

швидкісне	78	108	60	15	25	78	132	56,3	18,7	25
силове	79	108	75	25	-	80	156	25	12,5	62,5
статичне	77	106	83	17	-	78	102	31,3	12,5	43,7
на витривалість	78	132	75	5	20	79	130	70	-	30

Для короткозорих більше підходять навантаження на витривалість та швидкість. Але ми повинні підкреслити, що для наступних тренувань за допомогою тестів потрібно відібрати групу підослідних, які будуть адекватно реагувати на навантаження. Щодо силових та статичних навантажень, потрібні більш поглиблені дослідження їх дозування та комбінацій, у яких вони зможуть ефективніше впливати на зір.

### INFLUENCE PHYSICAL LOAD DIFFERENCE KINDS ON VISUAL FUNCTIONS OLGA NITCELYA

*South Ukrainian State pedagogical University by K. D. Ushinskiy*

In this article, described influence physical exercises difference kinds on proximity point of clear view students with myopia.

The results of experiment showed that the physical loads variety kinds exert difference influence on vision. For select means physical development people with myopia can be used test vision functions.

### СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ РЕКРЕАТИВНО-ВІДНОВЛЮВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ У АДАПТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

ІГОР ДУБ

*Вінницький державний педагогічний університет*

У розвинутих країнах розробка проблем інвалідів, незважаючи на недовгу історію, безупинно розвивається і поповнюється новими даними.

Огляд цієї проблеми показав, що період з 30-х - по 60-ті рр. - є періодом виникнення досліджень по проблемі інвалідів, коли основна увага зверталася на опис видів і явищ захворювання. В нього включалися засоби корекції пози, аналіз емоцій і функцій центральної нервової системи. У 40-х роках вивчалася корекція пози. Проводилося навчання діям розумово-відсталих інвалідів. У 50-х роках - дослідження, спрямовані на ефективність фізичних вправ і програм корекції пози. Аналізувалися фізичні якості сліпих.

У 60-х роках у наукових дослідженнях особливо багато уваги приділялося питанням інвалідів із порушеннями інтелекту, у тому числі, розробляються різні методи, наприклад метод "аналізу завдань", метод "навчання для закріплення дій", метод "поліпшення функцій відчуття", "ігрове навчання", а також аналізувалися можливості інвалідів і т.д. Важливе значення має те, що дослідження 70-х років націлювали вчених на пошук можливостей і потенціалу інвалідів у всіх сферах для формування індивідуальної виховної програми.

На початку 70-х років особлива увага була спрямована на пошук фізичних можливостей і спроможностей інвалідів з урахуванням виду захворювання. У таких дослідженнях, головним чином, дорівнювалися й оцінювалися основні показники фізичного розвитку інвалідів і неінвалідів. У цей період об'єкт дослідження включав інвалідів з усіма видами захворювань (наприклад, розумово-відсталі, глухі, сліпі, немовлят і т.д.), використовуючи тест "Nona referenced test, N-R Test" і концепцію "Мінімальне обмежувальне оточення". Наприкінці 70-х років активно застосовувався тест "Criterion referenced test, C-R Test", що оцінював вид спорту і рухи тіла інвалідів.

На початку 80-х років вивчалась ефективність тестувань. Вчених цікавили співвідношення результату тесту і процесу навчання. Тому наприкінці 80-х років особлива увага зверталась на розробку навчального процесу і перепідготовки викладачів фізичного виховання для роботи з інвалідами, а також основний упор робився на навчальну фізкультуру в лабораторних умовах і в навчальних закладах.

У останні роки, у багатьох країнах розроблені широкі комплексні програми фізкультурно-оздоровчої і спортивної роботи серед інвалідів. Багато вчених ведуть пошук ще більш ефективних програм і нових методів, що зміцнюють здоров'я інвалідів, що відновлюють їх працездатність, соціальну адаптацію, реабілітацію, інтеграцію, повну і рівну участь у всіх сферах життя суспільства. Ці задачі вкрай складні і для їхнього вирішення потрібні комплексні наукові дослідження, що об'єднують зусилля медиків, педагогів, психологів, соціологів, техніків, фахівців в області фізичної культури і спорту.

В даний час особливо багато уваги приділяється питанням формування здорового способу життя і фізичного виховання інвалідів, відзначається необхідність спеціальної підготовки і перепідготовки викладачів фізичного виховання для роботи з інвалідами, формуються програми такої підготовки і перепідготовки. У деяких навчальних закладах, що готують фахівців в області фізичної культури і спорту, створюються навчальні лабораторії, читається спеціальний курс "фізична культура і спорт інвалідів". Планується утворення Міжнародного науково-практичного центру фізичної культури і спорту інвалідів.

Багато уваги приділяється питанням розробки і виготовлення для інвалідів спеціальних технічних засобів, різних пристосувань. Розглядаються питання спортивного тренування осіб із фізичними нестачами, їхньої пристосовуваності до того або іншого спортивного обладнання.

При залученні інвалідів до активних занять фізкультурою і спортом застосовуються як традиційні види фізичних вправ і спорту, наприклад, футбол, волейбол, лижі, так і нетрадиційні. Водночас підкреслюється необхідність диференційованого підходу до фізичного виховання людей із порушеннями рухової або інтелектуальної функції, залучення їх до ігор і спорту, що є важливим засобом попередження психічних травм і соціальної ізоляції.

У зв'язку з цим ведеться пошук таких форм фізкультурно-спортивної діяльності, що адаптовані до фізичного і психічного рівня інвалідів, виявляються фізичні вправи і види спорту, найбільше придатні для тих або інших груп інвалідів, особливо з метою їхньої соціальної інтеграції й адаптації. Робляться спроби розробити для інвалідів нові форми фізкультурно-спортивної активності, ігрові програми.

Багато уваги приділяється питанням розробки й аналізу ланок опорно-рухового апарату інвалідів для спеціальних технічних засобів, різних пристосувань і т.д. На основі визначених тестів робляться спроби визначити придатність тих або інших груп інвалідів до фізкультурно-спортивної діяльності.

У науковій літературі предметом вивчення є різні групи осіб з обмеженими фізичними або інтелектуальними можливостями, у тому числі інваліди з дитячим церебральним паралічем. Проблема виявлення найбільше придатних для інвалідів форм фізкультурно-спортивної діяльності, а також раціонального й ефективного використання їх у системі реабілітації рухової функції, стоїть дуже гостро. Аналіз літературних джерел показує, що існує значна наукова література в області медицини і педагогіки, що стосується інвалідів, особливо інвалідів із наслідками ДЦП. Однак, у ній відчувається нестача конкретних, ефективних і не тільки теоретично і методично обґрунтованих, але і перевірених на практиці проєктів і програм. Також відсутній систематичний аналіз питань, пов'язаних з цією проблемою.

Клінічна картина рухових, психічних і мовних розладів настільки різноманітна, що дотепер відсутня загальноприйнята класифікація дитячого церебрального паралічу. У Росії прийнята класифікація, у якій відбиті не тільки особливості рухових порушень, але й особливості психічної і мовної патології при різних формах захворювань.

У одних дітей рухові порушення визначаються в першу чергу вираженим підвищенням м'язового тону (спастичністю) у сполученні зі слабкістю м'язів (паретичністю). Це приводить до труднощів або неможливості довільних рухів. Підвищення тону найбільш часто спостерігається в м'язах, що приводять стегна, тому стегна в дитини щільно приведені, гомілки часто схрещені. Підвищення тону в м'язах-згиначах гомілок визначає сгинальну установку ніг у колінних суглобах; у згиначах передпліччя і пензля - сгинання рук у ліктьових і лучезап'яских суглобах, зжимання пальців у кулак із частим приведенням великого пальця руки до долоні.

Після ухвалення рішення Генеральною асамблеєю ООН "Декларації прав інваліда (Declaration of the Rights of Disabled Persons)" на 30-й асамблеї ООН у 1975 р., а також після оголошення "1981 р. - інтернаціональним роком для інвалідів (International Year of Disabled Persons)" на 31-й асамблеї ООН., стали надавати серйозне значення гідності людини, що користується правом цінності життя від народження і йому гарантується повна і рівна участь у всіх сферах життя суспільства, а також оскільки є документи, що підкреслюють права інвалідів "на однакову освіту".

Реально ці люди часто страждають від болю через існуючої стосовно них апатії з боку суспільства. Відсутність необхідних умов перетворює їх у неповноцінні члени суспільства, а також раніш ці люди часто були позбавлені можливості участі у фізкультурно-спортивній діяльності через фізичні й інтелектуальні обмеження.

Останнім часом не тільки медицина, але і фізична культура і спорт повернулися у бік інвалідів. Розвиток фізичної культури і спорту помітно розширює сфери інтеграції інвалідів у житті суспільства і збільшує їхні шанси на участь у рекреативній діяльності аж до участі в спортивних заходах. Необхідність і ефективність фізичної культури і спорту перебуває не тільки у фізичному і психічному розвитку інвалідів, але й у тому, що вона сприяє їхньої соціальної адаптації, реабілітації, інтеграції до життя в суспільстві.

Дитячий церебральний параліч - це не просто захворювання, а патологічні синдроми, поліетиологічні захворювання мозку, що виникають внаслідок внутрішньоутробних, родових або післяродових поразок мозку і різних порушень, що виявляються у формі: рухового, мовного, зорового, слухового і психічного сприйняття.

Ефективність реалізації процесу фізичної культури і спорту і функціональної реабілітації інвалідів залежить, по-перше, від того, що при упорядкуванні індивідуальної програми занять, насамперед, варто адекватно оцінити поточний рівень функціональних можливостей інвалідів, по-друге, багато чого від методів реабілітації і навчання з урахуванням індивідуальних потреб.

Для ефективного практичного застосування фізичної культури і спорту в лікувальних, реабілітаційних і соціально-педагогічних цілях необхідний комплексний науковий аналіз стану інвалідів не тільки фізичної, психічної, але і всіх сфер діяльності з допомогою різних систем тестів, використання методів, що дозволяють одержати комплексну інформацію про інвалідів.

Головним у фізичній культурі і спорті для інвалідів із наслідками ДЦП є спрямованість на відновлен найбільше природним шляхом основних рухових функцій, підтримка пози тіла, рефлексів інваліда з тим, він випробував якнайменше ускладнень при самообслуговуванні і при різного роду контактах із здоровими людьми.

Основою для вибору об'єкту і предмету дослідження, його цілі і задач послужила відсутність науково обґрунтованих знань про ефективну методику проведення занять з фізичної культури і спорту з метою активно-оздоровчої реабілітації і соціально-педагогічної інтеграції інвалідів із порушеннями функцій опорно-рухового апарату, у тому числі внаслідок ДЦП.

## SOCIAL - PEDAGOGICAL ASPECTS OF REKREATION-REDUCTION MEASURES IN ADAPTATION OF THE INVALIDS

IGOR DUB

*Vinnitza State Pedagogical University named after M. Kotsubinsky*

The historical-bibliographic aspects of a problem of rehabilitation of the invalids with disease by a DCP are uncovered.

## ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНОГО МАСАЖУ НА ПРИКЛАДІ ЛОКАЛІЗАЦІЇ БОЛЬОВОЇ ДІЛЯНКИ В НИЖНЬОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА

## PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIE MASAŻU MEDYCZNEGO NA PRZYKŁADZIE PRZYPADKU ZESPOŁU BÓLOWEGO DOLNEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA

КШИШТОВ КАССОЛІК, ЗБІГНЄВ САВІЦКІ,

ВАЛЬДЕМАР АНЖЕЇВСЬКІ

*Вроцлавська Академія фізичного виховання, Польща*

KRZYSZTOF KASSOLIK, ZBIGNIEW SAWICKI,

WALDEMAR ANDRZEJEWSKI

*Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław, Polska*

54-letni rencista III grupy, po operacji neurochirurgicznej z powodu wypadnięcia jądra miażdżystego L3-L4. Poza tym bez przeszłości chorobowej. Od ok. 25 lat utrzymywały się bóle okolicy L-S. Przed 10-laty w czasie pobytu w sanatorium w czasie zabiegu fizykalnego wystąpiło centralne wypadnięcie dysku. Przy przyjęciu do oddziału neurochirurgicznego stwierdzono silne bóle promieniujące do kończyny prawej oraz niedowład zginania stopy prawej i słabsze czucie na zewnętrznej części podudzia. Obj. Lasequa przy 70 stopniach. Pacjent został poddany extirpacji jądra miażdżystego. Od tego czasu utrzymują się uporczywe bóle kręgosłupa LS oraz okolicy karku leczone niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi oraz okresowo środkami zwiotczającymi mięśnie. Przed 4 miesiącami dołączyły zawroty głowy, które obecnie stanowią główną przyczynę dolegliwości. Pacjenta diagnozowano neurologicznie, laryngologicznie, okulistycznie, angiologicznie i radiologicznie nie uzyskując znaczących odchyień w badaniach. Wyniki konsultacji i badań dodatkowych: konsultacja neurologiczna: Spondylosis deformans reg. cervicalis. Discopathia C5-C7. Insuffitientia cerebro basilaris susp. st. post extirpationem n. pulposi L5-S1 a 1998. Paresis nervi peronealis dex. Leczenie: Nootropil, Tanacan

- ? Konsultacja okulistyczna: Poza wzmozonym odbłaskiem naczyń dno oka w normie, visus praw. ciśnienie śródgałkowe w granicach normy
- ? Konsultacja angiologiczna: Badaniem fizykalnym – bez szmerów nad tętnicami szyjnymi
- ? Audiogram: bez zmian.
- ? EEG: Bez istotnych odchyień od normy
- ? ENG: bez zmian.
- ? Badanie duplex sonograficzne tętnic dogłowych: Tętnice szyjne wspólne, zewnętrzne i wewnętrzne obustronnie prawidłowe z obustronnym przepływem krwi. Obie tętnice kręgowo kręte drożne z obecnym przepływem w kierunku dogłowym.
- ? RTG: Zmiany zwyrodnieniowe w trzonach dolnych kręgów szyjnych. Szczeliny międzykręgowe C5-C6 i C6-C7 węższe. Pola płucne bez zmian. Cień środkowy prawidłowy.
- ? MR: Mózgowie i przestrzenie płynowe wewnątrzczaszkowe prawidłowe. Nie uwidoczniają się tętnice łączące tylne mózgu. Tętnica podstawna o nieco krętym przebiegu. Tętnice środkowe prawidłowe. Stan po laminectomii L4-L5. Na tym poziomie widoczna niewielka blizna pooperacyjna zwłaszcza po stronie prawej powodująca nieznaczna deformację worka oponowego. Tarcze L3-L4, L5-S1 wpuklają się centralnie do kanału kręgowego ale nie powodują ucisku worka oponowego. Wszystkie opisane tarcze są wyraźnie obniżone co odpowiada zmianom degeneracyjnym. Cechy degeneracji tłuszczowej kręgów lędźwiowej.