей формування професійної спрямованості та компетентності майбутніх фахівців професій типу «людина-людина».

Дослідження, у якому взяли участь 26 студентів-бакалаврів (академічна група) спеціальності «Біологія», проведене на базі Херсонського державного університету.

У ході досліджень були визначені схильність досліджуваних до різних типів професій відповідно до класифікації типів професій Є.О. Клімова, рівень професійної самоефективності спеціаліста та рівень професійної спрямованості та готовності студентів за спеціально розробленими опитувальниками та психодіагностичними он-лайн методиками, запропонованими лабораторією вікової психофізіології Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України.

Отримані результати свідчать, що більшість студентів-біологів правильно обрали спеціальність, а саме - 54 % групи мають схильність до професій типу «людина - людина», а 31 % - до типу «людина - природа».

Встановлено, що у більшості (75%) досліджуваних бакалаврів рівень професійної спрямованості, професійного самовизначення та готовності до самостійної роботи були високими або вище середнього.

Це дає змогу зробити сприятливий прогноз щодо успішності подальшої професійної адаптації та діяльності випускника, адже саме ці показники є провідними новоутвореннями такого етапу професійного становлення особистості фахівця як професійна підготовка.



# ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ М'ЯЗОВОЇ ТКАНИНИ ТА ПЕРЕБІГУ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ

В. І. Каплун

*Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

На даний час біль у м'язах або міозит, займає досить вагоме місце серед захворювань опорно-рухового апарату у людей середнього та похилого віку. Але зустрічаються поодинокі випадки і у молодшого покоління. Це може бути пов'язане з великим, не вірно підібраним фізичним навантаженням, гіподинамією чи взагалі адинамією, або навіть інфекційного походження. Спеціалістам слід чітко враховувати походження хвороби та підбирати комплексне лікування включаючи в нього ранню фізичну реабілітацію.

Міозит - запалення м'язів. Міальгія - біль у м'язах, під час патологічного процесу або фізичного чинника. Міозит зумовлюється інфекцією або інтоксикацією. Велику роль у його розвитку відіграє переохолодження. Звичайно уражаються окремі групи м'язів: шийні, плечового пояса, поперекові тощо. Міозит може бути негнійний, гнійним, інфекційно-алергічним, неінфекційних, інфекційних. Також захворювання може бути в залежності від характеру течії: хронічним, підгострим, а також гострим. Розрізняють також міозит спини, ніг, рук і так далі. М'язи набухають, стають болючими, якщо на них натиснути, іноді рухи неможливі внаслідок сильного болю. Коли уражені шийні м'язи, голова схилена вбік, повернути її неможливо. За ураження поперекових м'язів обмежуються рухи в поперековій ділянці хребта. Пацієнту важко робити нахили тулуба вперед, назад та в сторони [2].

Гострий міозит часто за кілька днів сам минає. У разі ж хронічного запалення окремих м'язових груп біль стає постійним. Він може зменшуватися, зовсім зникати або знову загострюватися. Хронічний міозит може тривати роками. М'язова слабкість (міастенія) є наслідком надмірного напруження м'язів або тривалої їх бездіяльності. Іноді виникає атрофія м'язів унаслідок порушення їх живлення. Гострі інфекційні захворювання та інтоксикації прискорюють розвиток міастенії. Тривала м'язова слабкість сприяє викривленню хребта. М'язова дистрофія характеризується поступовим наростанням слабкості та атрофією м'язів. За ураження м'язів плечового пояса хворі не можуть підняти руки вище від горизонтального рівня.

Однією з основних причин розвитку міозиту також є різні інфекційні хвороби (грип, хронічний тонзиліт, ГРВІ). Захворювання, може бути викликано різними токсичними речовинами або паразитами. Відомі випадки, коли міозит є наслідком професійної діяльності у представників таких професій як: оператори ПК, водії, скрипалі, піаністи, іншими словами люди, які проводять величезний проміжок часу протягом дня в незручному положенні.

Походженням міозиту можуть бути м'язові судоми, переохолодження, травми. Супроводжувати міозит можуть і деякі патології: червоний вовчак, ревматизм, ревматоїдний артрит. Гнійний міозит можливо результатом місцевого інфікування при порушенні правил гігієни, наприклад, під час проведення медичних маніпуляцій.

Якщо патологічний процес локалізується в ділянці м'язів тазового пояса, хворому важко сходити вниз сходами, вставати з положення сидячи. Хода стає як у качки. Через слабкість м'язів спини порушується постава, викривляється хребет та випинається живіт [1].

Міозит скелетних м'язів проявляється ниючими болями у м'язах рук, ніг, тулуба, що посилюються при рухах.

Міозит зазвичай є наслідком незвичних фізичних навантажень (особливо на холоді), забитих місць напружених м'язів (при заняттях спортом). Іноді міозит виникає як ускладнення гострих інфекційних і застудних захворювань. При захворюваннях сполучної тканини (ревматизм, червоний вовчак, ревматоїдний артрит, склеродермія та ін).

Міозит може набути хронічного характеру і загострюватися при охолодженні, зміні погоди, у нічний час. Для міозиту характерно відчуття болю при пальпуванні м'язів, наявність у них хворобливих вузликів і тяжів.

Ознайомившись з етіологією виникнення м'язового запалення, ми чітко можемо усвідомити, що дана проблема займає досить вагоме місце серед патологічних процесів рухового апарату людини. Слід навчитися розрізняти різноманітні запальні процеси самої м'язової тканини, від запальних процесів інших тканин або навіть внутрішніх органів. Якщо з'явилися перші ознаки міозиту чи міальгії, не слід займатися самолікуванням вдома, або навіть ще гірше, очікувати що проблема матиме самостійний перебіг. Варто звернутися до кваліфікованого фахівця для отримання подальшого курсу лікування. Слід пам'ятати, що міальгія або міозит здатні прогресувати і переходити навіть в рабдоміоліз.

### **Список використаних джерел**

1. Бабич М.И., Ранняя реабилитация при осложненных повреждениях опорно-двигательного аппарата / М.И. Бабич, Ю. А. Вастьянов // Военно-медицинский журнал. 1990. - №1. – С. 71.
2. Васичкин В.И. Методика лечебного массажа / В.И. Васичкин – Санкт-Петербург: Лань, 2001. — 435 с.

## **ОСНОВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ**

### **І. О. Киричук**

#### *Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

У процесі вивчення проблем, пов'язаних з церебральним паралічем, виникла велика кількість методів лікування. Про труднощі терапії таких хворих свідчить той факт, що в ранніх роботах зі спастичних паралічів майже не застосовувалося лікування [2]. Перші автори, що описували це захворювання, питання терапії вважали безнадійним. Оскільки діагноз - церебральний параліч ставився після розвитку і прояву основних клінічних симптомів, те й лікування починалося значно пізніше, ніж

це необхідно. Це було причиною малоефективної терапії, яка полегшувала страждання хворих лише в незначній мірі.

Згодом розпочалися спроби консервативного лікування, які містили в собі медикаментозне лікування, масаж, фізіотерапію, лікувальну фізкультуру. Пізніше до цих методів додалися ортопедичні заходи, такі як накладення гіпсових пов'язок, використання спеціальних апаратів і ортопедичного взуття. Робилися спроби оперативного втручання. Як правило, усі ці методи використовувалися в різних комбінаціях.

У плані відновлювального лікування хворих на ДЦП широко використовується фізіотерапія з застосуванням природних і преформованих фізичних факторів [3; 4]. Це і грязьові аплікації, і мінеральні ванни та фізіотерапія.

Пелоїдотерапія – це лікування з використанням грязі (пелоїдів). Лікувальні грязі – це геологічно молоді природні утворення, що складаються з мінеральних, органічних речовин і води. [4].

Бальнеотерапія впливає на стан центральної нервової системи, нормалізуючи кровообіг, обмін речовин, процеси збудження і гальмування, сон. У теплій воді знижується тонус м'язів, зменшуються больові відчуття і сінкінезії, збільшується обсяг активних рухів, поліпшується кровопостачання органів і тканин. Теплу ванну сполучать з активними і пасивними рухами під водою. Водяні процедури також сприяють загартовуванню організму, підвищуючи його резистентність до різних інфекцій.

Апаратна фізіотерапія - лікування струмами різної частоти (ампліпульс-терапія, електроміостимуляція, електрофорез).

Разом з тим, згідно з сучасними уявленнями, основними методами реабілітації вважаються: масаж, мануальна терапія і лікувальна фізкультура.

В даний час усе більше уваги фахівців з лікувальної фізкультури приділяється проблемам реабілітації хворих на дитячий церебральний параліч.

При систематичних заняттях лікувальною фізкультурою (ЛФК) відбувається зміцнення й удосконалювання нейро-рефлекторних зв'язок у вигляді формування рухових навичок і поліпшення функціонального стану центральної і периферичної нервової системи.

Існує безліч оригінальних методик, які являють собою цілісну систему лікування і реабілітації [1]. Як лікувальну процедуру було запропоновано лікувальну верхову їзду – індивідуально підібрані, активні і пасивні вправи на коні у поєднанні з пасивним використанням кроку коня.

Отже, використання різних методів діагностики і лікування дозволяє коригувати рухові порушення з найбільшою ефективністю, і сприяє розвитку психічної сфери дитини в максимально сприятливих емоційних умовах.

### **Список використаних джерел**

1. Губарева В. В. Состояние сердечно-сосудистой системы у детей, страдающие ДЦП / В. В. Губарева, З. И. Лянь // Акт. вопросы сердечно-сосудистой системы и

ревматических заболеваний у детей: сб. научных трудов. – Алма – Ата, 1989. – С. 113-118.

2. Козьявкин В. И. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы / Козьявкин В. И. – Львов : Украинские технологии, 1999. – 142 с.

3. Шанько Г. Г. Неврология детского возраста / Г. Г. Шанько, Е. С. Бондаренко. – Минск : Вишэйшая школа, 1990. – 343 с.

4. Шабалина Н. Б. Основные принципы социально-трудовой реабилитации больных и инвалидов вследствие ДЦП / Н. Б. Шабалина, Д. Н. Лаврова, Т. А. Добровольская // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов: сборник научных трудов. – Москва, 1991. – С. 60-67.

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ УПРОДОВЖ НАВЧАЛЬНОГО РОКУ**

**С. О. Коваленко**

*Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького*

Сколіоз (від грец. *skoliosis* - викривлення) - це бічне викривлення хребта, яке може приводити до деформацій скелета і розвитку важких захворювань внутрішніх органів і систем. На ранніх стадіях розвитку і в дитячому віці сколіоз лікують консервативними методами, але при важкій і прогресуючій хворобі єдиним рішенням вважається операція.

Сколіоз характеризується не тільки наявністю одного або декількох бічних вигинів хребетного стовпа, але і можливою ротацією хребта навкруги своєї осі, зміною форми хребців, виникненням ребрового горба і значною асиметрією скелета. Важкі форми сколіозу можуть приводити до порушення діяльності внутрішніх органів і розвитку різних захворювань.

Тому метою нашої роботи було оцінити зміни функціонального стану у дітей з порушеннями постави упродовж навчального року.

Проводили вимірювання на базі 14 школи-інтернату м Черкаси. Було обстежено 15 дітей із сколіотичною хворобою віком 11 років та 15 підлітків віком 14 років на початку та в кінці навчального року. Вимірювали наступні показники: частоту серцевих скорочень у положенні сидячи, артеріальний тиск, життєву ємність легенів, коли грудної клітки на вдиху, видиху та у паузі, силу правої та лівої кисти.

Показано, що у 14-річних частота серцевих скорочень вище як на початку так і у кінці навчального року ніж у 11-річних. Така закономірність не відповідає загальноприйнятій у віковому розвитку – з віком частота серцевих скорочень зменшується. Тому можна зробити висновок, що стан серцево-судинної системи дітей 14 років із сколіотичною хворобою не відповідає нормі.

Систолічний артеріальний тиск у осіб різного віку не відрізнявся. У хлопців 14 років цей показник наприкінці навчального року був значуще більшим, ніж на початку. Це є свідченням погіршення стану серцево-судинної системи у них. Цілком

можливо це пояснюється впливом навчальних навантажень. Діастолічний артеріальний тиск на початку навчального року у хворих різного віку не розрізнявся, а в кінці став вищим у 14 річних. Це може бути свідченням підвищення судинного тонусу у них.

Такі особливості серцевосудинної системи свідчать про погіршення її стану наприкінці навчального року у хлопців 14 років із сколіотичною хворобою. Для 11-річних такого не спостерігалось.

Функціональний стан системи зовнішнього дихання оцінювали за показниками життєвої ємності легенів, екскурсією грудної клітки. Так окіл грудної клітки у період із 11 до 14 років у досліджуваних осіб високодостовірно збільшувався. На початку року у 11-річних цей показник складав  $65,9 \pm 1,2$  см, а у 14-річних  $76,0 \pm 2,6$  см ( $p < 0,001$ ). Протягом навчального року окіл грудної клітки збільшувався, але невірогідно. Це може обумовлюватись тим, що процеси росту в основному відбуваються навесні-влітку.

В той же час життєва ємність легенів у вимірюваних розрізнялась як між групами, так і у різні періоди навчального року. Це свідчить про суттєвий ріст функції зовнішнього дихання.

Екскурсія грудної клітки на початку навчального року була більшою у хлопців 14 років, але в кінці року цей показник у них значуще знижувався і не відрізнявся від значення у 11-річних. Подібна закономірність може свідчити, по-перше, про неадекватне пристосування до навчальних та фізичних навантажень у хворих 14 річного віку, а, по-друге, про зменшення еластичності зв'язок, рухливості у суглобах у цей період онтогенезу.

У віці 14 років спостерігався суттєвий приріст сили кісті у порівнянні як із 11-річним віком так і впродовж навчального року. Це може бути свідченням збільшення рівня тестостерону у крові при статевому дозріванні.

Таким чином у 14-річних дітей із сколіотичною хворобою поряд із активним статевим дозріванням спостерігаються явища дезадаптації у серцевосудинній системі та системі зовнішнього дихання, що потребує вдосконалення методик фізичної реабілітації.

## **ВПЛИВ ВПРАВ СИСТЕМИ ПІЛАТЕСА НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ХРЕБТА У ЖІНОК ІЗ ПОПЕРЕКОВИМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ**

**Т. П. Козій**

*Херсонський державний університет*

**Вступ.** На сьогоднішній день проблема відновлення функціонального стану хребта у хворих на остеохондроз постає дуже гостро у зв'язку зі значною поширеністю та ригідністю даної патології. В Україні на остеохондроз хребта страждає близько 60-75% населення, вражаючи людей працездатного віку і

призводячи до тимчасової або стійкої втрати працездатності та інвалідності. Причому лідером можна назвати остеохондроз поперекового відділу хребта.

Нажаль, всі сучасні медичні методи лікування впливають тільки на прояви дегенеративного захворювання хребта, але не усувають його причину. Для проведення етіопатогенетичного лікування остеохондрозу необхідно включати у відновний комплекс спеціальні фізичні вправи системи пілатеса, що сьогодні вважається еталоном лікування остеохондрозу в західних клініках.

**Мета роботи** - розробити і застосувати комплекси спеціальних вправ системи пілатесу та визначити ефективність їх застосування у жінок із остеохондрозом поперекового відділу хребта.

**Матеріал і методи досліджень.** Дослідження впливу фізичних вправ проводилося протягом 4-х місяців занять за системою пілатеса, в якому взяли участь 10 жінок у віці 27-33 років з діагнозом - поперековий остеохондроз.

Ефективність програми з пілатесу визначалася за допомогою рухових тестів. Інтенсивність вертеброгенного больового синдрому оцінювалася за візуальною і вербальною шкалами суб'єктивного сприйняття болю при підйомі почерговому та опусканні ніг із положення лежачі на спині. Рухливість хребта визначалася за показниками глибини нахилу тулуба вперед і в боки з вихідного положення стоячи. Стійкість пози та рівновага визначалася за допомогою координаційної проби Ромберга із положення стоячи з опорою на дві ноги у позиції "п'ята-носок", руки витягнуті вперед, пальці розставлені, очі закриті. Функціональна м'язова асиметрія визначалася за навиком стабілізації хребта при ізометричному напруженні м'язів тулуба в положенні лежачи на спині.

**Результати дослідження.** Про регрес больового синдрому протягом 4-х місяців занять за системою пілатес свідчить зниження показників суб'єктивного відчуття болю в нижній частині спини у хворих жінок при виконанні рухів від помірного до слабкого. Значні зміни показників активної гнучкості хребта вперед на 4,8 см, вправо на 2 см, а вліво на 1,7 см свідчать про покращення рухливості хребта під впливом занять пілатесом. Достовірне збільшення часу збереження вестибулярної стійкості та рівноваги пози до 45-60 с свідчить про поліпшення постурального контролю тіла в просторі. На вдосконалення навичку стабілізації хребта вказує позитивна динаміка показників утримування тиску в манжеті тонометра та свідчить про покращення функціональної взаємодії м'язів спини і живота та уміння зберігати фізіологічні вигини в анатомічному положенні під час ізометричного напруження м'язів тулуба.

**Висновки.** Застосування фізичних вправ системи пілатеса у процесі комплексного лікування поперекового остеохондрозу позитивно впливає на всі ланки патологічного процесу, а саме, зменшує больові відчуття, покращує рухливість і гнучкість хребта, підвищує здатність зберігати стійкість пози і рівновагу тіла, збільшує силу та витривалість м'язів тулуба і вдосконалює їх функціональну взаємодію, тим самим стабілізуючи хребет при рухах і покращуючи функціональний стан хворих на остеохондроз.

**ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НЕРВОВО-М'ЯЗОВОГО АПАРАТУ  
ВИСОКОКВАЛІФІКОВАНИХ СПОРТСМЕНІВ-ГРЕБЦІВ У  
ПІДГОТОВЧОМУ ПЕРІОДІ  
О. В. Колосова, Т. О. Халявка**

*Національний університет фізичного виховання та спорту України, м. Київ*

Важливим аспектом підготовки спортсменів є проведення медично-біологічного контролю над станом організму для оцінки готовності до виконання значних фізичних навантажень, а також виявлення порушень у функціонуванні різних фізіологічних систем, у тому числі нервової та м'язової. Використання електронейроміографічного (ЕНМГ) методу дозволяє ефективно оцінити функціональний стан нервово-м'язового апарату спортсменів.

У ЕНМГ-дослідженні на нейродіагностичному комплексі Nicolet Viking Select приймали участь 35 висококваліфікованих спортсменів-гребців у віці від 16 до 28 років. Використовували методіку Н-рефлексометрії та визначення швидкості проведення нервового імпульсу (ШП). Визначали порогові значення Н-(рефлекторних) та М-(прямих) м'язових відповідей та їх максимальні амплітуди, співвідношення порогів та максимальних амплітуд Н- та М-відповідей, а також ШП по моторних волокнах великогомілкового нерву (*n. tibialis*) і моторних та сенсорних волокнах середнього нерву (*n. medianus*) для правої (ПК) та лівої (ЛК) кінцівок. Статистичну значущість відмінностей параметрів у різних групах визначали за допомогою критерію Стьюдента для парних вибірок.

За результатами дослідження виявлено, що у 77% спортсменів (група 1) ЕНМГ-параметри знаходилися у межах норми, у той час як у 23% (група 2) спостерігалися статистично значущі відхилення показників від норми, а саме - зниження амплітуд Н-відповідей та співвідношення амплітуд Н- та М- відповідей, що може свідчити про патологічні зміни в структурах дуги моносинаптичного рефлексу, які стосуються в основному її аферентної, більш чутливої до компресії, частини. Причиною таких змін може бути спазм глибоких м'язів та зв'язок хребта, викликаний травмою, неадекватним або асиметричним фізичним навантаженням на попереково-крижовий відділ хребта під час спортивних тренувань. Показники ШП не мали значущих відмінностей для двох груп.

Для аналізу результатів з урахуванням факторів віку та статі групу спортсменів з відхиленнями ЕНМГ-параметрів від норми розділили на молодих (16-19 років) та дорослих (20-30 років), а також на чоловіків та жінок (табл. 1). Патологічні зміни спостерігалися у 9% молодих спортсменів, причому тільки у чоловіків, та у 14 % дорослих спортсменів (з них у 6% чоловіків та 8% жінок) (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл порушень нервово-м'язового апарату у спортсменів-гребців різних вікових та гендерних груп.

Група	Молоді спортсмени, %	Дорослі спортсмени, %
Всього	9	14

Чоловіки	9	6
Жінки	0	8

Таким чином, виявлено, що у 23 % спортсменів-гребців, тестованих у підготовчому періоді, спостерігаються відхилення електронейроміографічних параметрів від норми, що може бути наслідком дії неадекватного навантаження на попереково-крижовий відділ хребта під час спортивних тренувань. Показано, що з віком частка порушень функціонального стану нервово-м'язового апарату спортсменів збільшується, особливо у жінок. Це може бути пов'язаним з більшою тривалістю дії тренувальних навантажень на хребет у дорослих атлетів, а також з фізіологічними особливостями жіночого організму.

## **ЕРГОТЕРАПІЯ ЯК КОМПОНЕНТ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ**

**А. М. Коньков**

*Херсонський державний університет, м. Херсон*

У людей у віці «першої старості» або похилого віку (60-75 років), що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, функціональні можливості організму в цілому та головного мозку зокрема, по відновленню нормальної життєдіяльності значно поступають особам більш молодого віку.

Досвід практичної роботи свідчить, що досягти у таких пацієнтів якомога більшого відновлення у зв'язку з хворобою функцій центральної нервової системи, використовуючи ЛФК, масаж, засоби фізіотерапії, буває інколи просто неможливо. Причому, навіть поєднання цих обов'язкових атрибутів відновлювального лікування з призначенням найефективніших фармако-логічних препаратів виявляється безуспішним.

У таких ситуаціях єдиною можливістю відновити, хоча можливо і не в повній мірі, рівень фізичної активності пацієнта, який був до хвороби, самообслуговування, залишається використання потенціалу ерготерапії. Будучи однією з галузей реабілітації, ерготерапія є засобом покращення якості життя людей, які через хвороби чи травми втратили здатність рухатись, координувати рухи і займатись звичними справами [1].

Спеціаліст в галузі ерготерапії (лікар-ерготерапевт), працюючи з пацієнтами даної вікової групи, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, прагне забезпечити їм максимальну адаптацію в оточуючому середовищі. При цьому, у випадках макроінсульту, коли позитивна динаміка у перебігу патологічного процесу виражена слабо чи відсутня зовсім, ерготерапевту доводиться докладати зусиль до створення необхідних за своєю напруженістю мотивації пацієнта, у його прагненні справитись із хворобою, повернутись до колишнього рівня соціальної, у тому числі тривалої активності. Успіх цієї дуже непростой роботи буде багато в чому залежати від вміння лікаря-ерготерапевта проявити терпіння, доброзичливість, а також щире



співпереживання емоційному стану пацієнта (емпатію). Тільки після створення позитивної мотивації у пацієнта і довірливої атмосфери у відносинах з ним, ерготерапевт має право приступити до використання методик з вироблення дрібної моторики, пам'яті, мови і уваги у свого підлеглого. Уважається, що саме ці параметри функціонування нервово-психічної сфери мають найбільше значення у подальшому оволодінні пацієнтом у зв'язку з хворобою навичками самообслуговування.

### **Список використаних джерел**

1. Эрготерапия – [zvc.lv/ru/pakalpojumi/...](http://zvc.lv/ru/pakalpojumi/)

## **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ТА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ: ПРОГРАМА ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ РОБОТИ**

**М. О. Коць, А. М. Тучак**

*Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, м. Луцьк*

На сучасному етапі розвитку українського суспільства гуманізація функцій освіти передбачає актуалізацію можливостей особистості учня як суб'єкта педагогічного процесу, здатного до саморозвитку, вільного вибору свого життєвого шляху. Це потребує певних змін в організації навчально-виховного процесу в закладах освіти. Особливої актуальності набуває це у роботі з дітьми з особливими потребами, що передбачає створення для них умов участі у соціальному і економічному житті через оволодіння певним обсягом знань, умінь і навичок в умовах спеціально організованого навчально-виховного процесу, органічно поєднаного з іншими формами реабілітації та інтеграції в суспільство.

Дослідно-експериментальна робота на тему *«Психолого-педагогічна корекція та фізична терапія дітей з особливими потребами»* є логічним продовженням успішної реалізації попередніх експериментальних проєктів на базі Луцького навчально-реабілітаційного центру: *«Формування готовності до професійного самовизначення дітей з особливими потребами»* (2007-2012 рр.); *«Соціалізація дітей з особливими потребами (2012-2017 рр.)»*

*Мета дослідно-експериментальної роботи:* теоретичне обґрунтування та експериментальна перевірка ефективності застосування комплексної системи засобів психолого-педагогічної корекції та фізичної терапії дітей з особливими потребами на основі отримання інформації про зміст, форми і методи саморозвитку та самовдосконалення особистості.

Реалізація мети здійснюватиметься через реалізацію таких завдань:

1. Опрацювати нормативно-правову та науково-методичну базу з науково-дослідної проблеми.

2. Підвищити рівень психофізіологічної компетентності за рахунок засвоєння відповідних знань і умінь, розширення можливостей самосприймання, пробудження потреби у самоудосконаленні на різних вікових етапах дітей з особливими потребами.

3. Сформуванати позитивне ставлення дитини до самої себе, почуття власної цінності як індивідуальності, впевненість у своїх силах відносно реалізації себе у майбутньому.

4. Забезпечити учням можливість співставляти свої індивідуальні можливості з вимогами побутової сфери та майбутньої професійної діяльності за допомогою виконання практичних завдань.

5. Упровадити інноваційні педагогічні, психологічні корекційні технології та фізіотерапевтичні методики в навчально-виховний процес НРЦ.

Виконання дослідницьких завдань дасть можливість:

- створити умови для організованих занять з фізичної терапії та психологічної корекції дітей з особливими потребами;

- підвищити розуміння громадою навчального закладу необхідності систематичної роботи з формування напрямків фізичної терапії та психологічної корекції.

- забезпечити сприятливі умови, що стимулюють особистість до самопізнання, саморозвитку із спрямуванням на оптимальне вирішення власних проблем.

## **СУЧАСНІ ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ШКОЛЯРІВ СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ГРУП**

**І. В. Кравець**

*Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

Основою реабілітаційних заходів при хронічних неспецифічних захворюваннях легенів є немедикаментозні методи дії: ЛФК, масаж, гідротерапія, кліматотерапія, бальнеотерапія.

Лікувальна фізична культура – один із компонентів лікування хронічних неспецифічних захворювань легенів. При заняттях ЛФК покращується рухомість грудної клітки, робота системи кровообігу і постачання тканин киснем, збільшується ЖЄЛ, підвищуються захисні можливості організму, поліпшується вентиляція і дренажна функція бронхів. Використовують традиційну ЛФК із включенням статичних і динамічних вправ на фоні загальнозміцнювальних. Найбільш розповсюдженою формою фізичних вправ для більшості страждаючих хронічним бронхітом є ходьба [1; 3].

На сьогодні фахівці пропонують застосовувати лікувальний масаж, вакуумний масаж, вібротерапію, акупунктуру.

На погляд різних авторів [4], лікувальний масаж прискорює вихід продуктів метаболізму, усуває застійні явища в легенях. Масаж грудної клітки нормалізує ритм

подиху, збільшує його глибину і вентиляцію. Поряд із класичним лікувальним масажем застосовують і його інші види – точковий масаж і самомасаж [2].

Вакуумний масаж являє собою локальний (місцевий) вплив повітря зі зниженим атмосферним тиском на грудну клітку. Результати авторів [6; 7] на підставі спостережень за реконвалесцентами з хронічними обструктивними захворюваннями легенів (ХОЗЛ) показують, що шкірно-вісцеральні рефлекси підсилюють легеневий кровотік, поліпшують дренажування дихальних шляхів і зменшують бронхіоспазм.

Вібротерапія – лікувальний вплив механічними коливаннями, який здійснюється при безпосередньому контакті випромінювача з тканинами хворого. Прикладені до грудної клітки механічні коливання руйнують міжмолекулярні зв'язки в мокротинні і прискорюють її евакуацію з дихальних шляхів. Крім того, вібрація поліпшує дифузію газів і їхнє перемішування в повітряних шляхах, відновлюючи нормальні вентиляційні відносини в уражених легенях.

В останні роки зріс інтерес до гідротерапії – лікувальне застосування прісної води. У її склад входять: вологе вкатування, душі, ванни, лазні.

Кліматотерапія – використання особливостей клімату різної місцевості для лікування хворих, виділяє свої види: аеротерапію, геліотерапію, таласотерапію, спелеотерапію.

Крім кліматотерапії, рекомендують використовувати і бальнеотерапію – лікувальне застосування мінеральних вод. Її основу складає зовнішнє застосування природних і штучне приготовлених мінеральних вод: хлоридні натрієві ванни, йодобромні ванни, мінеральні-газові ванни. Разом з тим до бальнеотерапії відносять і внутрішнє застосування мінеральних вод, вони використовуються для інгаляції.

Сучасні лікарі-апітерепевти лікують легеневі захворювання медом у чистому виді, або медом з бурсуковим жиром і медом з молоком [5].

Отже, у різноманітних літературних джерелах зустрічаються дані про те, що реабілітація є складною і багатопланою галуззю. В її практиці пропонується застосовувати багатий арсенал немедикаментозних методів лікування при хронічних неспецифічних захворюваннях легенів.

### **Список використаних джерел**

1. Внутренние болезни / [под ред. Е. Браунвальда]. – М. : Медицина, 1995. – С. 1-93.
2. Дубенчук А. Фізична культура: змінюємо пріоритети / А. Дубенчук // Фізичне виховання в школі. – 1999. – № 2. – С. 36-40.
3. Ефимова Л. К. Лечебная физическая культура при заболеваниях органов дыхания у детей / Ефимова Л. К. – К. : Здоров'я, 1988. – 88 с.
4. Єфименко П. Б. Техніка та методика масажу / Єфименко П. Б. – Харків : ОВС, 2001. – 144 с.
5. Константинов В. Е. Хронический бронхит: лечение и профилактика / Константинов В. Е. – К. : Юніверс, 1999. – 15 с.

6. Мухін В. М. Фізична реабілітація / Мухін В. М. – К. : Олімпійська література, 2000. – 423 с.

7. Фокин В. Н. Полный курс мас сажа / Фокин В. Н. – М. : ФАИР-ПРЕСС, 2000. – 512 с.

## **ФІЗІОЛОГІЧНА РЕАКТИВНІСТЬ ЯК ОСНОВА ІНДИВІДУАЛЬНИХ ВІДМІННОСТЕЙ СПОРТСМЕНІВ**

**О. М. Лисенко**

*Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ*

Проблема індивідуалізації підготовки спортсменів є однією з актуальних і вимагає постійного дослідження. Більшість науковців розглядають індивідуалізацію як вузько спрямований процес оптимізації деяких сторін підготовленості спортсменів. Підготовка спортсмена, що не враховує його індивідуальні особливості, не тільки не забезпечує реалізації можливостей спортсмена повною мірою, а й не дозволяє йому досягти високого спортивного результату. Необхідно виявити механізм виникнення, послідовність розвитку та основу функціонування індивідуальних особливостей спортсменів.

**Мета** - визначити сутність і діапазон індивідуальних особливостей спортсменів в процесі змагальної діяльності в дисциплінах спорту з переважним проявом витривалості.

**Методи.** В дослідженнях приймали участь кваліфіковані спортсмени, які тривалий час спеціалізувалися на змагальних дистанціях різної тривалості. Оцінка реакції кардіореспіраторної системи на прогресуючий гіперкапічний ( $\text{CO}_2\text{-H}^+$ ) стимул і фізичні навантаження різного характеру енергозабезпечення проводилась з використанням ергоспірометричного комплексу "Oxcon Pro" ("Jager", Германия).

**Результати.** В основі специфічних властивостей спеціальної витривалості кваліфікованих спортсменів, особливо в змагальному періоді підготовки, лежить, головним чином, *вдосконалення реалізації* вже наявного у спортсмена «базового» функціонального потенціалу. *При наявності близько однакового енергетичного і функціонального потенціалу перевагу одержує той спортсмен, який за конкретних умов змагань краще його реалізує.* Висока ефективність змагальної діяльності спортсменів за умов визначеної тривалості змагальної дистанції тісно пов'язана з індивідуальними особливостями фізіологічної реактивності організму спортсмена. На її основі формується оптимальний рівень фізіологічної реакції, що забезпечує найбільш сприятливі умови для реалізації наявного енергетичного та функціонального потенціалу спортсмена у визначених умовах спортивної діяльності. Так, визначено діапазон реагування кардіореспіраторної системи (КРС) на гіперкапічні зрушення дихального гомеостазису у стані спокою. У спортсменів-спринтерів відмічається підвищений рівень чутливості КРС до дії прогресуючої гіперкапічної стимуляції, що поєднується зі зниженим порогом вентиляторної реакції на  $\text{CO}_2$  та зниженою

стійкістю вегетативної регуляції. Для спортсменів-стаєрів характерний знижений рівень чутливості КРС до гіперкапнії, який поєднується з високим порогом вентиляторної реакції на  $\text{CO}_2$  та високою стійкістю вегетативної регуляції.

Таким чином, в процесі тривалої адаптації до напружених фізичних навантажень із збільшенням тривалості основної змагальної дистанції спортсменів знижується рівень чутливості реакцій КРС при збільшенні їх стійкості на зрушення дихального гомеостазису і, навпаки. При цьому, максимальні рівні виділення  $\text{CO}_2$  у спортсменів, як спринтерів, так і стаєрів, прямо співвідносяться з рівнем чутливості КРС на гіперкапнічний стимул, що вказує на те, що модифікація фізіологічної реактивності КРС у процесі адаптації може виступати як механізм формування потужності дихальної компенсації метаболічного ацидозу, що виникає при виконанні напружених фізичних навантажень.

*Зміни фізіологічної реактивності можуть відобразити індивідуальний характер реалізації енергетичних можливостей організму за умов напружених фізичних навантажень. Це дає підстави для розробки технології індивідуальної корекції тренувального процесу з урахуванням змін фізіологічної реактивності у спортсменів, що дозволить підвищити рівень реалізації їх можливостей і, як результат, досягти вищих спортивних результатів.*

## **ОНТОГЕНЕЗ І АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ**

**В. К. Литвиненко**

*Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

Розвиток органів дихання починається на третьому тижні ембріонального розвитку і продовжується протягом тривалого часу після народження дитини. З шийного відділу ентодермальної трубки з'являється випинання, яке швидко росте, а на каудальному його відділі виникає колбоподібне розширення. На четвертому тижні воно ділиться на праву і ліву частини - незабаром це будуть права і ліва легені, - кожна з яких деревоподібно гілкується. Випинання, що утворилися, врастають у навколишню мезенхіму, продовжуючи ділитися, на їхніх кінцях з'являються кулясті розширення - зачатки бронхів - все більш дрібного розміру. Протягом шостого тижня формуються пайові бронхи, на восьмий-десятий - сегментарні. Типове для дорослої людини число повітропровідних шляхів утворюється вже до кінця 16 тижня розвитку плоду. З цього ентодермального зачатка утворюється епітелій легенів і дихальних шляхів. Гладком'язові волокна і хрящі бронхів формуються з мезодермальної мезенхіми (формування хрящового каркаса трахеї і бронхів починається з 10 тижня внутрішньоутробного розвитку). Це так звана псевдозалізіста стадія розвитку легенів. До нижніх доль легенів підходить більше число бронхів, повітропровідні шляхи яких мають велику протяжність, порівняно з верхніми [3; 5].

Органи дихання у дітей мають відносно невеликі розміри і незавершеність анатомо-гістологічного розвитку. Ніс дитини раннього віку досить малий, носові ходи вузькі, нижнього носового ходу немає. Слизова оболонка носа ніжна, відносно суха, багата кровоносними судинами. Внаслідок вузькості носових ходів і доброго кровопостачання слизової оболонки, навіть незначне запалення спричиняє у маленьких дітей утруднення дихання через ніс. Дихання ж через рот у дітей першого півріччя життя неможливе, оскільки відносно великий язик відтісняє надгортанник назад. Особливо вузьким у дітей раннього віку є вихід з носа - хоани, що часто є у них причиною тривалого порушення носового дихання.

Додаткові пазухи носа у дітей раннього віку розвинені дуже слабо або їх зовсім немає. По мірі того, як збільшуються у розмірах лицеві кістки (верхня щелепа) і прорізуються зуби, змінюються довжина і ширина носових ходів, і збільшується об'єм додаткових пазух носа. До двох років з'являється лобова пазуха і збільшується в об'ємі гайморова порожнина, до чотирьох років - нижній носовий хід. [6].

Глибина дихання у дітей значно менша, ніж у дорослих через невелику масу легенів і особливості будови грудної клітки. [4; 7].

Потреба в кисні у дітей значно вища, ніж у дорослих. Так, у дітей першого року життя потреба в кисні на 1 кг маси тіла становить близько 8 мл/хв, у дорослих - 4,5 мл/хв. Поверхневий характер дихання у дітей компенсується великою частотою дихання (у новонародженого 40-60 дихань в 1 хв, у віці одного року - 30-35, 5 років - 25, десяти років - 20, у дорослих - 16-18 дихань в 1 хв) та участю в диханні більшої частини легенів. Завдяки більшій частоті хвилинний об'єм дихання на 1кг маси в два рази вищий у дітей раннього віку, ніж у дорослих. Життєва ємність легенів (ЖЄЛ), тобто кількість повітря (у мілілітрах), що максимально видихається після максимального вдиху, у дітей значно нижча у порівнянні з дорослими. ЖЄЛ збільшується з віком дитини паралельно зростанню об'єму альвеол [1; 4].

Отже, анатомічні і функціональні особливості системи органів дихання у дітей створюють передумови до легшого порушення дихання і розвитку дихальних розладів, ніж у дорослих.

### **Список використаних джерел**

1. Абросимов В.Н. Механизмы расстройств дыхательных движений при болезнях органов дыхания и кровообращения / В.Н. Абросимов // Терапевтический архив. – 1992. – № 12. – С. 121-124.
2. Бондаренко Е.С. Перинатальная гипоксическая энцефалопатия / Е.С. Бондаренко, В.П. Зыков // Русский медицинский журнал. Педиатрия. – 1999. – Т. 7, № 4. – С. 8-12.
3. Нові напрямки в медико-психологічній реабілітації хворих дитячим церебральним паралічем / [П.В. Волошин, Ю.К. Деркач, Л.Ф. Шестопалова, Л.І. Дяченко] // Український вісник психоневрології. – 1997. – Т. 5, Вип 3 (15). – С. 182-184.

4. Зильбер А. П. Дыхательная недостаточность: [руководство для врачей] / Зильбер А. П. – М. : Медицина, 1989. – 512 с.
5. Динаміка клініко-рентгенологічних змін кульшових суглобів при спастичних тетрапарезах в процесі лікування за системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації / [В.Г. Козьякін, СМ. Гордієвич, І.П. Маргосюк, П.В. Захаров] // Соціальна педіатрія. – 2001. – Вип. I – С. 348-349.
6. Лукина О. Ф. Современные методы функциональной диагностики в педиатрии / О. Ф. Лукина, О. О. Куприянова, О. В. Кожевникова // Русский медицинский журнал. Педиатрия. – 1999. Т. 7, № 4. – С. 1-8.
7. Шик Л. Л. Руководство по клинической физиологии дыхания / Л. Л. Шик, Н. Н. Канаев. – Львов : Медицина, 1980. – 375 с.

## **ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ДИХАННЯ**

**В. В. Литнянчин**

*Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

Для запальних захворювань бронхолегеневої системи стала більш характерна схильність до затяжного хронічного перебігу, раннє приєднання алергічних ускладнень. Захворювання органів дихання, що характеризуються подібним затяжним перебігом, що періодично загострюються, і не піддаються повному лікуванню і повному відновленню функціональних можливостей дихальної системи, фахівці поєднують під загальною назвою «хронічні неспецифічні захворювання легень» (ХНЗЛ). До них відносяться: хронічна пневмонія, хронічний бронхіт, пневмосклероз, емфізема легень, бронхіальна астма.

Пневмонія – запалення легень, що спричиняється мікробами, вірусами, грибами, зниженням природного імунітету, загальним ослабленням організму, зменшенням опірності легенево-бронхіальної тканини. Пневмонія може бути як самостійним захворюванням, так і ускладненням інших хвороб (грип, кір, хвороби серця та інші). Розвивається вона також у хворих, які лежать без активних рухів, особливо після операції (гіпостатична пневмонія) [1].

Захворювання може проходити гостро і хронічно. До гострих запалень відносять крупозну і вогнищеву пневмонії. Вони характеризуються високою температурою, болем у боці при диханні, кашлем з мокротинням, задишкою, порушеннями функції серцево-судинної системи, загальним пригніченим станом хворого.

Гостру пневмонію лікують комплексно. Хворим призначають антибіотики, жарознижуючі та інші медикаментозні засоби, підсилене харчування, а також лікувальну фізичну культуру [2].

Лікувальну фізичну культуру проводять відповідно до призначеного рухового режиму для загального зміцнення і підвищення неспецифічної опірності організму, зміцнення м'язів плечового пояса, грудної клітки, живота, удосконалення механізму

дихання, покращення вентиляції і газообміну в легенях, розвитку їх резервних можливостей.

Механізм лікувальної дії фізичних вправ при захворюваннях органів дихання полягає в тому, що фізичні вправи активізують крово- та лімфообіг, сприяють швидкому розсмоктуванню ексудата в легенях та плевральній порожнині, допомагають відновленню ритму дихальних рухів, збільшують глибину дихання, що покращує газообмін у тканинах, попереджає розвиток тяжких ускладнень. Нервовий механізм відіграє основне значення в регуляції дихання при фізичних вправах, забезпечуючи легеневу вентиляцію та газообмін.

Післялікарняний період реабілітації проводиться, переважно, в умовах поліклініки, де застосовують, головним чином, заняття з лікувальної фізичної культури та на тренажерах. Використовують форми лікувальної фізичної культури відповідно до призначеного спочатку щадного або щадно-тренувального, а згодом тренувального рухових режимів. Заняття рекомендують проводити на відкритому повітрі. Навантаження слід поступово доводити до таких, що притаманні здоровій людині і дають можливість після закінчення реабілітації повернутись до занять фізкультурою чи спортом в обсязі, що був до захворювання [3].

Тренажери застосовують для зміцнення м'язів грудної клітки, тулуба і всього організму, розвитку загальної витривалості, підвищення функції дихальної і серцево-судинної систем. Використовують велотренажери, весловий тренажер тощо.

Лікувальна фізична культура, крім завдань, які ставились при гострій пневмонії, спрямована ще на зняття бронхоспазму і покращення дренажної функції бронхів; протидію процесу утворення спайок, склерозування, бронхоекстатичній хворобі й емфіземі легень; зменшення прояву дихальної і серцево-судинної недостатності. Для покращення відходження мокроту часто змінюють вихідні положення, роблять перевертання, підскоки та ін., застосовують дренажні вихідні положення динамічними дихальними вправами. Ці положення і вправи спонукають до відкашлювання, а реабілітолог синхронно з кашлевими поштовхами натискує на відповідну частину грудної клітки, що сприяє відходженню мокроту [4].

### **Список використаних джерел**

1. Вайнбаум Я.С. Физические упражнения и здоровье школьников / Я.С. Вайнбаум Физическая культура в школе. – 1993. – №3. – С.59-64.
2. Исаев Ю.А. Сегментарно-рефлекторный и точечный массаж в клинической практике Ю.А. Исаев– К.: Здоров'я, 1993. – 320 с.
3. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін– К.: Олімпійська література, 2000. – 422 с.
4. Новосельский В.Ф. Методика урока физической культуры в старших классах / В.Ф. Новосельский– К.: Радянська школа, 1989. – 128 с.



# ВИЩА НЕРВОВА ДІЯЛЬНІСТЬ У СПОРТСМЕНІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ ЇХ КВАЛІФІКАЦІЇ ТА ВІКУ

**М. В. Макаренко, В. С. Лизогуб, В. Л. Савицький, В. В. Чижик**

*Луцький інститут розвитку людини університету «Україна»,  
Черкаський національний університет ім. Богдана Хмельницького,  
Українська військово-медична академія*

Професійний спорт пред'являє високі вимоги не лише до фізичних, але і до психофізіологічних особливостей людського організму тим чи іншим властивостям вищої нервової діяльності (ВНД), про що ми писали в наших працях раніше та підкреслювалось в працях багатьох авторів зі спортивної фізіології.

В даній роботі зосереджена увага на вивченні зв'язку індивідуально-типологічних особливостей ВНД та пам'яті з результативністю рівня спортивної майстерності спортсменів-фехтувальників (юнаків і дівчат 19 – 22 років), майстрів спорту, а також юних спортсменів-гірськолижників 13 – 16 років, першорозрядників та майстрів спорту з метою можливого прогнозування їх перспективності у вибраному виді спорту.

ВНД спортсменів, зокрема функціональну рухливість (ФРНП) та силу нервових процесів (СНП, працездатність головного мозку) виявляли за методикою Макаренка М.В., продуктивність короткотривалої зорової пам'яті – за методикою правильного відтворення двозначних чисел та слів, пред'являємих для запам'ятовування протягом 30 с і відтворених з трихвилинним відстрочкою. Крім того, виявляли і рухливість нервових процесів класичною методикою Павлова І.П. (за кількістю помилкових реакцій) з переробки рухового навичу на зміну сигнального значення диференційованих подразників різної модальності. А стабільність прояву латентних періодів рухових актів (застосовуємо це вперше) використали для характеристики зрівноваженості нервових процесів. Для кожного обстежуваного виводили єдину оцінку так званий інтегральний показник, що враховував суму місць отриманих ним (обстежуваним) за кожний досліджуваний параметр ВНД. Таку ж оцінку на кожного із них складав і тренер про фізичну, тактичну і технічну підготовленість за загальнопризнаними в спортивній фізіології методиками.

Результатом обробки і співставлень всіх перемінних було наступне. У групі спортсменів-фехтувальників не виявлено осіб з низькими і нижче середнього рівня ФРНП. Вони мали і досить високу працездатність головного мозку (СНП), відносно стабільну зрівноваженість нервових процесів та переробку рухового навичу. Спортсмени із більш високими інтегральними оцінками властивостей ВНД мали і високі спортивні досягнення. Крім того, вони швидше оволодівали необхідними для спортсмена технічними, тактичними і фізичними знаннями, навичками і уміннями і з цих дисциплін мали високі оцінки. Крайні рангові місця (високі і самі низькі за висловлюваннями тренерів повністю співпали з їх педагогічними спостереженнями.

У групі спортсменів-гірськолижників індивідуально-типологічні властивості ВНД, функції пам'яті та їх інтегральні оцінки хоч і незначно, але відрізнялись від дорослих

спортсменів і в середньому, як і рівень спортивної майстерності, мали дещо нижчі результати, що, звичайно, пояснюється віковими особливостями. Взагалі в отриманих результатах прослідковується вплив віку обстежених на зв'язок виявляємих властивостей вищих відділів центральної нервової системи з рівнем спортивної майстерності. Проте і серед спортсменів одного віку відмічались значні відмінності в діагностуємих ознаках. Більш високі спортивні розряди мали ті, у яких властивості нервових процесів і пам'яті були вищими.

Таким чином, отримані дані свідчать про значний вплив особливостей ВНД на спортивну майстерність і в таких видах, як фехтування та горні лижі. Сполучення цих властивостей з необхідною для даних видів фізичної, технічної і тактичної підготовленості, антропометричних характеристик тощо може бути залогом досягнення високих спортивних результатів, спортивних успіхів, що в свою чергу передбачає профвідбір, підбір індивідуальних засобів і методів тренувань для прогнозування перспективності спортсмена.

Важливим результатом отриманих даних слід вважати і підтвердження валідності та адекватності поставленим задачам розробленої нами методики оцінки властивостей основних нервових процесів (за показниками швидкості, кількості і якості переробки інформації різного ступеня складності в умовах різних режимів навантаження) і можливості її використання на практиці та навчальній і науковій діяльності.

## **ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОШКОДЖЕННІ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

**В. А. Мисик**

*Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

Пошкодження ОМП вперше було описане Монро в 1788 р. До теперішнього часу проведена велика кількість досліджень на дану тему. Складені класифікації, визначені причини виникнення, а також запропоновані різні варіанти лікування пошкоджень ОМП. Але досить часто вибрана тактика консервативного лікування буває неефективною, що призводить до тривалої непрацездатності (від 1-2 місяців до кількох років) і призначенню не завжди виправданого оперативного втручання. Крім того, спірними залишаються строки попереднього (передопераційного) лікування, і за даними різних авторів, коливаються від 2-3 тижнів до декількох місяців. В зв'язку з цим, дана тема є актуальною і на сьогоднішній день [3].

Різні види фізичних вправ в лікувальній гімнастиці підбираються таким чином, щоб вони здійснили загальнозміцнюючий і спеціальний лікувальний вплив.

При травмах трубчастих кісток і атрофії м'язів різного походження в якості спеціальних вправ, які відновлюють силу м'язів, застосовуються статичні вправи в ізометричному режимі роботи м'язів [2].

Успіх комплексної реабілітації залежить від індивідуально підбраної і обґрунтованої програми з врахуванням ступеня анатомічних і функціональних порушень і прогнозування рівня їх відновлення у кожного хворого.

При лікуванні хворих з гострими захворюваннями і ушкодженнями, які призводять до інвалідності, ЛФК застосовується як метод відновлювальної терапії (реабілітації), а в подальшому протягом життя хворого - як метод підтримуючої терапії.

Фізична реабілітація пов'язана з одночасною дією як на фізичний, так і на психічний тонус хворого. Цілеспрямована участь хворого в виконанні фізичних вправ є обов'язковою умовою реабілітаційного процесу.

Тривалість і безперервність відновлювального лікування передбачають тренування хворих послідовно на різних етапах: в стаціонарі, реабілітаційному центрі, санаторії, поліклініці, вдома.

При гострих і підгострих проявах захворювання кістково-м'язової системи місцеве навантаження повинно застосовуватися обережно з використанням основних рухів, які не вимагають координації (вправи, які виконуються вільно, без зусиль, з обмеженою екскурсією, за допомогою інструктора ЛФК). Пізніше дія на вражену ділянку поступово зростає. У вправах значне місце займає як статичне, так і динамічне зусилля. Застосовуються вправи на розтягнення вкорочених м'язових груп і на зміцнення ослаблених м'язів-антагоністів [3].

В реабілітації хворих з розладами рухових функцій особливе значення потрібно надавати відновленню функціональної придатності до побутових і трудових навантажень всієї ушкодженої кінцівки.

#### **Список використаних джерел**

1. Лечебная физическая культура в системе медицинской реабилитации. Руководство для врачей/ под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой. М. Медицина. 1995.
2. Пилашевич А.А. Реабилитация больных после стабильно-функционального остеосинтеза переломов длинных трубчатых костей. Метод.реком. / Пилашевич А.А., Гусев П.Е., Анкина В.В. - Киев: Олимп. лит., 1998. - 24с.
3. Спортивная медицина / Под. ред. А.В. Чоговадзе, Л.А. Бутченко. М.: Медицина, 1984.

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СЕРЦЕВОГО ТА ДИХАЛЬНОГО РИТМІВ**

**В. В. Олійник**

*Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

Не підлягає сумніву, що серцевий та дихальний ритми мають між собою тісний зв'язок, оскільки це дві ланки однієї системи, котра забезпечує газообмін в організмі.

Однак в сучасній літературі дане питання представлено незначною кількістю робіт, які мають дещо суперечливий характер [1]. Втім у взаємозв'язку серцевого та дихального ритмів можна виділити принаймні два феномена: серцево-дихальний синхронізм і дихальну синусову аритмію.

Серцево-дихальний синхронізм проявляється в тому, що при частоті дихання, котра перевищує вихідний рівень частоти серцевих скорочень, серце засвоює дихальну ритміку [2]. У формуванні СДС приймають участь різні структурно-функціональні рівні центральної нервової системи та ефекторні утворення. У дорослої людини [4] та у дітей [3] визначено діапазон частот серцевих скорочень при заданій високій частоті дихання, коли проявляється даний феномен. Разом з тим встановлено, що параметри серцево-дихального синхронізму суттєво варіюють в залежності від функціонального стану організму [3]. Крім цього, показано, що ширина діапазону та час розвитку синхронізації на мінімальній межі характеризують рівень регуляторно-адаптаційних можливостей організму, зокрема у дітей [3].

З іншого боку, існує залежність ритму дихання від ритму серцевих скорочень [7]. За результатами досліджень на тваринах встановлено, що вірогідність зміни дихальних фаз під впливом скорочень серця буде вищою, якщо відношення ЧСС/ЧД ближче до цілого числа [1].

Також велика кількість наукових досліджень присвячена питанню про вплив дихання на серцевий ритм, що відображає явище дихальної синусової аритмії.

Вперше наявність аритмії серця, що пов'язана з диханням, було виявлено у 1847 році [5]. Встановлено, що інтервали між пульсовими хвилями артеріального тиску під час вдиху і видиху суттєво відрізняються. І лише через 70 років були проведені дослідження, за результатами котрих намагалися пояснити причину виникнення дихальних хвиль синусового ритму [9]. Автор пов'язував появу останніх із періодичними коливаннями центрального тонуусу блукаючого нерва під час збудження дихального центру.

Уявлення про вагусну природу дихальних хвиль СР достатньо широко розповсюджені в літературі [1]. Разом із тим не існує загальноновизнаного пояснення, чому серцебиття прискорюється саме з початком вдиху, а сповільнюється під час видиху.

Так, у роботі [6] причину виникнення цього явища вбачають у відповідному підвищенні та зниженні негативності тиску в плевральній щілині в процесі вдиху і видиху, що викликає зменшення і збільшення ударного об'єму.

Зміни ударного об'єму крові (УОК) в правому шлуночку під впливом дихання було експериментально встановлено на здорових чоловіках. Виявилось, що негативний тиск вдиху збільшує притік крові до правого серця і УОК, чим викликає прискорення серцевого ритму. Черговий видих призводить до протилежного ефекту. Це робить вельми імовірним правомірність іншого підходу до інтерпретації дихальних хвиль СР, що була запропонована [8]. На думку автора, причиною виникнення дихальних хвиль серцевого ритму є необхідність вирівнювання хвилинних об'ємів правого та лівого шлуночків, що обумовлено непостійністю

венозного притока, пов'язаного з диханням. Випадкові зміни венозного притока сприяють виникненню випадкових коливань тривалості кардіоінтервалів [8].

Таким чином, аналіз літератури дозволяє визначити ряд питань, котрі потребують подальшого вивчення. Цілком можливо, що вищевикладені механізми дихальної синусової аритмії діють не відокремлено, а якимось чином взаємодіють між собою.

### **Список використаних джерел**

1. Баевский Р. М. Научно-теоретические основы использования анализа вариабельности сердечного ритма для оценки степени напряжения регуляторных систем организма / Р. М. Баевский // *Материалы международного симпозиума [«Компьютерная электрокардиография на рубеже столетий»]*. – М. : Крук, 1999. – С. 116–119.
2. Баевский Р. М. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе / Баевский Р. М., Кириллов О. И., Клецкин С. З. – М. : Наука, 1984. – 221 с.
3. Буков В. А., Фельбербаум Р. А. Рефлекторные влияния верхних дыхательных путей / В. А. Буков, Р. А. Фельбербаум. – М., 1980. – 272 с.
4. Ведяев Ф. П. Типологический анализ кардиогемодинамики у юношей и девушек в покое и в условиях эмоционального напряжения / Ф. П. Ведяев, В. А. Демидов, Ю. Г. Гаевский // *Физиология человека*. – 1990. – Т. 16, № 6. – С. 113–118.
5. Веневцева Ю. Л. Показатели вариабельности ритма сердца в оценке уровня адаптации лиц молодого возраста / Ю. Л. Веневцева, А. Х. Мельников, Л. Н. Корнеева // *Вестник аритмологии*. – 2000. – № 16. – С. 53–55.
6. Связь реакций системы кровообращения на изменения положения тела и физическую нагрузку с исходным уровнем артериального давления и частоты сердечных сокращений / [В. Г. Вилков, В. М. Шамарин, С. А. Шальнова, Т. Г. Байбакова] // *Физиология человека*. – 1989. – Т. 15, № 5. – С. 65–68.
7. Власов Ю. А. Онтогенез кровообращения человека / Власов Ю. А. – Новосибирск : Наука, 1985. – С. 47–49.
8. Галеев А. Р. Вариабельность сердечного ритма у здоровых детей в возрасте 6–16 лет / А. Р. Галеев, Р. Н. Игишева, Э. М. Казин // *Физиология человека*. – 2002. – Т. 28, № 4. – С. 54–58.
9. Данилова Н. Н. Изменение вариабельности сердечного ритма при информационной нагрузке / Н. Н. Данилова, С. В. Астафьев // *Журн. высш. нерв. деят.* – 1999. – Т. 49, Вып. 1. – С. 28–37.

## **ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ**

**О. С. Письмак**

*Дубенська філія Університету “Україна”*

Останніми десятиліттями у більшості країн Західної, а тепер і Центральної Європи, відбуваються докорінні зміни у законодавстві, розумінні та забезпеченні якості освіти для дітей з особливими освітніми потребами .

Разом з вибором Україною незалежного та демократичного напрямку розвитку суспільства, у 1991 р. нашою державою визнано Конвенцію ООН «Про права дитини, посилену увагу до якості й доступності освіти для дітей з особливими освітніми потребами». Так, Конвенція ООН «Про права дитини» зазначає, що «... усі діти мають право на освіту і, як наслідок цього, право на прогрес». [2.с.51]

На даний час стоїть гостра проблема залучення осіб, що мають особливості психофізичного розвитку в соціумі, їх активна адаптація, соціалізація та розвиток в рамках суспільства і на благо суспільства. Все частіше до вищих навчальних закладів приходить студент з особливими освітніми потребами, і питання їх супроводу - на перетині функцій багатьох спеціалістів кожен із яких діє в межах своєї компетенції. Беззаперечно, активним і не замінним учасником цього процесу практичний психолог.

Коли до вищого навчального закладу приходить студент з особливими освітніми потребами, перед практичним психологом постають завдання: створити сприятливий психологічний мікроклімат подбати про найоптимальніші умови навчання, з якими навчатиметься в одній групі.

Освітні послуги студентам з особливими освітніми потребами у вищих навчальних закладах надають у аудиторіях з інклюзивним навчанням. Концепція інклюзивної освіти відображає одну з головних демократичних ідей - всі діти є цінними і активними членами суспільства [4. с.7]

При цьому застосовують особистісно-орієнтовні методи навчання, враховуючи індивідуальні особливості навчально-пізнавальної діяльності таких студентів.

Для успішного навчання студентів з особливостями психофізичного розвитку інклюзивне навчання реалізує програму із залученням кваліфікованих фахівців.

Психологічний супровід розглядається, як цілісна діяльність, командна взаємодія, що поєднує такі взаємопов'язані компоненти:

1. Систематичне дослідження психолого-педагогічного статусу студента;
2. Створення соціально-психологічних умов для розвитку особистості студента;
3. Створення спеціальних соціально-психологічних умов для надання допомоги студентам, які мають проблеми в розвитку та навчанні.

Психологічний супровід студентів з особливими освітніми потребами – це завжди пролонгований, динамічний процес, цілісна діяльність психологічної служби освітнього закладу.

Психологічний супровід студентів із порушенням у розвитку розглядається, як діяльність психолога, яка спрямована на створення комплексної системи що сприяє успішній адаптації особистісному ставленні в соціумі.[1.с. 255]

Супровід навчання та виховання дітей з особливими потребами ґрунтується на наступних засадах:

- доступність усіх форм навчання;
- запровадження спеціальних технологій та адаптивних технічних засобів навчання;

- індивідуалізація та адаптація навчальних програм з урахуванням потреб і можливостей;
- поєднання традиційних та інноваційних підходів до розвитку студента з особливими потребами;
- створення сприятливих умов для соціалізації.

Психологічний супровід студентів з особливими потребами передбачає.

1. Психологічну діагностику (первинне діагностування на етапі вступу студента до вищого навчального закладу з метою вивчення сильних і слабких сторін розвитку особистості, виявлення та вирішення проблеми, що виникають у процесі інтеграції її в освітній простір, проведення діагностичних мінімумів на різних етапах навчання з метою вивчення динаміки її розвитку та подолання можливих труднощів підчас кризових періодів.)

2. Надання психологічної підтримки викладачам (створення на основі отриманих даних індивідуальних карт студентів і розробка індивідуальних навчальних планів, здійснення адаптації і модифікації для студентів з особливостями психофізичного розвитку.)

3. Психологічну підтримку батьків.

Таким чином, забезпечення психологічного супроводу студентів з особливими освітніми потребами є невід'ємною частиною розвитку сучасної освіти. В її основі лежить індивідуальний підхід до кожного студента з вадами розвитку.

### **Список використаних джерел**

1. Дегтяр Г. В. Психолого–педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивній освіті / Г.В. Дегтяр // Таврійський вісник освіти. – 2015.– №1(49). – С. 250-255.
2. Інклюзивна школа: особливості організації та управління: Навчально–методичний посібник / Кол. авторів: Колупаєва А. А., Софій Н. З., Найда Ю. М. та ін. За заг. ред. Даниленко Л. І. – 2-ге видання, стереотипне – К.: ФОП Парашин І.С., 2010 – 128 с.
3. Колупаєва А. Інклюзивна освіта як модель соціального устрою / А. Колупаєва // Особлива дитина: навчання і виховання . – 2014. – №2. – с. 7–18.
4. Колупаєва А. А., Савчук Л. О. Діти з особливими освітніми потребами та організації їх навчання. Видання доповнене та перероблене: наук.–метод. посіб. / А. А. Колупаєва, Л. О. Савчук, К.: Видавнича група «АТОПОЛ», 2011.–274 с.

## **ВПЛИВ КОРЕКЦІЇ ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ НА СТАН ГЕМОДИНАМІКИ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

**О. І. Плиска, В. В. Лазоришинець, В. В.Рогозін**

*Національний педагогічний університет ім.М.П.Драгоманова, ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М. Амосова НАМН України»*

Вроджена вади серця (ВВС) у дітей різного віку супроводжується відставанням росту та маси тіла таких пацієнтів. Корекція ВВС з часом нормалізує вказані параметри організму. У той же час наукові дослідження впливу ВВС на функціонування ЦНС малочисельні. Тому **метою** нашої роботи було вивчити вплив корекції ВВС на стан гемодинаміки та функціональний стан (ФС) ЦНС. **Об'єкт дослідження:** пацієнти віком від 10 до 14 років піддані корекції ВВС в ДУ «Національному інституті серцево-судинної хірургії ім. М. Амосова НАМН України». **Методи дослідження** проведені до та після корекції ВВС: вимірювання частоти серцевих скорочень та артеріального тиску, реєстрація та аналіз ЕКГ і Ехо-КГ, проведення комп'ютерної методики розробленої Г. М. Чайченком, М. Ю. Макарчуком, Н. Б. Філімоною, Л. Х. Томіліною, на кафедрі фізіології людини і тварин Національного університету імені Тараса Шевченка для оцінки ФС ЦНС.

Усі пацієнти з наявними ВВС відставали в рості та масі тіла у порівнянні з відповідними показниками однолітків. На ЕКГ та Ехо-КГ відмічались зміни характерні для даної ВВС, які частково нормалізувались одразу після корекції ВВС. Відмічалась нормалізація параметрів гемодинаміки. Показники ФС ЦНС після корекції ВВС покращувались. А саме: зростала швидкість реакції вибору, швидкість реакції вибору правої руки, швидкість реакції вибору лівої руки, центральне перемикання, покращувалась працездатність головного мозку.

Отже корекція ВВС супроводжувалась не тільки нормалізацією гемодинаміки у вказаних пацієнтів, але і покращенням функціонування ЦНС. Останнє, імовірно, обумовлено покращенням кровопостачання головного мозку.

## **ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПРОЦЕСУ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ**

**Л. М. Поліщук**

*Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова*

Малорухливий спосіб життя, стреси, екологічне становище призводять до значного погіршення здоров'я та, як наслідок, фізичного стану молоді. Як зазначено у цільовій комплексній програмі «Фізичне виховання – здоров'я нації» - 90% дітей, учнів та студентів мають відхилення у стані здоров'я. За результатами даних студентської поліклініки, за останні роки на 45% збільшилась кількість студентів, які



за станом здоров'я віднесені до спеціальних медичних груп. Скоротилась кількість підлітків, що займаються спортом в спортивних секціях[3].

Мета роботи – дослідити рівень фізичного розвитку студентів ОНУ та на підставі отриманих даних намагатися виявити шляхи вдосконалення процесу фізичного виховання студентської молоді. Останні роки спостерігається стійка тенденція до зниження рівня фізичної підготовленості населення. Згідно з результатами тестування, біля 50% всієї студентської молоді мають незадовільну фізичну підготовку. Ці дані свідчать про необхідність змін у системі фізичного виховання студентської та учнівської молоді. Результати тестування показали, що з загальної кількості студентів мінімальні вимоги виконало лише 24% чоловіків і 28% жінок. Причина цього полягає в: одноразовому занятті на тиждень; зменшенні до мінімуму рухових можливостей студентів під час сесії; недосконалої інтенсивності навантажень; недостатньому матеріально-технічному забезпеченні навчального процесу та інше[1]. На жаль, слід пам'ятати, що молодь потрапляє до вищих навчальних закладів із певною (незадовільною) фізичною підготовкою і сприяє цьому: соціальний, генетичний, екологічний фактори; шкідливі звички; недостатньо-рухова активність; невідповідність школярів дбати про свій фізичний стан; недостатній професіоналізм вчителів; недостатній рівень фізичного виховання в школах[2]. У 60% студентів інтерес до занять фізичною культурою формується до навчання у вищих навчальних закладах.

На підставі досліджень встановлено, що факторами підвищення рівня фізичної підготовленості студентів є: систематичне заняття фізичною культурою і спортом; профілактика захворювань; загартування організму; раціональне харчування; боротьба з шкідливими звичками; активний відпочинок. Беручи до уваги соціально-психологічні особливості молоді України необхідно: звернути увагу на мотивацію занять фізичною культурою та спортом; активно залучати студентів до здорового способу життя. Оскільки значна кількість фахівців вказують на погіршення стану здоров'я студентів під час навчання у ВНЗ, сама програма з фізичного виховання потребує значних змін.

Студентам були запропоновані анкети, пов'язані з процесом фізичного виховання. Дослідження показали, що 85% хлопців прагнуть підвищення фізичної підготовки, а у дівчат цей показник складає 15%. Останнім часом збільшилась кількість студентів, які хотіли б займатися конкретними видами спорту. 76% хлопців мають бажання займатися футболом, баскетболом, волейболом та ін., а 52% дівчат обрали заняття аеробікою. Шляхи вдосконалення системи фізичного виховання полягають у наступному: вдосконаленні самої системи одноразових занять фізичною культурою; створення груп з зацікавленістю з відповідними програмами занять. Для більшості учнівської молоді, на жаль, уроки фізичної культури лишають не тільки неприємні спогади, а й стають причиною відмови від фізичних занять. І це не дивно, якщо врахувати наскільки застарілі такі уроки. Дуже часто заняття з фізичного виховання у школах і ВНЗ лишаються такими ж, як і в минулому тисячолітті.

З'являються нові технології, наукові видання не встигають за науковими відкриттями. Нововведення необхідно використовувати в галузі фізичного виховання у ВНЗ. Відсутність творчого підходу викладачів фізичного виховання приводить до такої небажаної «стабільності», заняття подібні одне на друге із року в рік. Для того, щоб заняття приносили позитивні емоції, на кожному занятті студенти повинні отримати порцію: зацікавленості – задоволення – здоров'я. Також необхідно перебудувати зміст занять так, щоб розвиток фізичних якостей відбувся у комплексі. Таким чином, щоб фізичне виховання приносило студентам користь та емоційне здоров'я, вони мають самі для себе вибрати вид занять.

### **Список використаних джерел**

1. Зваричук О.М. Виховання відповідальності за свій фізичний стан на прикладі старших класів: методичні рекомендації для вчителів фізичного виховання,- Львів,2002.
2. Соломко В.В., Пацевко А. И., Приставський Т. Г., Стахів М. М., Можливі напрямки підвищення якості фізичного виховання у ВНЗ освіти,- Тези доповіді V всеукраїнської науково-практичної конференції. « роль фізичного виховання і спорту в здоровому способі життя»,- Львів,2001.
3. Цільова комплексна програма « Фізичне виховання – здоров'я. нації»

## **ЛОГОПЕДИЧНА РИТМІКА ЯК ЗАСІБ ЛОГОПЕДИЧНОГО, МУЗИЧНО-РИТМІЧНОГО ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**

**Т. М. Походій**

*ЗДО № 39 «Казка» м. Луцьк*

Логопедична ритміка – комплексна методика, яка включає в себе засоби логопедичного, музично-ритмічного та фізичного виховання.

Логопедія – розділ дефектології, який займається недоліками мовлення та їхнім виправленням. Порушення мовлення долаються як педагогічними методами (спеціальне навчання та корекційно – виховні заходи), так і медичними засобами впливу. Під «медичними» мається на увазі не тільки медикаментозне лікування, яке необхідне в деяких випадках, а й деякі нетрадиційні види терапії, наприклад, за допомогою музики та рухів.

Використання музики з лікувальною метою (музикотерапія) має тисячолітню історію. Вже в літературних та релігійних текстах Давнього Сходу та Індії згадується про лікування за допомогою священних співань. Авіценна рекомендував слухати музику тим, хто страждає від захворювань.

Наприкінці XIX сторіччя розпочався етап експериментально – фізіологічних досліджень в цій області. Вчені довели, що під дією музики у людини змінюється тонус м'язів, прискорюються серцеві скорочення, знижується артеріальний тиск. Під час прослуховування музики у пацієнта змінюється електрична активність клітин мозку, покращується пам'ять.

Також і рухи здавна використовувалися у якості лікувального та профілактичного засобу. На початку XIX сторіччя сформувався напрямок медицини – лікувальна фізкультура. Згодом в науці з'явився спеціальний термін – кінезитерапія (лікування рухом). Кінезитерапія пропонує використання усіх форм та видів рухів, рухової активності та природних моторних функцій людини для лікування різноманітних захворювань. Принципи кінезотерапії лежать у основі лікувальної ритміки, одним із вузьких розділів якої і є логоритміка.

Отже, три кити, на яких стоїть логопедична ритміка, – це рух, музика та мовлення.

З часом логопедична ритміка стала невід'ємною частиною логопедичної методики. Вона сприяє подоланню найрізноманітніших мовленнєвих розладів: від фонетико – фонематичного порушення мовлення (порушення вимовляння ряду звуків рідної мови) до складних мовленнєвих дефектів, таких як загальне недорозвинення мовлення (порушення у дитини зразу всіх систем рідної мови: лексики, граматики та фонетики), заїкання (порушення ритму та плавності мовлення, обумовлене судорожним станом м'язів мовленнєвого апарату) та алалія (відсутність мовлення).

Часто в дітей – логопатів спостерігається і недорозвинення ряду психомоторних функцій: страждають увага, пам'ять; має місце загальна моторна незграбність, недостатня рухливість та координованість рухів пальців рук.

Дефекти зорового сприйняття призводять до того, що в дитини запізнюється сенсорний розвиток, виникають проблеми із орієнтацією у просторі (наприклад, він довго не може запам'ятати назви основних кольорів: червоний, синій, жовтий, зелений, визначити, де в нього ліва, а де права рука).

Дефекти слухової уваги проявляються у труднощах зосередження на завданнях педагога, даних в словесній формі; визначають відсутність почуття ритму та ритми, призводять до складностей формування в дитини фонематичних процесів.

Треба відзначити, що діти, які мають мовленнєві дефекти, часто відзначаються і низкою особистих особливостей. В них може бути знижена працездатність на заняттях, ці діти швидко втомлюються, починають відволікатися і внаслідок цього перестають сприймати учбовий матеріал. У спілкуванні більшість з них характеризуються підвищеною збудженістю або, що буває рідше – в'ялістю та апатією. Із цим може бути пов'язана і емоційна нестійкість, яка виражається у частих змінах настрою, капризності або плаксивості.

У роботі із такими дітьми логоритмічними засобами можна регулювати процеси збудження та загальмованості, поступово формувати координацію рухів та їх точність; вчити пересуватися і орієнтуватися у просторі. Логоритміка дозволяє сформувати в дитини рефлекс зосередженості, а це надалі дозволить розвивати довільну увагу.

Методами логоритміки можна в доступній та цікавій формі розвивати в дитини загальні мовленнєві навички, такі, як дихання, темп та ритм вимовляння, його виразність; в ході музично–дидактичних ігор відпрацьовувати артикуляційні, мімичні та голосові вправи. Логоритмічні заняття, також, як логопедичні, мають різноманітні цілі: розширення словнику дітей, відпрацьовування граматичних тем, автоматизація

звуків, розвиток фонематичного сприйняття, з тією лише різницею, що весь мовний матеріал підкріплюється ритмічними рухами або музично-рухливими вправами. Таким чином, логоритмічні заходи дозволяють дітям глибше зануритися у ігрову ситуацію, створити сприятливу атмосферу засвоєння матеріалу і розвитку творчих здібностей. Знання засвоюються дітьми швидше, так як вони супроводжуються різноманітними рухами під музику, що дозволяє активізувати одночасно усі види пам'яті (слухову, рухову та зорову).

Логоритміка сприяє і естетичному вихованню дошкільників, уводячи їх із раннього дитинства у світ музики, вчить емоційній чутливості, прищеплює любов до прекрасного й сприяє розвитку художнього смаку.

## **ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО СТАНУ ШКОЛЯРІВ**

**А. О. Ревчук**

*Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

Відродження і розбудова молодого демократичної України передбачає значні зміни у загальнодержавній системі виховання підростаючого покоління, в якій чинне місце посідають нові підходи до створення більш ефективної системи фізичного виховання. Це відзначено в низці програмно-нормативних документів, передусім у цільовій комплексній програмі “Фізичне виховання – здоров’я нації” (1998). Проте, заходи, що вживаються на державному рівні з метою покращення фізичного стану школярів не забезпечать позитивних зрушень без пошуку шляхів оптимізації фізичного виховання в загальноосвітній школі [3]. Провідне місце при цьому посідають закономірності адаптації організму школярів в процесі рухової активності та їх підпорядкування волі педагога [1].

Як відомо, фізичне вдосконалення школярів відбувається у процесі реалізації специфічних завдань, які умовно поділяють на навчальні та тренувальні. Тренувальні завдання спрямовані на удосконалення різних морфо-функціональних структур організму шляхом всебічного розвитку фізичних якостей, а навчальні – на збагачення рухового досвіду шляхом формування широкого кола життєво необхідних рухових навичок [1].

Особливо актуального значення цей процес набуває в підлітковому віці, який є періодом максимальних темпів природного розвитку практично усіх систем організму школярів і в якому, таким чином, створюються сприятливі біологічні передумови для комплексного вирішення зазначених завдань [1].

Метою дослідження було дослідити рівень соматичного здоров’я у комплексній системі навчально-тренувальних завдань з фізичного виховання підлітків 13-14 років.

У пошуках шляхів оптимізації фізичного виховання підлітків нами, на основі аналізу спортивно-педагогічної та медико-біологічної літератури було визначено керівні положення формування довгострокової адаптації організму до впливу на нього рухової активності та педагогічні умови їх реалізації.

Отримані дані були використані для виявлення недоліків у сучасній методиці побудови навчально-тренувального процесу у фізичному вихованні підлітків. В результаті було виявлено, що у системі педагогічних умов фізичного виховання слабкою ланкою є формування комплексної системи навчально-тренувальних завдань, яка визначає спрямованість та структурну впорядкованість навчально-тренувального процесу, виконуючи роль його системоутворюючої основи.

Забезпечення оптимальної величини структурно-метаболічних процесів вимагає вибіркового впливу на конкретні рухові функції організму. Проте, питання вибіркового впливу в процесі одночасного розвитку цілого комплексу рухових функцій є проблематичним, оскільки використання явища “позитивного переносу” в розвитку фізичних якостей на даний момент не є достатньо методично обґрунтованим [2].

Надзвичайно важливим фактором довгострокової адаптації є безперервний тренувальний вплив на конкретні структури організму [1]. Проте педагоги не враховують цю закономірність адаптаційних процесів пропонуючи послідовне вдосконалення окремих сторін фізичної підготовленості. Аналіз літератури також показав, що фізична підготовленість у більшості випадків забезпечується випереджаючим та одночасним розвитком тих фізичних якостей, які необхідні для успішного засвоєння техніки вправи. Такий підхід не забезпечує безперервну стимуляцію адаптаційних процесів у конкретних структурах організму і, таким чином, може не тільки негативно позначитись на загальній фізичній підготовленості школярів, а й на кількісному показнику засвоєння вправ.

При засвоєнні техніки фізичних вправ головним фактором формування раціонального динамічного стереотипу є багатократне повторення рухової дії з дотриманням її правильної біомеханічної структури. Це вимагає створення умов для швидкого досягнення правильності рухів. Серед них важливою умовою є свідомий контроль незасвоєних елементів вправи в процесі її виконання [3]. Це досягається шляхом конкретизації навчальних завдань на кожен урок. Проте, при формуванні системи навчальних завдань така конкретизація, як правило, не спостерігається. Традиційні методичні прийоми зводяться до виправлення грубих помилок під час цілісного виконання рухової дії. За таких умов учні не в стані зосереджувати увагу на багатьох елементах нової вправи. Крім того важливою умовою успішного засвоєння рухових дій є сприятливий руховий досвід. Для його забезпечення необхідно передбачити “позитивну взаємодію” фізичних вправ. Проте при плануванні річної системи навчальних завдань ця взаємодія не завжди забезпечується.

### **Список використаних джерел**

1. Волков В.М. Физиологические механизмы восстановления работоспособности в спорте / В.М. Волков // Средства восстановления в спорте. – Смоленск: Смядынь, 1994. – С. 5-24.

2. Нестеров В.А. Этапность развития физических качеств у детей школьного возраста, проживающих в различных климато-географических условиях / В.А. Нестеров // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 1998. – № 1. – С. 15.

3. Овчинникова Н. Сучасні засоби оздоровчої спрямованості / Овчинникова Н., Несторова Т., Сосіна В. // Фізичне виховання в школі. – 1997. – № 7. – С. 67-77.

## **ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ АЛЬФА-ТОКОФЕРОЛУ В КОРЕКЦІЇ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН В АДЕНОГІПОФІЗАРНО- НАДНИРКОВІЙ СИСТЕМІ ЗА УМОВ ДІЇ ЧЕРВОНОГО ШЛАМУ**

**І. М. Рожков, О. Ю. Чумаченко**

*Миколаївський національний університет імені В.О.Сухомлинського*

Відомо, що центральною ланкою в здійсненні пристосувальних змін в організмі людини та тварин до дії шкідливих речовин, у тому числі і червоного шלאму (останній є відходом алюмінієвого виробництва) слугує ендокринна система, зокрема гіпоталамус, гіпофіз і надниркові залози. Результати аналізу літературних джерел останніх років свідчать про фрагментарність і недостатність вивчення питань патологічних структурних і функціональних змін в аденогіпофізі і надниркових залозах при дії на організм червоного шלאму в різні вікові періоди життя та корекції цих змін з використанням альфа-токоферолу.

Метою роботи було вивчення особливостей фармакологічного коректування а-токоферолом структурно-функціональних змін в надниркових залозах у щурів різного віку (14, 45 і 180 діб) при дії на організм червоного шלאму.

Встановлено, що за умов дії червоного шלאму у 14-добових тварин функціональна активність в кортикотропних клітинах аденогіпофіза наростала, що супроводжувалось підвищенням вмісту адренкортикотропного гормону (АКТГ) в периферичній крові на 34,6% відносно норми. Проте в окремих кортикотропах виявлялись дистрофічні зміни та деструктивні перебудови, що свідчило про формування патологічних структурних та функціональних порушень. Це співпадало з функціональним напруженням в адренкортикотропах кори наднирників і відбувалось на фоні зростання рівня кортизолу в крові на 21,2%.

У 45-добових тварин за умов дії червоного шלאму в системі аденогіпофіз-кори наднирників спостерігались структурно-функціональні зміни, що були характерні для початку стадії виснаження загального адаптаційного синдрому. Знижувалась кортикотропна функція гіпофіза та клітин кори наднирників, що проходило на тлі дистрофічних і деструктивних перебудов та зниження вмісту АКТГ (на 26,7%), кортизолу (на 13,0%) в крові.

На 180 добу дії червоного шלאму пригнічення кортикотропної функції продовжувалось і свідчило про максимальний прояв патологічних процесів. Однак, в ультраструктурній організації окремих кортикотропів відмічались слабо виражені

ознаки внутрішньоклітинної регенерації. При цьому, зниження функції в адренкортикоцитах наднирників та характерні дистрофічно-деструктивні зміни в їх структурі відповідали стадії виснаження загального адаптаційного синдрому.

Застосування альфа-токоферолу у 14- і 45-добових тварин послаблювало токсичний ефект червоного шламу і силу стресорної реакції з боку кортикотропних клітин аденогіпофіза і адренкортикоцитів наднирників, що супроводжувалось слабо вираженим посиленням кортикотропної функції аденогіпофіза і активацією процесів синтезу та секретії глюкокортикоїдів в клітинах кори наднирників.

Використання альфа-токоферолу у 180-добових щурів за умов тривалої дії червоного шламу сприяло відновленню та нормалізації структури та функції кортикотропів аденогіпофіза і клітин кори надниркових залоз, а також включенню захисно-приспосувальних реакцій в системі аденогіпофіз-кора надниркових залоз.

Підсумовуючі вищезазначене можна відмітити, що застосування альфа-токоферолу за умов надходження в організм червоного шламу зменшувало його токсичний ефект на кортикотропні клітини аденогіпофіза і адренкортикоцити кори надниркових залоз та було своєрідним протектором дії шламу, знижуючи прояв стадії виснаження загального адаптаційного синдрому і сприяючи відновленню гормональної рівноваги в системі аденогіпофіза-кора надниркових залоз, тобто знижувало прояви патологічних морфологічних і функціональних змін.

## **ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ПОТРІЙНОГО СТРИБКА ЗА ДОПОМОГОЮ МНОЖИННОЇ ЛІНІЙНОЇ РЕГРЕСІЇ**

**В. П. Романюк, С. І. Савчук, Т. О. Савчук, М. О. Маневський**

*Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки*

Аналіз літератури засвідчує, що водночас із добре вивченими технічними аспектами стрибків у довжину, прості та надійні методи прогнозування результатів стрибків розроблені не достатньо. Зважаючи на це, подальше їх вивчення є актуальним науковим напрямом.

За допомогою регресійного аналізу ми вивчали взаємозв'язок між окремими компонентами підготовленості студентів, та міру впливу однієї якості на іншу. На основі цього було розроблено лінійне рівняння за допомогою функції Microsoft Excel ЛИНЕЙН, яке мало вигляд:

$$y=5,329515*x_1+(-131,129*x_2)+511,2837,$$

де  $x_1$  – це довжина тіла, а  $x_2$  – швидкість бігу 30 м. Встановлено, що між середніми арифметичними фактичних значень потрійного стрибка та передбачуваними не має різниці, в обох випадках вони становили 841,7 см, однак фактичне середнє відхилення було більшим ( $\pm 133,2$  см) у порівнянні із передбачуваним ( $\pm 100,5$  см).

Аналіз регресійної статистики, показав, що множинний коефіцієнт кореляції R становив 0,756, він засвідчує наявність взаємозв'язку між змінними  $y$  та  $x_1$ – $x_2$ . У

свою чергу, F-статистика показала, що фактичне F для нашого рівняння становило 9,309, що є статистично значимим на рівні  $p < 0,003$ . Таким чином, F-статистика підтверджує, що взаємозв'язок між змінними Y та X не є випадковим.

За допомогою графіка залишків виявлено, що змінні  $x_1$  та  $x_2$  не залежні від залишок  $e$ . Це також підтверджує припущення про незалежність помилок. Водночас, графік перцентилів засвідчив, що спостережувані точки утворюють пряму і розподіл даних не відрізняється від нормального.

За допомогою t-статистики встановлено, що змінні  $x_1$  та  $x_2$  не мають статистично значимої кореляції з передбачуваним показником, хоча значення t є великими – 1,752 та 1,905. Ця особливість t-статистики під час множинної регресії пояснюється тим, що і дожина тіла, і швидкість бігу мають цінність під час передбачення результатів потрійного стрибка, а величина t розподіляється між показниками. Так, сума t за двома показниками становить  $1,752 + 1,905 = 3,657$ . Таке явище відсутнє у статистиці простої лінійної регресії. Окремо t-значення простої лінійної регресії швидкості бігу з потрійним стрибком становить 3,696, довжини тіла з потрійним стрибком 3,570. Як бачимо, у всіх трьох випадках t-значення практично є однаковими.

Таким чином, аналіз регресійної статистики підтверджує практичну значимість розробленого рівняння для передбачення результатів у потрійному стрибку. Зокрема, встановлено придатність змінних  $x_1$  та  $x_2$  для прогнозування змінної у.

Розглянемо приклад передбачення результатів потрійного стрибка за розробленим рівнянням множинної регресії. Студент М-к, має зріст 184,0 см, а відрізок у 30 м долає за 4,26 с. Фактичний результат у потрійному стрибку обстежуваного становив 837 см. Підставивши результати у рівняння отримуємо:  $5,329515 * 184,0 + (-131,129 * 4,26) + 511,2837 = 933,7$ .

Отже, передбачуваний результат потрійного стрибка у студента М-к становить 933 см, що на 96 см більше фактичного результату. Це дає підставу для детального аналізу недоліків у техніці виконання потрійного стрибка, та її подальшої корекції.

## **ПРОСТОРОВА ЛОКАЛІЗАЦІЯ ДЖЕРЕЛ ВИКЛИКАНОЇ АКТИВНОСТІ У ФУТБОЛІСТІВ ТА СПРИНТЕРІВ**

**А. П. Романюк, Т. Я. Шевчук, О. І. Резнік**

*Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»,  
Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки*

Для побудови та розуміння фізіологічних основ фізичних вправ різного характеру (на прикладі, футболістів та спринтерів) варто враховувати не лише морфологічні особливості спортсмена, а й його особливості переробки інформації й формування відповіді на поставлене завдання, що ставиться перед ним.

Під час виявлення локалізації джерел викликаної активності у футболістів зафіксовано джерела активності в передньо- та задньоасоціативних відділах кори. У футболістів виявлено активність у тім'яних відділах кори головного мозку під час



серії стимулів «Де». У спринтерів зафіксовано джерело активності в нижньоскроневій звивині кори головного мозку під час сприйняття та обробки інформації серії стимулів «Що». Неспортсмени характеризувалися викликанною активністю кори переважно в скроневій, тім'яній частці, а також у таламусі, парагіпокампульній звивині. Дослідження локалізації фіксованих диполів у досліджуваних спортсменів дало змогу встановити, що аналіз джерел пізніх компонентів ВП показує участь різноманітних структур мозку: скроневих, тім'яних, лобових часток – у розпізнаванні, диференціюванні та утриманні в пам'яті значимих стимулів.

У футболістів відзначено джерела активності в надкрайовій звивині, функціональне значення яких полягає в здійсненні всіх цілеспрямованих рухів, до яких належать професійні та спортивні рухи. Також у цій групі спортсменів виявлено джерело викликанної активності, локалізоване в полі за Бродманом 40, яке за структурними особливостями цього поля аналогічне асоціативним полям лобових часток та є матеріальним субстратом найскладніших форм людського сприйняття й пізнання. Фронтальна кора, як відомо, організовує багатоланкову функціональну систему та бере участь в обробці сенсорно-специфічного сигналу. Потрібно відзначити саме ліву лобову ділянку, оскільки її роль полягає в процесі обробки зорових стимулів, пов'язаної з уключенням механізмів високого рівня інтеграції. Також ця ділянка бере участь в оцінці смислового значення стимулу.

Джерела викликанної активності в таламусі беруть участь у генерації викликаних потенціалів (зокрема компонента Р300). Таламус відіграє дуже значну роль. Через свої таламокортикальні та кортикальноталамічні зв'язки впливає на кору півкуль великого мозку, а кора – на нього.

У мозочку теж виявлено джерело активності у футболістів і спринтерів. Мозочок, частина моторної системи, що відповідає за координацію рухів, моторне навчання (відіграє важливу роль в адаптації й налаштуванні моторних програм, щоб зробити рух точним через процес проб та помилок), пізнавальні (когнітивні) процеси, підтримка рівноваги й постави та ін.

У спортсменів обох груп виявлено диполі в полі 8, 9, 40 за Бродманом, які прямо стосуються формування задуму й організації самого руху, що є важливим у спортивній діяльності. Зокрема, лобова асоціативна ділянка (поля 8, 9), беручи участь у реалізації психічних процесів, водночас є місцем організації цілеспрямованої діяльності, у тому числі за рахунок прийняття рішення та формування програми дії.

Таким чином, отримані результати показують потенційні можливості для методу картування й трьохмірної локалізації ендогенних ВП для просторово-часового аналізу складних когнітивних процесів у спортсменів різної спортивної спеціалізації.

# ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ В ПСИХОФІЗИЧНОМУ РОЗВИТКУ В УМОВАХ ДОШКІЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Т. А. Русінчук

*ЗДО № 39 «Казка» м. Луцьк*

У нашій країні, як і в усьому світі, з різних причин зростає кількість дітей із відхиленнями у розвитку. Останнім часом міжнародна спільнота запропонувала використовувати для дітей із порушеннями термін "діти з особливими освітніми потребами", який стосується однаковою мірою як інвалідності у важкій формі, так і середніх за ступенями порушень.

Своєчасна допомога і корекція дають виняткову можливість пом'якшити недоліки та проблеми в розвитку дитини, запобігти виникненню вторинних відхилень, забезпечивши подальше якісне навчання і виховання.

У зв'язку з особливостями розвитку діти з особливими потребами потребують цілеспрямованого навчального впливу дорослих. Спонтанного засвоєння суспільного досвіду, особливо в ранньому віці, в них практично не відбувається. Тому необхідно включати дитину в різноманітні соціальні відносини, активне спілкування, суспільно-корисну діяльність з врахуванням компенсаторних можливостей. Найефективнішим є відвідування спеціального закладу.

В основі роботи з дітьми з особливими потребами лежать як загально дидактичні, так і спеціальні принципи навчання та виховання. При цьому такі загально дидактичні принципи, як наочність, доступність, індивідуальний підхід мають особливе значення.

Максимально можливий розвиток може бути досягнутий тільки при дотриманні ряду умов:

- ранній початок корекційної роботи;
- сприятлива сімейна обстановка;
- застосування адекватної програми і методів навчання, відповідних потенційним можливостям дитини і цілям виховання.

Перша умова — проблема ранньої корекційної допомоги надзвичайно важлива. Вона повинна бути спрямована на розвиток мовлення, предметної та ігрової діяльності, навичок самообслуговування, цілеспрямованості дій, формування правильної поведінки, контактності.

Друга умова — для сприятливого розвитку дитини — правильна організація його сімейного виховання. Роль батьків важко переоцінити. В сім'ї дитину можна навчити багато чому: елементарним навичкам самообслуговування, спілкуванню з іншими людьми, виконанню доручень та нескладних видів праці.

Третя умова — застосування адекватних програм і методів навчання, які відповідають можливостям дитини. Ця умова є вирішальною для розвитку всієї її пізнавальної діяльності. Необхідне таке розвивальне навчання дітей з проблемами в розвитку, при якому в них здійснюється елементарне перенесення знань, виникає можливість застосування їх для вирішення нових аналогічних завдань.

Для досягнення такого ефекту, навчання має бути розраховане на актуальний рівень розвитку дітей та можливості зони найближчого розвитку, повинно ґрунтуватися на провідній діяльності даного вікового періоду.

Ще одним важливим та доцільним методом впливу на розвиток здібностей дитини з певними проблемами розвитку є активізація компенсаторних можливостей організму дитини. У практичній діяльності необхідно застосовувати різноманітні важелі впливу та розвитку такі як: картки реєс (під час корекційної роботи з немовними дітьми), активізація обох півкуль головного мозку (виконуючи різноманітні вправи, ігри, використовуючи кубики – трансформери, гексафлексагони, тетрафлексагони, busyboard, glassboard ) та інше.

Таким чином, своєчасне виявлення дітей з проблемами в розвитку і рання комплексна корекція відхилень дозволяє попередити появу вторинних відхилень в розвитку, скорегувати наявні труднощі і в результаті значно знизити ступінь соціальної недостатності, досягти максимально можливого для кожного малюка рівня загального розвитку, освіти, ступеню інтеграції в суспільство.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ЗРІВНОВАЖЕНОСТІ НЕРВОВИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ**

**С. Сібаров, О. Б. Спринь**

*Херсонський державний університет м. Херсон*

В результаті тривалих досліджень науковцями було встановлено, що в основі індивідуальних відмінностей лежать фізіологічні властивості нервових процесів: сила збудження і гальмування, рухливість цих процесів, а також врівноваженість збудження і гальмування.

Послідовники й учні І. П. Павлова зазначили, що найбільш значимим відкриттям його було не вчення про темперамент чи другу сигнальну систему, а відкриття ним загальних властивостей нервових процесів – збудження і гальмування.

Врівноваженість нервових процесів – це баланс між процесами збудження та гальмування. Завдяки даній властивості організм може відповідати як спонукальними, так і гальмівними реакціями на численні впливи, які припадають на нервову систему.

Дослідження здійснювалося на базі спеціалізованої школи №31 м. Херсона, у якому взяли участь 70 дітей віком 5-7 років. Обстеження проводилося в режимі реакції на рухомий об'єкт, що направлений на виявлення точності сенсомоторного реагування, її оцінки, співвідношень збудливого і гальмівного процесів в корі головного мозку. При проведенні досліджень використовувалась апаратурна комп'ютерна система «Діагност-1М» [1].

В ході роботи дійшли такого висновку, що у групі серед дітей із 70 осіб складає: 17 осіб – збудливий тип; переважання процесів збудження над гальмуванням у 31 особи, явне превалювання процесів гальмування виявлено у 14 осіб. Сильний тип

вищої нервової діяльності мають 8 осіб, у яких процеси збудження і гальмування в рівновазі.

### **Список використаних джерел**

1. Макаренко М.В. Онтогенез психофізіологічних функцій людини / М.В.Макаренко, В.С.Лизогуб.– Черкаси: «Вертикаль», видавець ПП Кандич С.Г., 2011.- 256 с.

## **МАСАЖ У СПОРТІ**

**А. В. Сівер**

### *Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

Масаж виник у глибокій давнині. Слово "масаж" походить від грецького слова "μασσω", що означає "місити", "м'яти", "погладжувати". Масаж як метод лікування застосовувався вже в третьому тисячолітті до н.е. в Китаї, потім в Японії, Індії, Греції, Римі. Записи про масаж з'являються у арабів. З глибини століть до нас дійшов і опис лікувальних методик акупунктури, акупресури Натисканні на певні точки. Пам'ятники давнини, такі, як збереглися алебастрові барельєфи, папірусу, на яких зображені різні масажні маніпуляції, свідчать про те, що ассірійці, перси, єгиптяни та інші народи добре знали масаж і самомасаж.

Терапевтична користь різних видів масажу є настільки наявною, що їх усе частіше застосовують у традиційній медичній практиці, коли необхідно зняти біль, зменшити дискомфортні відчуття й покращити роботу всіх систем організму. З огляду на навантаження сучасного способу життя і появу хвороб, пов'язаних зі стресом, масаж займає все більш важливе місце і в повсякденному житті. Болі в спині і плечах після цілого дня роботи за комп'ютером; ниючі м'язи ніг після важких фізичних навантажень; проблеми з кровообігом з-за сидячого образу життя - усе це складові "дорослого життя". Після знайомства з прийомами масажу та їх застосуванням на практиці, ми зможемо краще піклуватися про себе. Діючи водночас на фізичному та емоційному рівнях, масаж приносить розслаблення і повертає сили. У той час, як різноманітні прийоми масажу знімають напругу і біль у натружених м'язах, покращують кровообіг або виводять токсини, ніжний дотик рук до тіла знімає психологічний стрес і відновлює емоційну рівновагу. Як тільки йде напруга, виникає зв'язок між тілом і прихованими емоціями і переривається чревата хворобами ланцюжок стресів і неузгодженості дій тіла і розуму.

Масаж створює безпечну і нейтральну ситуацію, яка дозволяє відчутти дотик люблячих рук і стимулювати нервові закінчення шкіри – це необхідно для емоційного рівноваги. Оскільки дотик так тісно пов'язаний з емоціями, він може також пробудити почуття вразливості, тому під час сеансу масажу людина має почувати себе в безпеці, тобто масаж проводиться обережно та уважно. Той, хто робить масаж, водночас входить у контакт з тілом і особистістю, яка укладена в ньому.

Масаж - союзник спорту, тому там, де був розвинений спорт, процвітав і масаж. Він викладався в давньогрецьких гімназіях поряд з фізичними вправами. Видатні лікарі Стародавньої Греції вважали масаж обов'язковим і суттєвим елементом медицини та фізичного виховання. Давньогрецькі спортсмени перед змаганнями і після них надходили в розпорядження "педотрібов" (вчителів гімнастики), які мили їх, розтирали, змашували та посипали найдрібнішим піском, який доставлявся з берегів Нілу. Римські гладіатори перед двобоєм за допомогою розтирання робили суглоби і м'язи гнучкішими і сильнішими. Індійські кулачні бійці застосовували взаємний масаж з використанням оливо і глини, виконуючи прийоми руками і ногами. В Індії та Китаї, Стародавньої Греції та Римі масаж широко використовувався в системі фізичного виховання воїнів, гладіаторів та кулачних бійців. Римляни і греки виділяли такі види масажу, як попередній (виконується перед виходом атлета на арену), тренувальний, відновлюючий (для зняття стомлення).

## **ПЛАВАННЯ – ПРОГРАМА ДЛЯ ЗДОРОВОГО ЖИТТЯ**

**Л. Ю. Сідлецька**

### ***Федерація плавання України в Чернівецькій області, СК «Актив», м. Чернівці***

Плавання – один з найбільш масових й популярних видів спорту з цікавою історією, чіткою системою управління, видатними спортсменами та талановитими тренерами, з якісною, науково-обумовленою методикою підготовки атлетів. Механіка плавання заснована на певних принципах, специфічних для цього виду спорту.

Напевне, називаючи плавання ідеальним видом спорту, буде трохи перебільшено, але чи є ще один кандидат на це звання. Плавання:

- підвищує загальну витривалість організму.
- допомагає загартовуванню організму, підвищує імунітет.
- регулярні заняття плаванням зміцнюють нервову систему, підвищують настрій, допомагають впоратися зі стресами і безсонням, сприяють нормалізації кров'яного тиску і зміцненню серцево-судинної системи.
- сприятливо впливає на органи дихання.
- допомагає зміцненню всіх груп м'язів. Особливо це стосується м'язів сідниць, стегон, живота, плечового пояса і рук.
- знижує навантаження на хребет, що допомагає у формуванні правильної постави.
- зміцнює суглоби і весь опорно-руховий апарат, розвиває гнучкість.
- плавання сприяє зміцненню стоп, що є хорошою профілактикою плоскостопості.
- допомагає в боротьбі із зайвою вагою і дуже корисно для формування красивої фігури.
- у дітей розвиває рішучість, дисциплінованість, самостійність та інші особистісні якості.

На загальному фоні всіх видів спорту, за виключенням бігових лиж, в плаванні задіяні найбільша кількість м'язів. Але тільки плавання здатне створити відчуття

свободи та невагомості. Вода щадить м'язи, розслаблення та рівномірний супротив сприяє позбавленню від м'язової напруги та болів, що виникають внаслідок тренувань на землі.

**Плавання - спорт рівних можливостей.** У випадках надлишкової ваги, інвалідності або травм – фактори які заважають активно рухатися - плавати ви зможете.

Успіх, плавання як спорту, виду дозвілля, оздоровлення, загартування або реабілітації – це можливість задіяти до процесу навчання плавання всі вікові групи.

**Одним з методів навчання - це навчання дітей плаванню у вікових групах яке відбувається за чіткою програмою.** Програма яка повинна розвивати і служити інтересам всіх, а не тільки для тих які мають високо розвинуті навички у плаванні.

В даний час, враховуючи кількість населення Чернівецької області 908,5 тис осіб, з них у віці до 14 років – 151,9 тис., а у місті Чернівцях – 264 тис. осіб з них у віці до 14 років – 36,4 тис. тільки дуже незначна частина з цих дітей зможе стати чемпіонами країни з плавання. Розвиток плавання не повинен бути підпорядкований до потреб цієї обраної, спортивної громади. **Цілі розвитку плавання, як в регіоні, так і в країні, повинні враховувати і бути підпорядковані інтересам всіх дітей.** Не кожна дитина зможе стати видатним плавцем, як сильно не мотивували б батьки та тренери. Багато з них, навіть якщо і показували гарні результати на початкових етапах, зможуть досягти лиш посередніх результатів. Цей чинник не завжди враховується тренерами, батьками і багатьох проблем можливо було б уникати, якщо при формуванні програм у дитячих групах були б закладені правильні принципи. У програмі необхідно сформульовані чіткі цілі, в протилежному випадку вона буде неврно орієнтувати тренерів, батьків, організаторів. Не потрібно забувати про той чинник, що **заняття спортом повинні приносити користь для тих хто ними займається, а не прославляти тренера, батьків та організаторів плавання.**

При якісно спланованій та проведеній роботі за програмою, враховуючи вікову групу, **кожна дитина тільки виграє від занять плаванням, незалежно від того, перемаже чи ні хоча б в одному зі змагань.** Під час занять плаванням у дітей можуть виникати окремі незрозумілі моменти, розчарування, але в цілому заняття з плавання по програмі повинні приносити тільки задоволення та позитивні емоції. Бажання досягти найкращих результатів в максимальному ступені повинно виходити із самої дитини. Робота тренерів у програмах повинна:

- сприяти соціальному та емоційному розвитку дітей які відвідують заняття;
- забезпечувати корисну фізичне навантаження, але не виснажувати дитину;
- створювати умови для занять із задоволенням, та залучати до занять всіх бажаючих;
- надати дітям таку спортивну підготовку, яка б гарантувала їм подальше вдосконалення спортивної майстерності в школі, коледжі, інституті, університеті, подальшому житті;
- створювати умови для занять та участі у різних залікових, підсумкових чи спортивних змаганнях для всіх бажаючих.

Важливо щоб діти навчалися змагатися і розвивати у собі дух змагань і пристосовуватися до певного емоційного напруження яке відбувається під час змагань. Невеликі засмучення, подолання котрих, повинно навчити їх володіти собою та підготують до більших випробувань у юнацькому та дорослому віці. Якщо порівняти дітей які брали участь у різних спортивних змаганнях і мають певну спортивну підготовку - безсумнівно вони краще підготовлені до життя.

Заняття по програмі в різних вікових групах відбуваються протягом року і кожна група виконує заняття які характерні для неї однієї. Але загальні вимоги для більшості груп:

- час та тривалість занять;
- наповнення груп;
- періодичність занять.

Якісно організовані та методично спрямовані заняття з плавання сприяють:

- максимальному використанню наявних умов;
- створенню умов для чіткої регламентації кожного заняття та його направленості;
- максимальної уваги під час занять та досягання якісних результатів під час кожного заняття;

- чіткої оцінки прогресу всієї групи та окремого учасника навчання.

Показником вдалої роботи є відповідальне відношення до відвідувань занять з плавання.

Плавання — спорт, який дає не тільки специфічні навички, високий рівень фізичного розвитку та підготовки, але й вчить бути вольовою, цілеспрямованою, зосередженою на цілі та відданою своїй справі людиною.

## **ПРОБЛЕМИ СТАНУ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА СПОРТУ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ**

**О. В. Соколюк, О. В. Красніцька**

*Дубенський коледж Рівненського державного гуманітарного університету,  
Дубенська філія Відкритого міжнародного університету розвитку людини  
«Україна»*

В Україні значна увага приділяється розвитку національної системи фізичного виховання студентів, що відображено у Законах України «Про освіту», «Про вищу освіту», «Про фізичну культуру і спорт» та в Концепції національного виховання студентської молоді. Означені документи визначають стратегію розвитку системи фізичного виховання та спорту, реалізація якої повинна забезпечити формування у студентської молоді світоглядних позицій та ціннісних орієнтацій, виховати у них відповідальне ставлення до власного здоров'я, до здорового способу життя, створити умови для їх повноцінного фізичного та духовного розвитку, адаптувати їх до умов і вимог сучасного суспільства [1; 3].

На сьогодні нарізла потреба переходу від етапу поінформованості студентів щодо способів збереження здоров'я до етапу формування у них стійкої мотивації щодо здорового способу життя. Сучасний стан фізичного виховання та спорту студентів вимагає об'єктивного аналізу існуючих форм, систем і концепцій його розвитку в українському просторі [1; 2]. Лише такий підхід створює можливості визначення пануючих в ньому тенденцій, існуючого потенціалу та врахування недоліків.

Набутий нами практичний досвід свідчить про те, що однією з причин низької ефективності занять з фізичного виховання є стандартизовані форми їх проведення. З метою підвищення ефективності навчально-виховного процесу викладачам фізичного виховання вищих навчальних закладів необхідно використовувати принципи індивідуалізації і диференціації та створювати умови для використання сучасних здоров'язберігаючих технологій у навчальному процесі. Впровадження європейських стандартів підготовки студентів вимагає від керівництва вищих навчальних закладів модернізації всієї системи фізичного виховання та спорту. Проблемою залишається недостатність матеріально-технічної і фінансової забезпеченості процесу фізичного виховання та спорту, що не дозволяє повною мірою використовувати широкий вибір засобів фізичного виховання. Вирішення цієї проблеми має бути з боку як держави, так і адміністрації кожного вищого навчального закладу.

Все частіше позбавляє теоретичної, практичної і методичної підготовки студентів недостатня кількість годин на тиждень, відведених на заняття у сфері фізичного виховання і спорту, а процес навчання переважно скерований лише на підвищення рівня фізичної підготовленості, фізичної працездатності та зміцнення здоров'я. Разом з тим якість самого процесу формування у студентів навичок здорового способу життя є низькою. Тому різноманітність форм занять, засобів, методик викладання повинні відповідати інтересам студентської молоді. Адже процес залучення студентів до цінностей фізичної культури через теорію і практику суттєво активізує культурний потенціал особистості студента, розширює його світогляд, підвищує духовність, сприяє формуванню активної життєвої позиції [3, с.162].

З вище зазначеного можемо зробити висновок про те, що складність і неоднозначність проблем у сфері фізичного виховання і спорту вимагають розробки нових концептуальних підходів до формування системи кадрового забезпечення галузі фізичного виховання та спорту, які дозволять всебічно визначати нові тенденції викладання, що сприятимуть озброєнню студентів необхідними знаннями, уміннями та навичками у контексті їх виховання з високим рівнем культури здоров'я.

### **Список використаних джерел**

1. Білик В. Г. Здоров'язбережувальна оптимізація навчально-виховного та тренувального процесів / В. Г. Білик // Науковий вісник Чернігівського нац. пед. ун-ту. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт / голов. ред. М. О. Носко. – Чернігів, 2012. – Вип. 98, т. 3. – С. 63.

2. Давиденко Д. Фізична культура і культура здоров'я // Теорія і методика фізичного виховання і спорту - 2010. - №2. - С.65-70.



## **ДІАГНОСТУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ РУХЛИВОСТІ ПІВКУЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ СЕНСОРНОДЕПРИВОВАНИХ ДІТЕЙ**

**О. Б. Спринь, І. А. Бондарчук, Г. С. Харченко**

*Херсонський державний університет*

На сьогодні проблема порушення слуху в дітей є актуальною як у медичному, так і соціальному аспектах. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) сьогодні у світі на 1000 новонароджених із нормальним слухом припадає одна дитина з вираженим ступенем приглухуватості, а легкий та середній ступінь порушення слуху присутні до 2% у новонароджених. Приглухуватість у новонароджених та дітей прелінгвального віку призводить до затримки формування мовних навичок, інтелекту та особистості дитини в цілому. Зниження слухової функції, значно погіршує якість життя, обмежує її у виборі фаху, а нерідко призводить і до виключення із соціуму [1].

За останні десятиліття вчені активно вивчали вплив сенсорної депривації на психічний та фізичний стан дитини. Проте в ході аналізу літератури було виявлено, що більшість даних з проблеми дослідження психофізіологічних параметрів у дітей із сенсорною депривацією вивчено недостатньо і не дають повного уявлення про вплив депривації на загальний функціональний стан.

У обстеженні брали участь 50 учнів 10-х класів віком 15-16 років. Було створено дві групи: до першої увійшли учні Херсонської школи-інтернат I-III ступенів Херсонської обласної ради та Херсонського навчально-виховного комплексу №48 Херсонської міської ради у кількості 25 осіб (експериментальна група); до другої – учні Херсонського фізико-технічного ліцею Херсонської міської ради при Херсонському національному технічному університеті та Дніпропетровському національному університеті у кількості 25 осіб (контрольна група). На початку дослідження з кожним обстежуваним індивідуально проводилось ознайомлення з методикою дослідження функціональної рухливості нервових процесів з використанням режиму зворотного зв'язку [2].

В ході роботи дійшли таких висновків:

1. Встановлено, що середні значення функціональної рухливості нервових процесів у дітей із сенсорною депривацією статистично виявилися гіршими від значень у осіб контрольної групи. Причиною цього затримка психічного розвитку та наявні проблеми слухового апарату у дітей з вадами слуху.

2. Якісний аналіз показав, що серед учнів контрольної групи частіше спостерігаються особи з високими та середніми рівнями функціональної рухливості нервових процесів, а у експериментальній групі – діти з низькими рівнями функціональної рухливості нервових процесів.

3. Виявлено, що час центральної обробки інформації найкоротший в учнів контрольної групи, на відмінну від експериментальної. Це пояснюється відставанням слабчучих в області формування сприйняття предметних дій внаслідок недорозвинення мовлення.

4. Середні значення латентних періодів сенсомоторного реагування, при визначенні функціональної рухливості нервових процесів правої руки значно кращі в порівнянні з показниками функціональної рухливості лівої руки в обох групах. Це пояснюється домінуванням правої руки як потужного засобу адаптивної поведінки людини.

#### **Список використаних джерел**

1. Боскис Р. М. Глухие и слабослышащие дети / Р. М. Боскис. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1993. – 236 с.
2. Макаренко М. В. Методичні вказівки до практикуму з диференціальної психофізіології та фізіології вищої нервової діяльності людини / М. В. Макаренко, В. С. Лизогуб, О. П. Безкопильний. – Черкаси: Вертикаль, 2014. – 102 с.

## **ПРОБЛЕМА ФОРМУВАННЯ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ ПРИ ТРИВАЛИХ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕННЯХ**

**О. М. Тупайло**

*Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

Упродовж останніх років з'явилися чисельні наукові публікації присвячені результатам всебічних досліджень адаптаційних процесів та застосуванню теоретичних основ адаптації у практиці [4; 5]. Так, при вивченні фізіологічних механізмів адаптації організму спортсменів доведено існування неспецифічної "гальмівно-релаксаційної функціональної системи термінової адаптації та захисту" організму від екстремальних впливів. Автори вважають, що взаємодія локомоторної та гальмівно-релаксаційної функціональних систем дозволяє одночасно, ефективно вирішувати дві надзвичайно складні проблеми: задоволення соціально вагомої потреби (наприклад - перемога у змаганнях) та біологічно вагомої потреби – відновлення порушень гомеостазу, які виникають при інтенсивній м'язовій діяльності [5]. Деякі автори, розглядаючи імунологічний аспект адаптації, виділяють чотири фази імунологічної адаптації: перша - фаза мобілізації імунологічних резервів організму у відповідь на тренувальні навантаження низької інтенсивності, друга – фаза компенсації, яка розвивається при зростанні інтенсивності навантажень, третя – фаза декомпенсації, спостерігається, як правило у змагальному періоді на фоні високо інтенсивних навантажень та характеризується різким зниженням імунітету, четверта фаза спостерігається при зниженні тренувальних навантажень, коли показники імунологічного та гормонального статусу відновлюються.

За результатами досліджень особливостей гемодинаміки та зовнішнього дихання Ю. С. Ванюшиним [4] запропоновані п'ять типів адаптації кардіореспіраторних функцій кваліфікованих спортсменів до фізичного навантаження певної потужності: інотропний, хронотропний, респіраторний, хронотропно-респіраторний та інотропно-респіраторний. Перший тип є найбільш ефективним, він пов'язаний із значним збільшенням ударного викиду, зростання якого відбувається за рахунок інотропної функції серця. При хронотропному типі спостерігаються найбільші величини частоти серцевих скорочень. Л. Г. Харітоною та співавторами [4] зроблене теоретико-методологічне обґрунтування типів адаптації в залежності від характеру метаболізму. “Стаєрський” тип характеризується перевагою аеробного типу обміну, виконанням фізичних навантажень на рівні порогу анаеробного обміну. Концентрація молочної кислоти у крові після навантажень при цьому не перевищує 4 ммоль/л. “Універсальному” типу властиве змішане енергоутворення з коливанням концентрації молочної кислоти у діапазоні від 4,1 до 8 ммоль/л. Якщо м'язовому навантаженню притаманний яскраво виражений анаеробний гліколіз із перевищенням концентрації молочної кислоти 8,1 ммоль/л, такий тип метаболізму розглядається як “спринтерський”. Виявлені конституціональні типи адаптації необхідно враховувати при організації комплексного контролю та корекції учбово-тренувального процесу під час підготовки спортсменів.

Необхідність застосування досягнень сучасної теорії адаптації у практиці використання тренувальних навантажень [5; 6] викликана пошуком найбільш ефективних засобів та методів оптимізації підготовчої та змагальної діяльності. Тривале утримання високого рівня адаптаційних реакцій у сучасному спорті характерно для завершального етапу багаторічної підготовки, пов'язаного із збереженням досягнень на максимально доступному рівні та має свою складну специфіку. Високий рівень пристосування функціональних систем організму до тривалих, інтенсивних і різноманітних подразників, підкреслює В. Н. Платонов, може бути збережений тільки при наявності напружених підтримувальних навантажень. Тому проблема пошуку такої системи навантажень, яка забезпечувала б підтримання досягнутого рівня адаптації і одночасно не викликала виснаження та зношення структур організму, відповідальних за адаптацію є надзвичайно актуальною [2; 4].

### **Список використаних джерел**

1. Квашніна Л.В. Поняття адаптації і адаптованість як інтегральний показник здоров'я (огляд літератури) / Л.В. Квашніна // Перинатологія та педіатрія. – 2000. - №1. С. 33-36.
2. Передерій Г.С., Іванов В.В. Особливості регуляції вегетативних функцій у гірників, які працюють за важких умов вугільних шахт // Фізіологічний журнал. – 2004. – Т. 50, № 1. – С. 66-74.
3. Высочин Ю.В., Денисенко Ю.П. Современные представления о физиологических механизмах срочной адаптации организма спортсменов к

воздействиям физических нагрузок // Теория и практика физической культуры. – 2002. - №2. - С. 2-6.

4. Ванюшин Ю.С. Типы адаптации кардиореспираторных функций спортсменов к физической нагрузке // Физиология человека. - 1999. - Т.25, №3. - С. 91-94.

5. Вовк С.И. Особенности долговременной динамики тренированности // Теория и практика физической культуры. – 2001, №2 - С. 28-31.

6. Павлов С.Е. Основы теории адаптации и спортивная тренировка // Теория и практика физической культуры. – 1999. - №1. - С. 12-17.

## **МЕТОДИКА НАВЧАННЯ КООРДИНАЦІЙНИМ ВПРАВАМ УЧНІВ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ**

**О. А. Тучак, В. П. Романюк**

*Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, м. Луцьк*

Діти із затримкою психічного розвитку на сьогодні є особливою ланкою, яка потребує підвищеної уваги з боку фахівців. Згідно з даними літератури вони становлять від 12 до 18 % загальної кількості тих, які вступають до першого класу загальноосвітньої школи. Наявність цього факту засвідчує гостру необхідність пошуку нових підходів до вирішення означеної проблеми.

У зв'язку з цим розроблено та теоретично обґрунтовано ефективність методики навчання координаційних вправ учнів молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку на уроках фізичної культури.

У структурі методики є два основних блоки – психічний та фізичний. До першого блоку (психічного) включено такі основні процеси та властивості: пам'ять (зорова та слухова); мислення (образно-логічне та наочно-дійове). До фізичного (другого) блоку увійшли такі координаційні якості: спритність (здатність до оцінки та регулювання динамічних і часових параметрів руху, орієнтування в просторі); рівновага (статична та динамічна).

Засоби, що використовувались під час реалізації методики були поділені на загальні та спеціальні. До загальних засобів відносяться: теоретичні знання; основна гімнастика; рухливі ігри і забави, естафети; елементи легкої атлетики; загальнорозвивальні вправи; елементи самомасажу. Кожна група загальних засобів поділяється на підгрупи, а ті в свою чергу складаються із спеціальних засобів. Характерною особливістю спеціальних засобів є умови їх виконання. Всі вони підібрані таким чином, щоб як найефективніше сприяти розвитку координаційних здібностей, психічних властивостей та процесів.

Дослідженням впливу експериментальної методики на координаційні якості, психічні процеси та властивості учнів молодших класів із ЗПР, встановлено більшу її ефективність порівняно із загальноприйнятною. У експериментальних класах

спостерігались більш вагомими статистично значимі зміни в координаційних якостях, психічних процесах та властивостях молодших школярів із ЗПР.

За розробленим протоколом комплексного оцінювання координаційних якостей, психічних процесів і властивостей молодших школярів із ЗПР виявлено покращення їх розвитку в умовах експериментального дослідження. У другокласників спостерігалось покращення рівня розвитку від вище середнього до високого, тоді як у третьокласників від нижче середнього до середнього. Рівень розвитку досліджуваних якостей четвертокласників був середнім із позитивною динамікою загальної кількості балів за період дослідження.

Таким чином, позитивний ефект, що виявлений у динаміці координаційних якостей, психічних процесів і властивостей молодших школярів із ЗПР є доказом ефективності експериментальної методики навчання координаційних вправ учнів молодших класів із ЗПР на уроках фізичної культури. Фактичний результат одержаний в процесі досліджень дає змогу рекомендувати авторську методику для упровадження в процес фізичного виховання школярів із ЗПР.

## **ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ СПОРТСМЕНІВ-ВЕЛОСИПЕДИСТІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ МОБІЛІЗАЦІЇ В РЕАКЦІЇ НА РУХОМИЙ ОБ'ЄКТ**

**С. В. Федорчук, О. М. Лисенко**

*Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ*

Рівень тривожності у спортсменів, які займаються циклічними видами спорту, підвищується в міру досягнення ними найбільш продуктивного періоду. Точність реакції на рухомий об'єкт (РРО) за результатами попередніх досліджень не асоціювалася з рівнем ситуативної (СТ) та особистісної (ОТ) тривожності спортсменів-велосипедистів, хоча більша СТ відповідала меншій кількості випереджальних реакцій і більшій кількості запізнених реакцій в РРО.

Метою дослідження було визначення особливостей реакції на рухомий об'єкт, ситуативної та особистісної тривожності у спортсменів високого класу у зв'язку з різним рівнем мобілізації в РРО. У дослідженні брали участь 26 спортсменів-велосипедистів високого класу у віці 15-29 років (КМС, МС, МСМК, ЗМС): серед них 16 жінок і 10 чоловіків. Для моніторингу та прогнозування функціонального стану центральної нервової системи спортсменів, оцінки швидкості і точності реагування, співвідношення процесів збудження і гальмування використовували реакцію на рухомий об'єкт (діагностичний комплекс «Діагност-1»). Для оцінки особистісної та ситуативної тривожності – тест Спілбергера-Ханіна. За результатами РРО обстежені спортсмени були поділені на три групи: 1 група – з високим рівнем мобілізації (найкраща проба з трьох можливих – перша), 2 група – із середнім рівнем мобілізації (найкраща проба – друга) і 3 група – з низьким рівнем мобілізації (найкраща проба –

третя). За віком, спортивним стажем і за рівнем особистісної тривожності спортсмени в виділених групах не відрізнялися.

Спортсмени з високим і середнім рівнем мобілізації відрізнялися від групи з низьким рівнем мобілізації більшим часом запізнілих реакцій за результатами РРО в кращій пробі ( $p < 0.05$ ). Крім того, спортсмени із середнім рівнем мобілізації відрізнялися від групи з низьким рівнем мобілізації більшим сумарним відхиленням і більшим часом запізнілих реакцій за результатами виконання РРО в трьох пробах, меншим рівнем ситуативної тривожності ( $p < 0.05$ ). Такі ж відмінності по рівню ситуативної тривожності виявлено між групами з середнім і високим рівнем мобілізації ( $p < 0.05$ ). Спортсмени з високим і низьким рівнем мобілізації не відрізнялися між собою за рівнем ситуативної тривожності. Спортсмени з високим рівнем мобілізації не продемонстрували значущих відмінностей за результатами виконання РРО. Слід зазначити, що за рівнем точності і стабільності РРО ця група наближалася до 3-ї групи (з низьким рівнем мобілізації), успішність виконання даного тесту була в рівній мірі високою у спортсменів 1-ї і 3-ї груп.

Таким чином, спортсмени з низьким рівнем мобілізації характеризувалися найбільш оптимальним функціональним станом центральної нервової системи за показниками РРО. Для спортсменів із середнім рівнем мобілізації було характерно переважання запізнілих реакцій і слабо виражена здатність до коригування своїх дій. За літературними даними уповільнення або прискорення сприйняття часу свідчить про інформаційне перевантаження і напругу адаптаційних механізмів. Можна припустити, що саме ситуативна тривожність була визначальним фактором, що вплинув на формування актуального функціонального стану центральної нервової системи обстеженої групи спортсменів.

**Висновки.** Функціональний стан центральної нервової системи за показниками реакції на рухомий об'єкт був вищим у спортсменів-велосипедистів з високим і низьким рівнем мобілізації в РРО. Спортсмени із середнім рівнем мобілізації в реакції на рухомий об'єкт продемонстрували найменший рівень ситуативної тривожності в поєднанні зі зниженим функціональним станом центральної нервової системи.

#### **Список використаних джерел**

1. Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 К., 2000. – 20 с.

## **ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ОРТОПЕДИЧНІЙ КЛІНІЦІ**

**К. Р. Храмченко**

*Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»*

У комплексі заходів, спрямованих на попередження й лікування різних деформацій опорно-рухового апарата, широке застосування має фізична культура в різних її формах. Клініко-фізіологічним обґрунтуванням для застосування засобів кінезітерапії в ортопедичній клініці є можливість із їхньою допомогою вирішувати

основні завдання лікування на основі зіставлення патологічних процесів в організмі й характеру впливу на ці процеси обраних засобів [1].

Застосування фізичних вправ є не тільки лікувально-профілактичним, але й педагогічним процесом, що виховує у хворого свідоме й активне відношення до кінезітерапії, прищеплює йому гігієнічні навички, розкриває роль і значення фізичних вправ, перспективи відновлення порушених функцій, виховує правильне відношення до загартовування організму, стимулює інтерес до занять на час хвороби й самотійно на все життя.

Основними напрямками використання кінезітерапії в системі організації лікувально-профілактичної допомоги населенню варто вважати систематичне впровадження фізичних вправ, масажу й плавання в процес лікування [85].

Роботи авторів [2; 3] по вивченню впливу засобів і методів фізичної реабілітації свідчать, що при заняттях фізичними вправами необхідно дотримувати основні педагогічні принципи застосування фізичних вправ: принцип наочності, активної й свідомої участі хворого в процесі лікування й у боротьбі із власним захворюванням, принцип доступності, індивідуалізації, систематичності, поступовості, помірності, розмаїтості й новизни.

М'язова активність, у різних її проявах, є одним з найбільш потужних засобів у процесі формування організму, підвищення його захисно-приспосувальних властивостей, значною мірою визначальний рівень фізичного розвитку й стану здоров'я. Багатьма дослідниками [2; 3] доведено, що дозоване фізичне навантаження сприяє стимуляції функціонування всіх фізіологічних систем організму, формуванню пристосувальних реакцій, підвищенню компенсаторних механізмів, відновленню порушених функцій органів і систем. Вплив фізичних вправ на різні системи організму є ні із ніж непорівняним і незамінним засобом зміцнення здоров'я, профілактики ускладнень, лікування різних порушень і захворювань [3].

М'язова діяльність, за даними літератури [1; 2; 3], підвищує тонус центральної нервової системи, підсилює діяльність серцево-судинної системи, що проявляється в посиленні енерготропних і трофотропних впливів на м'яз серця, мобілізації судинної системи й екстракардіальних факторів кровообігу, пристосування до потреб обміну. Відомо, що фізичні вправи зі змінами положення тіла, при яких відбувається зміна тону судин у зв'язку зі зсувом маси крові, є тонізуючою гімнастикою для кровоносних судин [2].

Спортивні вправи не слід уважати самотійними засобами лікування - вони доповнюють інші методи лікування.

Елементом лікувальної фізкультури при деформаціях ступнів і хребта є виховання правильної навички ходьби з нешироким розміщенням ніг, без зайвого розведення передніх відділів ступнів, що приводить до перевантаження внутрішнього краю (з більше паралельною їхньою установкою). Положеннями відпочинку є стояння з навантаженням на зовнішні краї ступнів і сидіння зі схрещеними гомілками. Зближення точок прикріплення стомлених м'язів створює кращі умови для їхнього відпочинку. Частина наведених вправ ефективна й у випадках розширення переднього

відділу стопи. Варто нагадати, що сухожилля довгого малогомілкового м'яза є поперечним затягуванням зводу стопи й впливає на його стан при достатньому ступені напруження передньої великогомілкового м'яза. Тому, для зближення голівок плюсневих костей і підтримки висоти поздовжнього зводу корисні вправи із протидією на пронацію переднього відділу стопи й супінацію заднього (наприклад, відкочування медичного м'яча поперемінно внутрішнім і передньозовнішнім відділами стопи) [1].

Лікувальна фізкультура більше ефективна на тлі зниження навантаження на ноги й при сполученні з іншими засобами ортопедичного впливу (устілки-супінатори, спеціальні пристосування, що коригують) [3].

Разом з тим, всі автори [2; 3] виділяють поступовість збільшення навантаження, як загальний принцип методики кінезитерапії, що повинен дотримуватися при застосуванні фізичних вправ з метою корекції різних деформацій опорно-рухового апарата, фізичні вправи повинні використовуватися систематично протягом досить тривалого строку. Особливо вони ефективні на самому початку виникнення деформацій. Спроба ж одномоментного усунення деформації за допомогою грубих вправ релаксуючого характеру приводить лише до травматизації суглобово-м'язового апарата й посиленню вторинних змін.

Становить інтерес і думку про застосування масажу й самомасажу при деформаціях хребта й ступнів, що супроводжуються больовим синдромом, а також при різкому зниженні сили м'язів при перевантаженнях у деяких видах спорту.

#### **Список використаних джерел**

1. Жарова И.А. Показатели термографии у больных остеохондрозом и плоскостопием до и после курса физической реабилитации / И.А. Жарова // Физическое воспитание студентов творческих специальностей: Сб.науч.тр. под ред. Ермакова С.С. – Харьков; ХГАДИ (ХХПИ). - 2005. - №.2 – С.66-72.
2. Коновалов А.Н. Нейротравматология: Справочник / Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапова А.А. - М.: Вазар-феро, 1994. - 416 с.
3. Чоговадзе А.В. Лечебная физическая культура при деформациях и заболеваниях стоп / А.В. Чоговадзе // ЛФК в системе медицинской реабилитации: Руководство для врачей / Под ред.. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой. – М.: Медицина. – 1995. – С.95-101.

## **ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ ІНТЕРЕСУ ДО ВИКОНАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ**

**А. В. Цьось**

*Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки м. Луцьк*

Початкову стадію інтересу до певних вправ може викликати будь-який окремішній компонент. Але розвинути, зробити його стійким, усвідомленим можна лише на основі всіх трьох перерахованих чинників.



Активність школярів у процесі фізкультурно-оздоровчої діяльності залежить, в першу чергу, від їх інтересу до виконання фізичних вправ. За даними А.І.Пуні, інтерес має три компоненти: 1) знання, якими володіє людина в галузі, що її цікавить; 2) практична діяльність людини в цій галузі; 3) емоційне задоволення, яке відчуває людина від діяльності.

Педагогічні спостереження показали, що у процесі фізкультурно-оздоровчої діяльності відносно добре поданий лише один компонент – практична діяльність. Знанням і емоційному задоволенню надається значно менше уваги. В цих умовах процес виховання значно знижується. Зважаючи на такий стан, була технологія формування інтересу до фізкультурно-оздоровчої діяльності.

Спеціальні знання школярі отримували під час уроків фізичної культури. Для того, щоб не завдати шкоди руховій активності теоретичний матеріал органічно поєднувався зі змістом практичної діяльності. У роботі широко використовувалися різноманітні прийоми формування знань. Це бесіди, коментування, супроводжуюче пояснення, описування, вказівки, розробки, обговорення.

Практична діяльність є основною фізкультурно-оздоровчої діяльності. До прийомів виховання інтересу школярів до виконання фізичних вправ належали:

- новизна, різноманітність засобів, методів і способів організації учнів;
- постановка конкретних, посильних завдань навчання і оздоровчого тренування;
- застосування ігрового і змагального методів на різних етапах навчання;
- постійне стимулювання самостійних занять в позанавчальний час;
- широке застосування наочних і технічних засобів навчання, нестандартного обладнання та інвентарю;
- систематичний контроль за досягненням школярів.

Встановлено, що обов'язковою складовою успіху у формуванні інтересу є відповідна спрямованість у використанні засобів виховання. Так, метод прикладу використовувався як у навчальній, так і у позакласній роботі для конкретизації мети занять фізичними вправами, постановки перед школярами близької та далекої перспективи. Методи стимулювання, інструкції, заохочення й покарання активізували мислення та дії учнів.

Більшість психологів вважають, що найважливішим засобом виникнення інтересу до активної діяльності є успіх. Тривалий час його відсутності негативно впливає на ставлення до діяльності, суттєво знижує її ефективність.

Згідно традицій, у процесі фізкультурно-оздоровчої діяльності успіх школярів визначають шляхом порівняння їх результатів із досягненнями декількох кращих учнів класу. Ці кращі школярі завжди будуть попереду завдяки своїм природним здібностям або заняттям в ДЮСШ.

З цієї причини, як зазначає В.Ф. Новосельський, близько 90% учнів мають бути переможеними. Як наслідок, у переважної більшості дітей формується пасивність, невпевненість, небажання займатися. В цьому полягає ще одна причина зниження інтересу до фізичної культури. Тому, ми рекомендували вчителям у процесі

фізкультурно-оздоровчої діяльності оцінювати учнів із врахуванням динаміки їх результатів.

Третій фактор формування інтересу до виконання фізичних вправ полягав в емоційному задоволенні від діяльності. У великій мірі цьому сприяли мотивування і стимулювання.

Мотивування є сукупність факторів, аргументів і доказів, які використовує вчитель для переконання школярів у значимості кожної фізичної вправи чи предмета в цілому. В результаті мотивування учні отримували відповідь на питання: “Для чого потрібно вивчати певний предмет чи фізичну вправу?” Якщо діти внутрішньо приймали мотивування вчителя, то виконання фізичних вправ набувало для них особистісного значення.

Мотивування, які застосовувалися в практичній роботі з школярами, відповідали таким вимогам: наочність; виходили з рівня розвитку учнів; враховували інтереси та вікові особливості дітей; відрізнялися лаконічністю, доступністю доводів; мали особистісний зміст.

Стимулювання – це спеціальна діяльність учителя, спрямована на підвищення навчальної активності школярів за допомогою зовнішніх стимулів. Найрозповсюдженішими засобами стимулювання є заохочення і покарання.

У заохоченні відображена міра педагогічної дії на учня, що виражається в позитивній оцінці його навчальної діяльності і поведінки. Кожен школяр відчуває постійну потребу в схваленні своєї діяльності зі сторони вчителя та ровесників. Тому в практичній діяльності вчителів заохочення є провідним. Застосовували також і покарання, зокрема, зауваження, осуд, догану.

Таким чином, формування інтересу до фізкультурно-оздоровчої діяльності у дітей потребує цілеспрямованої і системної діяльності вчителя, що включає формування спеціальних знань, практичну діяльність учнів та створення позитивного емоційного фону.

## **МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ТА РУХОВИЙ РОЗВИТОК ПІДЛІТКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ТЕМПІВ ЇХ БІОЛОГІЧНОГО РОЗВИТКУ**

**В. В. Чижик**

*Луцький інститут розвитку людини Університету „Україна”*

Характеристика фізичного розвитку на кожному етапі онтогенезу включає три складові: рівень фізичного розвитку, який визначається за абсолютними розмірами тіла; соматичний тип – співвідношення трьох основних розмірів тіла, які приблизно відображають розвиток соми – скелету, мускулатури, жировідкладення; інтенсивність зростання тотальних розмірів тіла.

Питання про те, яка питома вага кожної ознаки у феноменології статевого дозрівання, наскільки тісно характер градацій кожної ознаки як окремо, так і в інтегрованій формі пов’язаний із рівнем біологічної зрілості вимагають подальшого

дослідження. Актуальною є оцінка морфофункціонального розвитку та фізичної підготовленості організму школярів відповідно до їх біологічного дозрівання. Тому, одним із завдань роботи було визначення взаємозв'язку фізичного розвитку, фізичної працездатності та підготовленості школярів з біологічним віком.

Проведено порівняльний аналіз кореляції деяких морфофункціональних показників та фізичної підготовленості із хронологічним та біологічним віком школярів 11-16 років.

У процесі зростання організму фізична підготовленість, морфологічний і функціональний розвиток зростають, тому природно, що в дітей старшого віку окремі їх показники вищі ніж у молодших. Саме тому, в період росту організму, у дітей, на відміну від дорослих, спостерігається взаємозв'язок деяких морфофункціональних показників із віком, найпростіше його можна було б виявити визначенням коефіцієнту кореляції. Оскільки зростання окремих морфофункціональних показників розвитку підлітків залежить від віку, а динаміка їхнього зростання наближається до лінійної, то кореляційний аналіз дозволить визначити, що має більший вплив на формування конкретної морфологічної чи функціональної характеристики розвитку, час адаптації (хронологічний вік) чи генетична програма темпів розвитку (біологічний вік).

Установлено, що в дівчат як з хронологічним так і з біологічним віком існує взаємозв'язок досліджуваних нами окремих параметрів морфофункціонального розвитку та фізичної підготовленості. Але, з деякими показниками не виявлено значимого взаємозв'язку із хронологічним віком: частота серцевих скорочень у спокої й життєвий індекс, та з біологічним віком – частота серцевих скорочень, вис на перекладині на зігнутих руках, скачки на одній нозі, підйом тулуба в сід із положення лежачи.

Однак, при порівнянні коефіцієнтів кореляції виявлені певні особливості даних взаємозв'язків. Так, з біологічним віком дівчат морфологічні показники тісніше корелюють ніж з хронологічним, а такі як маса тіла, індекс Кетле, площа тіла, абсолютні й відносні величини жирового компоненту маси тіла – статистично значимо. При порівнянні коефіцієнтів кореляції деяких параметрів стану кардіореспіраторної системи з хронологічним та біологічним розвитком рухових здібностей дівчат у дещо більшій мірі залежить від хронологічного віку. Що, очевидно, в більшій мірі визначаються не генетичними, а адаптивними факторами (тренуваністю).

Вікова динаміка формування тонкої моторики в дівчат однаково залежить від хронологічного та біологічного віку, хоча коефіцієнти кореляції латентного періоду реакції на звук та світло з хронологічним віком дещо вищі.

У хлопців кореляційний аналіз досліджуваних нами окремих параметрів морфофункціонального розвитку та фізичної підготовленості виявив тісний, достовірний, взаємозв'язок досліджуваних показників як з хронологічним так і з біологічним віком. Але, з деякими показниками не виявлено значимого взаємозв'язку із хронологічним віком: абсолютний жировий компонент маси тіла, відносна фізична працездатність, тест на рівновагу «Фламінго» і латентний період реакції на звук і

світло, а також з біологічним віком – тест «Стрибок із поворотом, вправо», «Скачки на одній нозі» і латентний період реакції на звук (табл. 3.2).

Але, при порівнянні коефіцієнтів кореляції виявлені певні особливості даних взаємозв'язків. Так, з біологічним віком хлопців морфологічні показники достовірно тісніше корелюють ніж з хронологічним, крім відносних величин жирового та кісткового компонентів маси тіла.

При порівнянні коефіцієнтів кореляції деяких параметрів стану кардіореспіраторної системи з хронологічним та біологічним віком також виявлена їх більша залежність саме від темпів біологічного дозрівання, а таких показників як життєва ємність легень, максимальна об'ємна швидкість повітряного потоку на видиху і вдиху, систолічний, діастолічний і середній артеріальний тиск, абсолютна фізична працездатність, адаптаційний потенціал кровообігу, систолічний і ударний індекси – статистично значимо.

Характер взаємозв'язків розвитку рухових здібностей з паспортним та біологічним віком має різноспрямований характер. Тісніший взаємозв'язок з біологічним віком мають силові здібності (за даними кистьової –  $p < 0,001$  і станової  $p < 0,05$  динамометрії), статична рівновага (тест на рівновагу «Фламінго») –  $p < 0,001$ , швидкісна сила (стрибок у довжину з місця) –  $p < 0,001$ .

Тоді як з хронологічним віком більше корелюють силова витривалість (вис на перекладині на зігнутих руках) –  $p > 0,05$ , координаційні здібності (стрибок з поворотом вліво –  $p > 0,05$ , вправо –  $p < 0,01$ , човниковий біг  $4 \times 9$  –  $p < 0,001$ ), швидкісна сила (скачки на одній нозі 20 м) –  $p > 0,05$ .

Вікова динаміка формування сенсомоторики в хлопців також має різноспрямований характер залежно від хронологічного та біологічного віку. Коефіцієнт кореляції латентного періоду реакції на звук дещо вищий з хронологічним віком –  $p > 0,05$ , а на світло з біологічним –  $p < 0,01$ .

Таким чином, соматичний розвиток школярів 11-16 років має більш тісніші кореляційні взаємозв'язки з біологічним віком, ніж хронологічним. Подібна залежність відмічається й між окремими параметрами стану кардіореспіраторної системи та біологічним віком. Однак, у хлопців вона виражена в більшій мірі ніж у дівчат. Відмічаються певні статеві відмінності взаємозв'язків фізичної працездатності з біологічним та хронологічним віком. Так, у хлопців, абсолютна фізична працездатність має достовірно більший коефіцієнт кореляції з біологічним віком. У дівчат як абсолютна так і відносна фізична працездатність має статистично значимі коефіцієнти кореляції з біологічним віком. Однак, відносна фізична працездатність достовірно тісніше корелює саме з біологічним віком.

## ОСОБЛИВОСТІ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ЯКІ МАЮТЬ МОВНІ ПОРУШЕННЯ

І. О. Чижик

*ЗДО № 39 «Казка» м. Луцьк*

Дошкільний вік – це період активного засвоєння дитиною мови, становлення й розвитку всіх сторін мовлення: фонетичної, лексичної, граматичної, зв'язного мовлення, засвоєння його виразності та образності [4].

У наш час мовленнєві проблеми дітей дошкільного віку стали досить поширеним явищем. У дітей з порушенням мовлення спостерігається певні відхилення у фізичному розвитку. У них часто спостерігається порушення загальної і дрібної моторики, недостатність рухової сфери різного ступеня, недорозвинення основних рухів та фізичних якостей, дихання поверхневе, порушений м'язовий тонус, дискоординації рухів, загальна моторна невправність, порушення рівноваги [1].

Фізичне виховання – це цілеспрямований педагогічний процес, спрямований на формування у дітей рухової активності, на зміцнення здоров'я та загартування організму, формування фізичної культури, здорового способу життя, формування навичок гігієни. Формування рухової функції – одна з найважливіших складових загального розвитку дитини. Рівень розвитку мовлення перебуває у певній залежності від ступеня сформованості тонких рухів рук.

У роботі з дітьми, які мають порушення мовлення в процесі фізичного виховання актуальні такі завдання: розвиток м'язової системи, яка відповідає за мовлення і продукування мовлення; коригування моторної сфери, відповідно до порушень; вироблення чітких координованих рухів під словесний супровід; розвиток фонематичного слуху; розвиток дрібної моторики, навчання правильному диханню; розвиток здатності орієнтуватися в просторі; розвиток міміки, жестикуляції; формування просторових і часових уявлень; вивчення в процесі предметної діяльності різноманітних властивостей матеріалів; розвиток координації слова і ритмізованого руху [1].

На початковому етапі занять обов'язково потрібно визначити функціональну спроможність дітей з метою виявлення та використання їх потенційних можливостей. Необхідним також є врахування дефекту розвитку дитини при визначенні дозування фізичного навантаження для кожної дитини та корекції мовленнєвих порушень. Процес навчання носить ігровий характер, що викликає в дітей зацікавленість, позитивні емоції.

На заняттях з фізичної культури, враховуючи специфіку порушень опорно-рухового апарату дітей, слід регулярно використовувати такі види вправ:

- пальчикова гімнастика;
- дихальні вправи (у підготовчій частині заняття);
- масаж і самомасаж кистей;
- декламування віршованих рядків з руховим супроводом (під час рухливих ігор та загальноорозвиваючих вправ);

- вправи на релаксацію;
- ритмізовані мовленнєві вправи;
- вправи на утримання рівноваги (гра «чарівні фігури»).
- коригувальні вправи.

Необхідно проводити роботу з розвитку правильного мовленнєвого дихання: формувати комбіноване діафрагмально-реберне дихання, відпрацьовувати плавний довгий видих (подути в музичну трубку, свисток). Вчити дітей поєднувати початок видиху з початком мовлення (виконувати дихальні вправи із промовлянням звуків, складів, слів у поєднанні із рухами). Особливу увагу тут слід приділяти застосуванню вправ за методикою О. М. Стрельнікової. За правильністю дихання дитини потрібно стежити не лише під час виконання дихальної гімнастики, а й під час іншої рухової активності [3].

Ефективним для розвитку мовлення дітей є стимулювання мовленнєвих центрів на долонях за допомогою масажу різними предметами. Для цього використовуємо м'ячки з пухирцями, масажні щіточки, горіхи, каштани. Самомасаж можна використовувати як елемент заняття чи включати до комплексу ЗРВ, вправ на релаксацію.

Ігри на заняттях можна використовувати самостійно або в поєднанні з різними ритмічними, логоритмічними, музично-ритмічними комплексами. Ігри вносять розмаїтість і емоційність. Часто дитина забуває правильно дихати або зупиняє дихання на якийсь час при виконанні рухових завдань. Підтримку правильного дихання можна здійснити через організовану участь в наслідуванні звуків. Рухи руками, тілом, оплески під час вивчення віршів до рухливих ігор допомагають швидше запам'ятати віршований текст, автоматизувати вимову звуків, розвивають увагу, координацію рухів. Ритмізовані мовленнєві вправи допомагають розвивати почуття ритму, покращують загальне звучання мови.

В грі дошкільник набагато краще засвоює правила і необхідність їх виконання, в ній виховується витримка, воля, вміння володіти собою. Коли дитина отримує в грі певне завдання, вона виконує його не лише жестом, рухом, але і словами, намагаючись, щоб її мовлення було чітким, виразним, емоційно забарвленим. Дошкільники починають вживати слова, які до цього часу були в пасивному словнику [2].

Проводячи рухливі ігри, інструктор: починає гру лічилкою, виробляє вміння промовляти віршований текст чітко та фонетично правильно, навчає користуватися речитативом, удосконалює відчуття рівноваги, темпу, ритму, автоматизує навички правильної звуковимови [2].

Вправи на релаксацію необхідні дітям з підвищеним або зниженим м'язовим тонусом. Ці вправи можна виконувати як на початку заняття, так і наприкінці, враховуючи індивідуальні особливості дітей. Вправи на релаксацію виконуються під звуки приємної музики, спів птахів, шум водоспаду.

Слід звернути увагу на те, що тільки за умови спільної взаємодії вихователя, логопеда, психолога та інструктора з фізкультури буде досягнуто бажаного результату.

### **Список використаних джерел**

1. Пінчук Ю. В. Методичні засади фізичного виховання дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення/ // Логопедія. – 2012. –№ 2. – С. 68-71.
2. Рібцун Ю. В. Дошкільнятко: корекційно-розвивальна та навчально-виховна робота з дітьми з фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення : навч.-метод. посіб. / Ю. В. Рібцун. – К., 2014. – 238 с.
3. Чепурний А. В. Програма з лікувальної фізичної культури для спеціальних загальноосвітніх шкіл-інтернатів для дітей з тяжкими порушеннями мовлення (підготовчий, 1-6 класи) / А. В.Чепурний. За наук. ред. Ільяної В. М. – Лисогірська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат, 2016. –39 с.
4. Якушева О. В. Організація фізичного виховання дітей із мовленнєвими порушеннями в умовах дошкільного навчального закладу: методична розробка / О. В. Якушева. – Славутич, 2016. –79 с.

## **ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ «ІНВАСПОРТУ» ТА ПАРАЛІМПІЙСЬКОГО РУХУ НА ВОЛИНІ**

**А. О. Шворак, В. Д. Гащин**

*Луцький інститут розвитку людини Університету „Україна”*

Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна», м.Луцьк.

В останні роки паролімпійський рух набув неабиякого значення в системі олімпійського та міжнародного спорту. Як зазначає президент Національного комітету спорту інвалідів України, народний депутат Верховної Ради України В.М. Сушкевич, паролімпійський рух – це одне з найвищих досягнень людського гуманізму тисячоліття, що минуло.

У період відновлення своєї незалежності Україна стала повноправним членом міжнародного паролімпійського руху. Українські спортсмени-інваліди беруть участь і успішно виступають на найбільших змаганнях в системі паролімпійського спорту – Паролімпійських іграх. На думку керівників міжнародного спорту, Україна сьогодні є одним із лідерів щодо темпів розвитку паролімпійського руху. Разом із тим, активний розвиток паролімпійського руху в Україні не супроводжувався до останнього часу ґрунтовними та всебічними науковими дослідженнями.

Фактично недослідженою науковцями України залишається проблематика спорту осіб з інвалідністю паролімпійського руху. Більшість досліджень присвячені проблемам медичної та соціальної реабілітації, адаптивному фізичному вихованню, особливостям фізичного виховання у спеціальних медичних групах, лікувальній фізичній культурі, фізичній реабілітації для окремих нозологій та проблемам теорії і методики тренування в окремих видах інвалідного спорту. В останні роки ряд

досліджень були присвячені вивченню історії інваспорту та паралімпійського руху в Україні, це зокрема праці [Римар О.В., 2001, 2002, Вацеба О.М., Копій О.В., 1999 та ін.]. Разом із тим, сьогодні у науково-методичній літературі, в сучасних інформаційних мережах міститься чимало науково-методичної інформації щодо розвитку спортивного руху серед неповносправних Волині, яка майже не використовується українськими фахівцями і не введена до науково-інформаційного обігу.

Наше дослідження є однією з перших спроб вивчити та узагальнити історію та організацію розвитку паралімпійського руху на Волині.

Мета роботи полягала у визначенні виникнення, особливостей формування та тенденцій розвитку паралімпійського руху на Волині.

Волинський регіональний центр з фізичної культури та спорту інвалідів «Інваспорт» був заснований у 1993 році. Основне завдання Центру - формування спортивного руху інвалідів, розвиток паралімпійського руху як складової соціальної реабілітації людей з обмеженими можливостями.

Нині регіональному центру є чим пишатися, позаяк Волинь – єдина область в Україні, яка має чемпіонів Паралімпійських зимових, літніх та Дефлімпійських ігор. До речі, напевно, тільки Луцький інститут розвитку людини Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» з-поміж студентів може назвати паралімпійських чемпіонів. Ці спортсмени своїм прикладом, сподіваюся, допомагають й іншим повірити у себе.

За роки роботи Центру 19 спортсменів здобули статус майстрів спорту міжнародного класу, понад дев'яносто разів на честь волинських спортсменів здіймався національний прапор. Також більш ніж 40 разів лунав Державний Гімн, тобто вони здобували золоті медалі. За час існування нашого центру не залишилося такого континенту, де не побували б наші спортсмени.

Волинські спортсмени з вадами зору, слуху чи опорно-рухового апарату мають чимало спортивних досягнень. Серед здобутків – перемоги на Паралімпійських, Дефлімпійських іграх, чемпіонатах світу та України. Ми маємо сім Заслужених майстрів спорту. Для порівняння: на Волині серед здорових спортсменів ніхто такого високого звання не має.

## **ТИПОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНИХ СТУДЕНТІВ**

**Я. Л. Якімова, Д. О. Савенко**

*Рівненський інститут Університету «Україна»*

У психології широко використовується типологія особистості – класифікація людей на групи за певними істотними ознаками. Розрізняють такі підходи до типології: за однією основою, за декількома ознаками, за співвідношенням ознак, за «прототипом». [1, 56]



Соціально-психологічний портрет сучасного студента визначається, насамперед, статусом студентства в умовах становлення ринкової економіки, трансформації всіх сфер суспільного життя в Україні. Типовою стратегією в сучасному студентському середовищі, як і в суспільстві загалом, стає «стратегія виживання», орієнтація на вирішення нагальних потреб існування. Багато студентів вимушені поєднувати (а то й заміщати) професійне навчання з пошуком засобів для існування та оплати самого навчання. Нерідко сфера їхньої трудової діяльності дуже віддалена від майбутнього фаху, який опановується. [4,39]

Попри всі ці проблеми і труднощі, нинішнє покоління студентів має безперечні переваги перед своїми попередниками у виборі форми навчання (денна (очна), вечірня, заочна й дистанційна, екстернат), змісту освіти (вибіркові навчальні дисципліни, факультативні заняття, індивідуальний навчальний план студента, індивідуальний графік навчального процесу тощо). Вони мають відкритий доступ до різних джерел інформації, у т. ч. до сучасних інформаційних технологій, зокрема мережі Internet. Все це безумовно дає можливості і для студентів з особливими потребами. [1, 40]

**До чинників, які визначають соціально-психологічний портрет сучасного студента належать:**

1. Рівень підготовки, система цінностей, ставлення до навчання, поінформованість про вузівські реалії, уявлення про професійне майбутнє та інше, тобто те, з чим студент приходить до вищої школи і впливати на що можна лише опосередковано.

2. Організація навчального процесу у вищій школі, рівень викладання, тип взаємин викладача зі студентами та інші чинники, які проявляються в процесі навчання та якими можна управляти [2, с. 23].

**М. І. Дьяченко, Л. А. Кандибович за рівнем професійної спрямованості розглядають таку типологію студентів [2, с. 23]:**

**Перший тип** – студенти з позитивною професійною спрямованістю, яка зберігається протягом усього періоду навчання. Вона обумовлена чітким уявленням про майбутню професію. Орієнтація в професійній сфері пов'язана з привабливістю змісту фаху, його відповідністю власним здібностям, високою соціальною значущістю. Ці студенти характеризуються високим рівнем активності. [2, 25]

**Другий тип** – студенти, які остаточно ще не визначилися у своєму ставленні до професії. Здебільшого вибір фаху не має чітко

**Третій тип** – студенти з негативним ставленням до професії. Мотивація вибору обумовлена переважно загальноновизнаними в суспільстві цінностями вищої освіти. Рівень їх уявлень про професію низький. У фаховій сфері приваблює матеріальна винагорода, соціальні можливості, що надаються професією (можливість працювати в місті, тривала відпустка тощо). Показники активності невисокі й дуже нестійкі. [2, 26]

Отже, типологія сучасного студента дає можливість розуміння їхньої мотивації та цінностей, а відповідно і ставлення до навчання, що безумовно створює можливості для викладання дисциплін і розуміння викладачами особливостей кожного.

### **Список використаних джерел**

1. Мороз О.Г. Педагогіка і психологія вищої школи / О.Г. Мороз, О.С. Падалка, В.І. Юрченко. – К.: НПУ, 2003. – 267 с.
2. Головінський І.З. Педагогічна психологія: навч. посіб. для вищ. шк. / І.З. Головінський. – К.: Аконіт, 2003. – 288 с.
3. Навчальний процес у вищій педагогічній школі / [ за ред. акад. Мороза О.Г]. – К.: НПУ, 2000. – 337 с.
4. Якунин В.А. Педагогическая психология: учеб. пособ. / В.А. Якунин. – СПб.: Изд-во Михайлова В.А., 2000. – 348 с.



## ЛУЦЬКИЙ ІНСТИТУТ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ УНІВЕРСИТЕТУ «УКРАЇНА»

### ЗАПРОШУЄ НА НАВЧАННІ:

- 016 «СПЕЦІАЛЬНА ОСІТА» (АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ТА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ);
- 227 «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ» (ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ);
- 029 «ІНФОРМАЦІЙНА, БІБЛІОТЕЧНА ТА АРХІВНА СПРАВА» (ДОКУМЕНТОЗНАВСТВО ТА ІНФОРМАЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ);
- 072 «ФІНАНСИ, БАНКІВСЬКА СПРАВА ТА СТРАХУВАННЯ»;
- 123 «КОМПЮТЕРНА ІНЖЕНЕРІЯ»;
- 231 «СОЦІАЛЬНА РОБОТА»;
- 081 «ПРАВО»;
- 242 «ТУРИЗМ».

### **МИ НАВЧАЄМО ВІД МОЛОДШОГО СПЕЦІАЛІСТА ДО МАГІСТРА!**

Приймальна комісія:

(0332) 78 – 04 – 29;  
(0332) 78 – 00 – 43;  
Моб. : 093 – 433 – 17 – 34  
067 – 334 – 48 – 47  
050 – 238 – 41 – 11

43020, м. Луцьк,  
вул. Георгія Гонгадзе, 5  
(колишня С. Лазо, р.-н.  
Київського майдану)

<http://lutsk.vmurol.com.ua/>,

E-mail:[office@lirol.com.ua](mailto:office@lirol.com.ua)

<https://www.facebook.com/lir.oledu/?ref=bookmarks>

[ol.edu/?ref=bookmarks](https://www.facebook.com/lir.oledu/?ref=bookmarks)



**ЯКІСНА ОСВІТА ГАРАНТУЄ ПРАЦЮ!**

**Наукове видання**

**МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ  
РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ, ЕРГОТЕРАПІЇ, ІНКЛЮЗИВНОЇ ТА  
СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

Матеріали III науково-практичної конференції

**Редактор – В. В. Чижик**

**Технічний редактор – Н. Г. Конон**

**Художній редактор – Ю. М. Коновалець**

**Комп'ютерна верстка – В. В. Чижик**

Здано до набору 26.01.2018. Підписано до друку 29.01.2018.

Формат 60x84 1/16. Папір офсетний. Гарнітура Times.

Ум. друк. арк. 6,14. Обл.-вид. арк. 6,24.

Наклад 300 прим.

Друк. ПП Іванюк В. П.

вул. Винниченка, 63, м. Луцьк

Свідоцтво Держкомінформтелерадіо України ВЛн № 31 від 04.02.2004 р.

УДК 376:57.02:796:615.825.1(477)

М42

Медико-біологічні проблеми фізичного виховання різних груп населення, ерготерапії, інклюзивної та спеціальної освіти : матеріали III наук.-практ. конф. (м. Луцьк, 31 січ. 2018 р.) / ред. В. В. Чижик. – Луцьк : ПВД «Твердиня» 2018. – 100 с.

Збірник розкриває актуальні проблеми фізичного виховання та спорту у різних типах навчальних закладів. Висвітлено фізіологічні, медичні та психологічні питання, технології навчання здорових людей та осіб з обмеженими фізичними можливостями; фізичної терапії, ерготерапії, фізичної реабілітації різних соціальних груп населення. Стан та перспективи залучення, профорієнтації, адаптації і супроводу осіб з фізичними потребами у студентському середовищі та подальше їх працевлаштування у суспільстві.

Збірник розрахований на викладачів, вчителів, фахівців з фізичного виховання, реабілітологів, тренерів.

**УДК 376:57.02:796:615.825.1(477)**