Література

1. Бріскін Ю., Передерій А., Строкатов В. Параолімпійський спорт.-Львів: Арал.-2001.-141 с.
2. Приступа Є., Мислаковський Є., Приступа Т. Динаміка фізичних навантажень неповносправних важкоатлетів протягом предстартового мезоциклу // Молода спортивна наука України: Зб. Наукових статей.- Львів.- 2002.- С. 483-490.
3. Orzech J., Sobiecka J. Sport osob niepełnosprawnych.-Krakow: AWF.-1989.- 225 s.
4. Gieremek K., Dec L. Zmęczenie i rehabilitacja sil. Odnowa biologiczna.- Katowice: AWF .-142s.
5. Mysłakowski J. Przepisy Organizacji i Sędziowania zawodów w podnoszeniu ciężarów dla osób niepełnosprawnych.-Wrocław:Start.-2001.- S.26-30.

ПРОБЛЕМИ КОНТРОЛЮ В СПОРТІ ВИЩИХ ДОСЯГНЕНЬ НЕПОВНОСПРАВНИХ ОСІБ (БОЛЯХ Е., МІГАСЕВИЧ Ю., ПРИСТУПА Є., ПРИСТУПА Т., ЯСІНСЬКИЙ Р.).

Сучасний спорт інвалідів розвивається у трьох основних напрямках: спорт масовий (рекреаційний), спорт вищих досягнень і спорт професійний. Кожний з зазначених напрямків має, не дивлячись на спільність засобів, методів і форм, свою специфічну спрямованість, зумовлену ієрархією кінцевих продуктів діяльності. Спорт вищих досягнень інвалідів, як відносно нове суспільне, культурне і педагогічне явище, розвивається у трьох головних керунках: спорт паралімпійський (об'єднує представників п'яти нозологій – інвалідів зору, ампутантів, параплегіків, представників медичної групи з різними пошкодженнями системи руху, а також інвалідів з церебральним паралічем); спорт дефлімпійський (об'єднує інвалідів слуху); спорт людей, які мають вади інтелектуального розвитку (Спеціальні Олімпіади). Головними комплексними змаганнями спорту паралімпійського є Паралімпійські ігри, спорту дефлімпійського – Дефлімпійські ігри, а спорту осіб з вадами інтелекту – Спеціальні Олімпіади.

Паралімпійський спорт у більшості випадків розвивається згідно закономірностей спорту олімпійського, при тому маючи свої специфічні особливості (необхідність адаптації правил змагань до функціональних можливостей інвалідів, наявність специфічних систем діагностики для класифікації, відбору та формування команд, стартових груп та класів у видах змагань з паралімпійських видів спорту і т.д.).

В паралімпійському спорті протягом останніх 30-40 років характерними виступають наступні тенденції:

- суттєве підвищення рівня конкуренції (якщо 20-30 років тому на Паралімпіадах домінували представники США, Німеччини, Польщі, Швеції, Франції, Англії та інших західних країн, то останніми роками їм успішно протидіють спортсмени Китаю, Ірану, Єгипту, Нігерії та інших країн "третього світу");

- суттєве зростання результатів в видах спорту з метричною системою їх виміру, а також збільшення інтенсивності змагальної діяльності в іграх та одноборствах (наприклад результати переможців XI Паралімпійських ігор 2000

року в Сіднеї з пауерліфтінгу у 1,5-2 рази перевищують показники, досягнуті на VI Паралімпійських іграх 1980 року в Арнхемі);

- домінація "вузької" спеціалізації спортсменів (якщо спортсмени у 70-80 роках на Паралімпійських іграх стартували у 5- 7 видах змагань у одній або декількох дисциплінах спорту, то на останніх Паралімпіадах таке явище стає вже рідкісним);

- фемінізація програм Паралімпійських ігор (збільшення видів змагань де участь беруть жінки, наприклад, включення до Паралімпіад змагань з пауерліфтінгу для жінок, збільшення кількості видів змагань з легкої атлетики та плавання для жінок);

- інтенсивний пошук позатренувальних та позазмагальних способів, здатних підвищити ефективність системи підготовки (широке застосування комплексних медико-біологічних, психологічних та педагогічних засобів реституції, широке застосування тренувань та змагань у специфічних умовах і т.д.);

- максимальне зростання інтенсивності та обсягів тренувальних та змагальних навантажень (наприклад, протягом одного тренування у неповносправних важкоатлетів обсяги навантаження становлять 15-25 тон, а річний макроцикл тренування складає 700-1000 годин);

- максимальне наближення умов тренувальних занять до вимог, які висуваються параметрами змагальної діяльності (суттєве збільшення співвідношення спеціального навантаження і одночасне зменшення тренувальної роботи загального напрямку);

- широке застосування науково-технічних розробок для покращання спортивного інвентарю та обладнання (розробка сучасних спортивних візків, наприклад, для збірних команд США, реалізується у спеціалізованих лабораторіях НАСА) [8].

Зазначені тенденції розвитку паралімпійського спорту в значній мірі зумовлюють необхідність вдосконалення системи контролю, яка використовується в спорті неповносправних осіб.

Аналіз існуючого стану окреслює декілька найсуттєвіших проблем, характерних для системи контролю в паралімпійському спорті:

- проблема діагнозування (визначення) адаптаційних ефектів, як природних результатів пристосування до тренувальних, змагальних та реституційних впливів, з метою точного передбачення виходу спортсмена на вершину спортивної форми у необхідний час, визначений календарем змагань;
- проблема діагностики (визначення) рівня психофізичних можливостей неповносправного спортсмена з метою справедливого формування стартових груп в різних видах спорту і видах змагань;
- проблема антидопінгового контролю.

Метою контролю є оптимізація процесу підготовки та змагальної діяльності спортсменів на підставі об'єктивної оцінки різноманітних сторін їх підготовленості та функціональних можливостей систем організму (2). В теорії та практиці спорту вищих досягнень використовуються різноманітні види контролю, об'єктом яких є зміст навчально-тренувального процесу, змагальної діяльності, стан різноманітних складових підготовленості спортсменів (технічної

фізичної, тактичної, психічної), їх працездатність, можливості функціональних систем і т.д. [2,9]. Так як і в спорті повносправних, у інвалідному спорті, використовуються наступні різновиди контролю : а) етапний, плинний, оперативний; б) педагогічний, психологічний, медико-біологічний та комплексний контроль; в) суб'єктивний та об'єктивний; г) поглиблений, вибірковий та локальний контроль [2,7,9].

Багаторічний досвід роботи з неповносправними спортсменами дозволяє окреслити закономірності та тенденції формування спортивної форми, характеристики розвитку якої отримані за допомогою об'єктивних методів контролю у неповносправних спортсменів. Головною закономірністю розвитку спортивної форми виступає її яскраво виражений імовірнісний характер, що особливо проявляється у неповносправних спортсменів. Засади імовірнісних характеристик виходу, перебування та втрати спортивної форми у спортсменів – інвалідів набувають першочергової ваги, оскільки, на відміну від спорту повносправних, здатність до багаторазового протягом макроциклу підготовки виходу на вершину спортивної форми у них є суттєво нижчою. Фактично, механізми гетерохронності, хвилеподібності, компенсаторики та адаптаційні здатності у неповносправних спортсменів реалізуються в дещо відмінному ракурсі. В той же час, підставові засади адаптації до тренувального та змагального навантаження у неповносправних спортсменів такі ж самі, як у здорових людей. Свідченням сказаному може бути порівняння, наприклад рекордів у пауерліфтінгу, де неповносправні важкоатлети майже не поступаються повносправним [3]. А ефекти неспецифічної адаптації до спеціалізованих різновидів змагальної діяльності, у багатьох випадках спричиняються до того, що неповносправні спортсмени суттєво переважають повносправних. Прикладами можуть слугувати показові змагання з волейболу сидячи, голболу та інших, адаптованих до психофізичних можливостей неповносправних видів спорту за участю повносправних та неповносправних атлетів. В зазначених "інтеграційних" змаганнях перемогу здобували , як це не дивно – неповносправні спортсмени, що свідчить про доволі ефективний рівень формування у них специфічних адаптаційних механізмів, які забезпечують результативну змагальну діяльність. Підтвердженням сказаному можуть бути результати багаточисельних наукових досліджень, наприклад – Н. Байкіної та Д Силантьєва [1], А. Ronikiera [9], та інших. Фактично, результати наукових досліджень адаптаційних реакцій на навантаження у неповносправних спортсменів дозволяють висунути обгрунтовану, але все ще поки що - гіпотезу про те, що здатність до ефективної адаптації у неповносправних спортсменів є порівняльно меншою, ніж у їх повносправних колег. В той же час механізми компенсаторики у неповносправних є незрівнянно більшими, що зумовлюється зрештою, необхідністю так званого компенсованого пристосування, а також постійним, здебільшого, вимушеним вдосконаленням зазначених можливостей.

Як засвідчують результати наукових досліджень [6,8,7] , багатовимірний, поліфункціональний механізм формування спортивної форми у неповносправних спортсменів, потребує високоточних , об'єктивних методів контролю, які повинні відповідати віковим, статевим, кваліфікаційним особливостям, а голо-

вне – психофізичним характеристикам конкретної медичної групи неповносправних спортсменів. Наступною важливою передумовою ефективного контролю, виступає необхідність застосування не окремішніх методів, а лише комплексної системи контролю, в якій мусять бути органічно поєднані способи діагностики хвилеподібних адаптаційних змін (за амплітудою і частотою), а також – гетерохронних морфологічних та функціональних пристосувальних реакцій організму на тренувальні, змагальні та реституційні навантаження.

Однією з найважливіших проблем інвалідного спорту виступає проблема оцінки рівня психофізичних можливостей спортсменів – інвалідів з метою їх адекватного розподілу на стартові групи в різних видах спорту та видах змагань. З цією метою в спорті неповносправних використовується низка методів медико-біологічного, психологічного та педагогічного контролю. Головним критерієм ефективності використання зазначених методів діагностики виступає їх об'єктивність (вірогідність). Однак, проблема цього різновиду контролю, на сьогоднішній день є практично нерозв'язаною, за винятком діагностики спортсменів інвалідів слуху , зору та ампутованих. Наприклад, для визначення рівня моторних можливостей у спортсменів – представників 4 медичної групи (параплегія), 5 медичної групи (різні захворювання опорно-рухового апарату) та 6 медичної групи (церебральний параліч) у більшості видів спорту домінуючим методом є клінічний метод Ловетта, який грунтується на суб'єктивних параметрах [4]. Аналогічна картина спостерігається і при діагностиці коефіцієнту інтелігентності (IQ) у розумово недорозвинених спортсменів, де також переважно використовуються клінічні тести, які грунтуються на суб'єктивних характеристиках. Застосування суб'єктивних методів для діагностування психофізичних можливостей спортсменів у параолімпійському спорті призводить подеколи до значних помилок, які , у свою чергу, спричиняються до гучних скандалів (наприклад, у всіх ще на пам'яті гучний скандал, який відбувся на XI Параолімпійських іграх 2000 року в Сіднеї за участю збірної команди Іспанії з баскетболу серед спортсменів з розумовими вадами). Таким чином, наукова розробка і практичне обґрунтування системи об'єктивних методів діагностики рівнів психофізичних можливостей неповносправних спортсменів є однією з найактуальніших задач спортивної науки, розв'язання якої буде сприяти найперше реалізації принципу рівної конкуренції, що, у свою чергу, підвищить деонтологічні властивості спорту неповносправних.

І, нарешті, проблема антидопінгового контролю, яка у спорті неповносправних набуває все більшого розповсюдження. Як засвідчують висновки багатьох досліджень, рівень застосування заборонених допінгових препаратів у спорті неповносправних, практично на даний момент не відрізняється від аналогічного стану у спорті повносправних [5,7]. Головними причинами тут виступають значне зростання соціальної та політичної ваги параолімпійської медалі, комерціалізація спорту неповносправних, де чільну роль відіграє телебачення і реклама, а також – перші кроки у становленні за взірцем спорту повносправних професіонального спорту інвалідів. Наприклад, італійська професійна баскетбольна ліга неповносправних, або професійна американська ліга тенісу на візках набувають все більшої популярності, що спричиняється до зросту їх

фінансових прибутків, і, як наслідок – зростання негативних випадків застосування допінгу. За даними професора Торонтського університету Роя Дж. Шепарда, від 90 до 100% висококласних спортсменів-інвалідів з четвертої медичної групи - параплегія, використовують заборонену Міжнародним Параолімпійським Комітетом ще у 1994 році автономну дисрефлексію – специфічну форму підвищення працездатності спортсменів [5]. Згідно поглядів провідних спеціалістів, окрім розробки адекватних способів антидопінгового контролю, не менш важливу роль у цій галузі повинні відігравати превентивні заходи виховного та освітнього характеру [2,5,7].

Література :

1.Байкіна Н., Силантьєв Д. Дослідження просторової орієнтації школярів при метанні малого м'яча у ціль (у нормі і патології).- Молода спортивна наука України.- Збірник наукових праць.-Львів.- 2000.- Т. 2 .- С.287- 289.

2.Платонов В.Н. Общая теория подготовки спортсменов в олимпийском спорте.-Киев: Олимпийская литература.- 1997.- 584 с.

3.Приступа Є., Мислаковський Є. Тенденції розвитку важкої атлетики у неповносправних.-Молода спортивна наука України.-Збірник наукових праць.- Львів.- 2002.- Т.2.- С.481-483.

4.Приступа Е. Особенности системы спортивных соревнований инвалидов//Наука в олимпийском спорте.-2002.-№2.- С. 36-42.

5.Шепард Рой Дж. Автономная дисрефлексия и параолимпийский спорт // Наука в олимпийском спорте.- 2002.- № 2.- С. 5-11.

6.Шульга Л., Драгунов Л. Особенности подготовки спортсменов в параолимпийском спорте // Наука в олимпийском спорте.-2002.-№ 2.-С. 63-66.

7.Orzecb J., Sobiecka J. Sport osób niepełnosprawnych. - Krakow: AWF. - 1989. - 254 s.

8.Prystupa E. Tendencje rozwoju sportu paraolimpijskiego// Advances in klinical and experimental medicina.- 2002.-Vol.11.-N 1.- S. 59-63.

9.Ronikier A. Diagnostyka czynnościowa osob niepełnosprawnych.- Warszawa:AWF.-1997.- 106 s.

ВПЛИВ СИЛОВИХ ТРЕНУВАНЬ НА ГЕМОДИНАМІКУ НЕПОВНОСПРАВНИХ ОСІБ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ (ПРИСТУПА Є., ПРИСТУПА Т., ЯСІНСЬКИЙ Р.)

Характерною особливістю хворих на ДЦП (дитячий церебральний параліч) є психомоторні порушення, сутність яких проявляється, у першу чергу, у вираженій патології м'язового тонусу (прояви суттєвих диспропорцій у динаміці напруження та розслаблення м'язів синергістів, антагоністів та агоністів), а також у значно зниженій здатності підтримувати динамічну та статичну рівновагу. Зазначені особливості протікання цього захворювання суттєво обмежують можливості виконання довільних рухів, необхідних для самообслуговування та активної життєдіяльності [4]. Всі ці симптоми зумовлюють значні обмеження у сфері реалізації неповносправними з ДЦП оздоровчих форм рухової активності циклічного характеру (ходьба, біг, плавання, їзда на велосипеді і т.д.). Власне із цих причин в середовищі неповносправних з ДЦП останнім часом, окрім тре-