

Згідно отриманих даних в середньому серед 65,0 % досліджуваних дівчаток та серед 61,0 % досліджуваних хлопчиків рівень рухової активності не досягав меж гігієнічно-обґрунтованих нормативних значень.

Висновки. Таким чином, дані оцінки режиму дня учнів 12 та 14 років свідчить про значне недотримання гігієнічно-фізіологічних вимог щодо раціональної організації навчальної діяльності учнів. Серед найбільш невідповідних компонентів режиму дня: перевищення параметрів максимально-допустимої тривалості денного перебування учнів у школі, недостатній час перебування учнів на свіжому повітрі, недостатній рівень добової рухової активності, ігнорування більшістю досліджуваних осіб загально зміцнювальних процедур, порушення з боку режиму харчування.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Даценко І.І. Гігієна дітей та підлітків: Підручник / І.І. Даценко, М.Б. Шегедин, Ю.І. Шашков. –К.: Медицина, 2006. 304 с.
2. Плахтій П.Д. Основи гігієни фізичного виховання: навч. Посібник / П.Д. Плахтій / –Кам'янець-Подільський, 2003. – 240 с.
3. Осадчук Н.І. Фізичний розвиток дітей і підлітків та сучасні підходи до оцінки його гармонійності : Монографія / Н. І. Осадчук, І. В. Сергета. – Вінниця:, 2014. – 188 с.
4. Сердюк А.М. Гігієнічні проблеми збереження здоров'я дітей в сучасних умовах реформування освіти в Україні / А. М. Сердюк, Н. С. Полька, Г.М. Єременко та ін. // Гігієна населених місць : зб. Наук. Пр.. – К., 2004. – Вип. 43. – С. 402-406.

*Волошин Надія
науковий керівник – доц. Барладин О.Р.*

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НА ДИСПАНСЕРНОМУ ЕТАПІ

Серцево-судинні захворювання є провідною причиною смерті в усьому світі, що становить приблизно 30% від усієї смертності. Гіпертонічна хвороба (ГХ), ймовірно, є найбільш важливим фактором ризику для розвитку серцево-судинних захворювань. Артеріальна гіпертензія визначається як систолічний артеріальний тиск (САТ) більший 140 мм рт.ст. і/або діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) більший за 90 мм рт.ст. Її поширеність дуже висока, вона вражає близько 40% світового населення. Проте, більш ніж 40% цих хворих, як і раніше, не отримують лікування в усьому світі, дві третини з них є неконтрольованими, і тільки близько 34% контролюють рівень артеріального тиску [3].

В Україні за даними епідеміологічних досліджень поширеність ГХ становить у міській популяції - 29,6%, а серед жителів села – 36,6%. Та з віком поширеність хвороби зростає і сягає 55-65% в осіб віком понад 65 років. Метою лікування гіпертонічної хвороби є зниження смертності від серцево-судинних захворювань. Чим вищий артеріальний тиск, тим вищий ризик мозкового інсульту, ішемічної хвороби серця та передчасної смерті.

Беручи до уваги усе вище сказане, стає очевидною актуальність проведення даного дослідження.

Мета дослідження: - визначити основні підходи до фізичної реабілітації при гіпертонічній хворобі.

Матеріал і методи дослідження: аналіз наукової і науково-методичної літератури.

Виклад основного матеріалу: Гіпертонічну хворобу, як і інші захворювання серцево-судинної системи, лікують комплексно за допомогою медикаментозної терапії, фізичної реабілітації, психотерапії та дієтотерапії. Та провідна роль в реабілітації хворих з ГХ належить фізичній реабілітації, а саме лікувальній фізичній культурі.

Реабілітація - це процес і система медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних заходів, спрямованих на усунення або можливо більш повну компенсацію обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму [4].

Головними завданнями реабілітації хворих є: максимально можливе відновлення здоров'я; функціональне відновлення (повне або компенсація при недостатності чи відсутності можливості відновлення); повернення до повсякденного життя; залучення до трудового

процесу. Основна мета реабілітації – повернення максимальної кількості хворих та інвалідів до суспільства, соціально корисної праці як необхідної умови здорового і повноцінного життя.

При проведенні заходів з фізичної реабілітації необхідно дотримуватись певних правил.

До основних принципів належать:

- ◆ ранній початок проведення реабілітаційних заходів;
- ◆ комплексність застосування всіх доступних і необхідних засобів;
- ◆ індивідуалізація програми реабілітації;
- ◆ етапність реабілітації;
- ◆ безперервність усіх етапів реабілітації;
- ◆ соціальна спрямованість засобів реабілітації;
- ◆ використання методів контролю адекватності навантаження.

Дослідження проводили на базі Петриківського обласного геріатричного пансіонату, в якому приймали участь 28 людей похилого віку від 61 до 72 років з діагнозом : Гіпертонічна хвороба, II стадія. Вивчення анамнезу та матеріалів амбулаторних карток хворих на гіпертонічну хворобу II стадії показали, що до чинників зовнішнього і внутрішнього середовища, які найчастіше провокують виникнення основних симптомів захворювання, відносяться надмірні фізичні, розумові та психоемоційні навантаження.

Підхід до розробки комплексної програми фізичної реабілітації для даних тематичних хворих передбачав вивчення й аналіз сучасних літературних джерел з проблеми реабілітації людей похилого віку, хворих на гіпертонічну хворобу II стадії.

Було визначено, що значне місце в системі реабілітації цих хворих повинні займати лікувальна фізична культура, масаж, лікувальна ходьба, механотерапія, працетерапія, дієтотерапія, фітотерапія.

Згідно з рекомендаціями І.О Жарової (2011), О.К. Марченко (2012), О.Б. Лазаревої (2013) для ефективного проведення реабілітаційного процесу перед його початком необхідна попередня розробка реабілітаційного плану, який складається з наступних послідовних етапів:

- 1 етап – оцінка морфофункціонального стану хворих, встановлення ступеня функціональних порушень та адаптаційних можливостей пацієнта;
- 2 етап – визначення спеціальних реабілітаційних заходів;
- 3 етап - розробка та реалізація програми фізичної реабілітації;
- 4 етап – оцінка ефективності програми фізичної реабілітації.

Було визначено, що програма фізичної реабілітації для людей похилого віку, хворих на гіпертонічну хворобу, повинна переслідувати досягнення наступних завдань:

- нормалізація процесів збудження і гальмування в ЦНС;
- стимулювання компенсаторних механізмів ССС;
- підвищення психо - емоційного стану;
- зменшення клінічних проявів захворювання;
- попередження розвитку ускладнень;
- покращення якості життя хворих.

Крім того встановлено, що комплексна програма фізичної реабілітації повинна проводитись на фоні медикаментозної терапії. Періоди реабілітації, тривалість курсу та обсяг загального навантаження в комплексній програмі не мають відрізнятися від загальноприйнятої методики лікувального закладу. Проте засоби відновлення і методична побудова занять лікувальної гімнастики в основній і контрольній групі різні.

Як свідчать літературні джерела [3, 5] обов'язковим компонентом лікування хворих на гіпертонічну хворобу II стадії є лікувальна фізкультура. Об'єм фізичного навантаження буде визначений з врахуванням віку хворого, стану серцево-судинної і дихальної систем.

Характер вправ, дозування фізичного навантаження, послідовність виконання вправ, вихідні положення, інтенсивність повинні відповідати стану здоров'я, фізичному розвитку та фізичній підготовленості хворого.

Загальновідомо, що в реабілітації хворих з гіпертонічною хворобою на диспансерному етапі використовують наступні форми ЛФК: ранкову гігієнічну гімнастику, заняття лікувальною гімнастикою, прогулянки, дозовану ходьбу, механотерапію, працетерапію.

Лікувально - профілактичне значення фізичних вправ характеризується їх здатністю впливати на процеси збудження і гальмування в корі головного мозку. Застосування фізичних вправ значно посилює виникнення рефлекторних зв'язків — кортико-м'язових, кортико-судинних, а також м'язово- і вісцеро- кортикальних, моторно-вісцеральних. Посилення тимчасових зв'язків сприяє більш узгодженій функції основних систем організму — дихання, кровообігу, обміну речовин та ін. При застосуванні ЛФК, здійснюваної з активною діяльністю всіх ланок нервової системи, відбувається поліпшення центральної нервової регуляції, у тому числі й системи кровообігу [5].

Безпосередній вплив ЛФК на хворих із ГХ проявляється в такому:

- нормалізуються функціональний стан кори головного мозку, поліпшується самопочуття хворих;

- розвивається позитивна реакція ланок центрального і периферичного апарату кровообігу;

- поліпшується окисно-відновна фаза обміну;

- поліпшується функція нейрогуморальної регуляції системи кровообігу.

Основним засобом ЛФК у хворих на ГХ є фізичні вправи, і їх добору необхідно приділити особливу увагу. Доведено, що при виконанні фізичних вправ за участі м'язів рук значно підвищується АТ порівняно із вправами для м'язів ніг. З великою обережністю слід використовувати фізичні вправи, пов'язані з напруженням, ривками (особливо рук) зі струсом корпусу [3].

Нахили тулуба, повороти голови на початку занять можуть викликати запаморочення, порушення координації, головний біль, відчуття тяжкості в голові. Ці вправи призначають хворим поступово при незначній кількості повторень.

Також у боротьбі з суб'єктивними проявами захворювання ефективним є лікувальний масаж. З його допомогою можна знизити або зняти багато неприємних відчуттів, на які скаржаться хворі (тяжкість у голові, головний біль та ін.), а також знизити АТ. З цією метою застосовують масаж голови, шиї і зони надпліччя (комірцевої зони), який заспокоює і втамовує біль [5].

В.М. Мухін вказує, що лікувальний масаж постійно застосовують у комплексі лікування осіб із серцево-судинною патологією. Лікувальна дія масажу зумовлена трьома основними механізмами: нервово-рефлекторним, гуморальним і механічним [5, с. 264].

Лікувальна фізкультура і працетерапія покращують фізичний і психічний стан, мають позитивний вплив на вміст ліпідів, холестерину і ліпопротеїдів в сироватці крові. Рівень загального холестерину практично не змінюється, а вміст тригліцеридів в сироватці крові під впливом фізичних вправ має тенденцію до зниження.

При цьому підкреслюється поліпшення функції серцево-судинної системи, збільшення сили і рухливості, поліпшення самопочуття і підвищення якості життя.

Дуже корисні для людей старшого і похилого віку пішохідні прогулянки. Вони напевно, являються найбільш сприятливими, звичайними і доступними видом фізичної активності. Темпи ходьби відбираються індивідуально, в залежності самопочуття і фізичних можливостей кожної людини.

Відомо три складові, що гальмують процес старіння організму та сприяють його реконструкції на клітинному рівні: повільний біг, загартування і правильне харчування.

Деякі види вправ і фізичних навантажень людям даного віку, особливо на першому стані тренувань, не рекомендується. До них відносяться так звані ізометричні вправи, при яких зовнішня робота не відбувається, хоча м'язи знаходяться в стані скорочення. Наприклад, втримування важкого предмету, застигання в якій-то визначеній позі. Ці вправи на людей старшого та похилого віку, а також хворих серцево-судинними захворюваннями здійснюють негативну дію, підвищуючи артеріальний тиск, збільшуючи механічну роботу серця і потребу міокарду в кисні.

Форми ЛФК доповнюються лікувальною ходьбою. Підвищення функціональних можливостей серцево-судинної системи у хворих на гіпертонічну хворобу досягають за рахунок дозованої ходьби, тренувань на велоергометрі, теренкуру, бігу, плавання, гімнастики у воді [5, с. 261].

Правильність дозування фізичних навантажень контролюють за суб'єктивними та об'єктивними показниками: самопочуттям хворого, підвищенням артеріального тиску, скаргами на болі за грудиною, масою тіла та ін. Заняття ЛФК проводяться не раніше, ніж через годину після легкого сніданку. Неадекватні фізичні навантаження можуть посилити перебіг захворювання й призвести до наступних ускладнень: аритмій, гострих станів.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз літератури, присвячений проблемі реабілітації людей похилого віку в комплексному лікуванні гіпертонічної хвороби на диспансерному етапі, дозволив зробити висновки про те, що в наукових дослідженнях продовжує залишатися актуальним завдання розробки програм фізичної реабілітації, спрямованих на покращення стану кардіореспіраторної системи, зміцнення здоров'я, покращення якості життя даних хворих.

2. Фізична реабілітація людей похилого віку, хворих на гіпертонічну хворобу, є невід'ємною складовою її комплексного лікування.

Перспективним є розробка програми фізичної реабілітації в залежності від особливостей перебігу гіпертонічної хвороби, етапу реабілітації, вихідного рівня фізичної підготовленості хворих з використанням лікувальної фізичної культури, дієтотерапії, фітотерапії.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Амосов Н. М. Физическая активность и сердце / Н. М. Амосов, Я. А. Бендет - 3-е изд., перераб. и доп. - Киев: Здоров'я, 2000. - 212 с.
2. Горбась Ж.Л. Оцінка поширеності та контролю артеріальної гіпертензії серед населення України / І.М.Горбась // Новини медицини та фармації.-2014.-№ 229. - С.22-31
3. Жарова І. Обґрунтування використання засобів фізичної реабілітації в осіб із гіпертонічною хворобою та шийно – грудним остеохондрозом / Ірина Жарова, Анна Шевцова // Молода спортивна наука України, Збірник наукових праць - Львів, 2011. – Випуск 15, т. 3. С. 126-130.
4. Лікувальний масаж / [Вакуленко Л.О., Прилуцька Г.В., Вакуленко Д.В. Прилуцький П.]. – Тернопіль : ТДМУ, 2006. – 468 с.
5. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2005. – 472 с.

Гевко Денис

Науковий керівник: викл. Сопотницька О.В.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ТЕХНІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ВОЛЕЙБОЛІСТІВ

Техніко-тактичний рівень сучасного волейболу достатньо високий, і подальше його підвищення вимагає узагальнення передового досвіду, всебічного обґрунтування системи підготовки. При аналізі ігрової діяльності окремих гравців і команд в цілому можна виявити досягнення та характерні недоліки кожної команди і гравця.

Аналіз літературних джерел показує, що в практиці волейболу досить ґрунтовно вивчено питання контролю змагальної діяльності (В.М. Маслов, 2005; В.В. Амалін, 2002), тренувального процесу (І.Г. Максименко, 2000), техніки ударних рухів (С.С. Єрмаков, 2005), відеоконтроль технічної підготовки (М.О. Носко, 1999-2012), технічні засоби оперативного педагогічного контролю (В.М. Сероштан, 1987; М.О.), тренувального процесу волейболістів (Є.В. Кудряшов, 2005), комплексного біомеханічного контролю в тренувальному процесі волейболістів (С.В. Гаркуша, О.В. Осадчий, 2011).

Незважаючи на це, залишається ще багато суперечних і нерозв'язаних питань, вирішення яких підвищить ефективність тренувального процесу.

Мета статті – уточнити сутність основних дефініцій, які необхідні для дослідження проблеми технічної підготовки волейболістів.

Актуальність дослідження зумовлена пошуком нових форм та шляхів удосконалення ефективності техніко-тактичної підготовленості у волейболі і може бути використано не тільки для теорії фізичного виховання, але і для практики спортивного тренування у волейболі загалом.

До загальних проблем, які стосуються усіх спортивних ігор, відноситься складність техніко-тактичної майстерності гравців, яка постійно підвищується. Тому і в наш час багатьох спеціалістів в галузі теорії і методики фізичного виховання продовжують цікавити актуальні проблеми вдосконалення технічної майстерності спортсменів. Багато спеціалістів сьогодні