PHYSICAL ACTIVITY AND SERTSEVO-SOUDINNA SYSTEM

R.B. CHAPLINSKIY

State university Cam'yanets–Podilsciy

Annotation. Physical activity and sertsevo-soudinna system. In theory doslidgenno influence of physical activity on the sertsevo-soudinnou system. Analysed close pathologies of sertsevo-soudinnoi systems. Certain basic ways of warning of heart troubles by means physical activity.

ТИПИ СЕНСОМОТОРНИХ РЕАКЦІЙ НА СВІТЛОВИЙ ПОДРАЗНИК ТА МАНУАЛЬНА МОТОРНА АСИМЕТРІЯ У СТУДЕНТІВ ВУЗІВ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ВОДНИМ ПОЛОМ

Дмитро ШАРАПОВ

Київський національний університет будівництва і архітектури

Зараз відроджується інтерес до проблеми функціональних проявів конституції людини [2,4]. Відомі спроби вчених класифікувати людей за типами реакцій - відповідей на дію зовнішніх факторів. Згідно сучасним уявленням всі сенсомоторні реакції на зовнішні подразники включають три моменти: сенсорний, який відображає процеси виявлення та сприйняття стимулу; центральний, що пов'язаний з переробкою сприйнятого; моторний, зв'язаний безпосередньо з рухливою відповіддю [3,5]. В той же час співвідношення сенсорного та моторного компонентів реакції, а також прояв рухливих якостей правої та лівої руки у різноманітних умовах експерименту все ще мало вивчені.

Метою даного дослідження є вивчення індивідуальних особливостей сенсомоторної відповіді на біле світло та моторної асиметрії рук у студентів вузів (зокрема, Київського національного університету будівництва і архітектури), які спеціалізуються у водному поло.

Під наглядом знаходилось 146 студентів вузу у віці 18-20 років. Для оцінки основних компонентів простої сенсомоторної реакції використовувався телехронорефлексометричний комплекс (ТЕРМ – К-1), який дозволяє одночасно фіксувати не тільки час латентного періоду, але й час моторної реакції, а також визначати загальний час реакції на світло. Оцінка рухової асиметрії правої та лівої руки здійснювалась за двома параметрами: 1) за силою м'язів кисті; 2) за швидкістю моторної реакції. Сила м'язів, які згинають пальці кисті, визначалась у (Н), за допомогою ручного динамометра. Час моторної реакції с(t) визначався у мс за допомогою ТХРМ – К-1. Для оцінки моторної асиметрії за силою та швидкістю реакції був застосований коефіцієнт асиметрії (КА), який дорівнює S/D, де S-показник лівої руки, а D- відповідний показник правої руки [1].

Дослідження простої сенсомоторної реакції у відповідь на світловий подразник було виконане на 50 студентах (які виконували чотирьохметровий штрафний кидок), котрі працювали ведучою рукою (правою). Тривалість латентного періоду у середньому складала $M \pm m = 231{,}35 \pm 4{,}86$ мс, що характеризує тривалість сенсорного та центрального моментів реакції на подразник.

Ми виділили 3 групи досліджуваних студентів: з середньою тривалістю латентного періоду (t – від 226,49 до 236,21 мс), який ми умовно назвали сенсорною реакцією – 12%; з повільною сенсорною реакцією (t> 236,21 мс) – 38%; зі швидкою сенсорною реакцією (t< 226,49 мс) – 50%. Тривалість моторної відповіді правої руки у тих самих досліджуваних студентів дорівнювала середньому 214,05±11,35 мс. За даним параметром було також виявлено 3 групи досліджуваних: із середньою тривалістю моторної реакції – 8% (t від 202,7 до 225,4 мс); з повільною моторною реакцією – 38% (t> 225,4 мс); зі швидкою моторною реакцією – 54% (t< 202,7 мс).

На основі вивчених індивідуальних особливостей сенсорної та моторної відповідей у кожного з досліджуваних студентів було виявлено 7 різних типів сенсомоторних реакцій людини на світловий подразник:

- швидкий сенсорний, повільний моторний – 32% (n=16);
- повільний сенсорний, швидкий моторний – 26% (n=13);
- швидкий сенсорний, швидкий моторний – 18% (n=9);
- середній сенсорний, середній моторний – 8% (n=4);
- повільний сенсорний, середній моторний – 8% (n=4);
- середній сенсорний, повільний моторний – 4% (n=2);
- повільний сенсорний, повільний моторний – 4% (n=2).

Таким чином, на основі індивідуального співставлення тривалості сенсорного та моторного компонентів досліджуваної реакції ми встановили, що найбільш часто зустрічаються перші 3 типи з 7 виявлених варіантів відповідей.

Висновки

1. При дослідженні індивідуальних особливостей простої сенсомоторної реакції на світловий подразник встановлена наявність значної варіабельності протікання сенсомоторного та моторного компонентів відповіді.

2. Найбільш часто зустрічаються 3 типи сенсомоторних реакцій: швидка сенсорна, повільна моторна; повільна сенсорна, швидка моторна; швидка сенсорна, швидка моторна.

3. Принципи відбору у збірну команду вузу з водного поло слід проводити на основі подібних випробувань й спостережень, а капітана та провідних гравців команди слід визначати тренеру із використанням методів теорії нечітких множин.

Література

1. *Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. – М.: Медицина, 1988. – 240с.*
2. *Васильев С.В. Основы возрастной и конституциональной антропологии. – М.: Изд-во РОУ, 1996. – 216с.*
3. *Гройсман А.Г. Медицинская психология. – М.: Магистр, 1998. – 360с.*
4. *Русалов В.М. Природные предпосылки и индивидуально-психофизиологические особенности личности//Психология личности в трудах отечественных психологов. – СПб.: Питер, 2000. – 480с.*
5. *Сурков Е.Н. Психомоторика спортсмена. – М.: Физкультура и спорт, 1984. – 126с.*

THE TYPES OF SENSOMOTORIC REACTIONS ON LIGHT EXCITATION AND MANUAL MOTORIC ASYMMETRY OF HIGH SCHOOL STUDENTS SPECIALIZED AT WATER POLO

Dmitriy SHARAPOV

Kiev National University of Construction and Architecture

Annotation. One may use the results of this work to analyze the types of sensomotoric reactions and manual motoric asymmetry of high school students specialized at water polo. The selection of captain and so-called "hi-fi" players of the gathered team

---

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЧОЛОВІКІВ СЕРЕДНЬОГО ВІКУ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ З ПРИВОДУ НЕУСКЛАДНЕНОЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКУ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

Д.А. ШАРІПОВ

Харківська державна академія фізичної культури

Актуальність дослідження. Виразкова хвороба шлунка продовжує залишатися однією з центральних проблем сучасної гастроентерології [1,4]. Широке поширення виразкової хвороби, хронічний рецидивуючий перебіг із тривалою втратою працездатності, нерідкі ускладнення, що загрожують життю хворого визначають актуальність проблеми лікування виразкової хвороби.

Останнім часом, поряд з органозберегаючими операціями, резекція шлунка (гастроектомія) продовжує залишатися дуже розповсюдженим методом хірургічного лікування при виразковій хворобі. Разом із тим, це втручання в ряді випадків, усуваючи виразку, не тільки не приносить полегшення хворим, але і супроводжується розвитком різноманітних післягастрорезекційних розладів, нерідко більш важких, ніж первинне захворювання, тому питання профілактики післяопераційних ускладнень є безсумнівно актуальними [5].

По закінченні хірургічного лікування, тобто через 2-3 тижня після операції хворі не можуть бути визнані ще здоровими. У них відзначаються явища астенічного синдрому. Спостерігається важкість й розпирання, іноді болі в епігастральній області після їжі, відзначаються клінічні прояви демпінг-синдрому. Одночасно з цим нерідко спостерігається гіпоглікемічний синдром [2]. У хворих у ранній термін після операцій виявляються істотні зміни функціонального стану органів травлення, порушуються функції ендокринної й імунної систем. У зв'язку з цим, хворі після проведеного оперативного втручання на шлунку тривалий час непрацездатні, але і після повернення до праці через той чи інший відрізок часу можуть виникнути пізні післяопераційні ускладнення, аж до рецидиву виразки чи утворення пептидної виразки тонкої кишки [3].