

	стены, см (лента Абалякова)				
6.	Из виса на гимнастической стенке поднимание ног на 90°, колич. за 30 с	161,8	55,9	137,9	84,5
7.	Из положения лежа на спине - упор присев в и.п., колич. за 30 с	164,8	49,6	147,7	140,2
8.	Наклон вперед в седе, см	172,9	104,2	211,4	35,4
9.	Бег и плавание 12 мин, м	121,1	101,5	130,0	121,8

По средним значениям результатов, представленных в табл. 2, можно констатировать, что занятия по методике РАГ оказывают более сильное воздействие на развитие силовых качеств мышц рук и плечевого пояса (323,0 %), мышц живота (161,8 %) и всего тела (164,8%). Комплексные занятия по методике РГП в большей мере влияют на развитие гибкости (211,4%), общей выносливости (130,0%), силовых качеств ног (112,3 и 110,4%), на снижение массы тела. Сопоставление величины изменения коэффициентов вариации у занимающихся по методике РГП указывает на сильный разброс показателей силы рук и плечевого пояса (49,3%), ног (62,2%), туловища (140,2%) и общей выносливости (121,8%) по отношению к группе РАГ. В соответствии с этими характеристиками можно заключить, что занятия в группе РАГ в отличие от РГП способствуют более быстрому повышению и стабилизации силовых качеств мышц рук и туловища. Занятия по программе РГП преимущественно развивали гибкость, общую выносливость, силу мышц ног и снижали массу тела. Возможно, это указывает на то, что индивидуальные особенности занимающихся в определенной мере влияют на увеличение продолжительности тренировочного процесса в целях достижения стабильности и оздоровительного эффекта.

Выводы. 1. Мотивации студенток к различным оздоровительным технологиям связаны с весо-ростовыми показателями и уровнем развития основных компонентов физической подготовленности. Студентки низкого роста и веса, с низкими показателями силы мышц рук и туловища больше мотивированы к комплексным занятиям ритмической и атлетической гимнастикой (РАГ). Студентки более высокого роста, с большей массой тела, с ограниченной гибкостью имеют интерес к комплексным занятиям ритмической гимнастикой и плаванием (РГП).

2. Комплексные занятия по программе РАГ и РГП длительностью 90 мин, с частотой 2 раза в неделю, когда двигательная активность характеризуется ЧСС 150-165 уд/мин, можно считать программами оздоровительной направленности, т.к. концентрация в них разнородных средств позволяет эффективно противодействовать инволюционным процессам. Это подтверждается повышением уровня физической подготовленности студенток.

3. Занятия с различной структурой двигательной активности в группах РАГ и РГП оказывают дифференцированное воздействие на компоненты физической подготовленности. Занятия по методике РАГ способствуют достоверному увеличению скоростно-силовых качеств крупных мышц: рук и плечевого пояса (на 156,3%), живота (на 23,9%), всего туловища (на 16,7%). Занятия по методике РГП вызывают более выраженное снижение массы тела, достоверное повышение гибкости (на 38,5%), общей выносливости (на 8,1%) и скоростно-силовых качеств мышц ног (на 2,9 и 6,6 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем / П.К. Анохин. - М.: Медицина, 1975. – 448 с.
2. Бальсевич В.К., Запорожанов В.Н. Физическая активность человека / В.К. Бальсевич, В.Н. Запорожанов. - Киев: Здоров'я, 1991. – 65 с.
3. Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности / Н.А. Бернштейн. - М.: Медицина, 1966.
4. Купер К. Аэробика для хорошего самочувствия / К. Купер. - М.: ФиС, 1987.
5. Лисицкая Т.С., Ростовцева М.Ю., Ширковец Е.А. Ритмическая гимнастика: методика и физиологическое обоснование / Гимнастика: сб. статей. М., вып. 1, С. 24-29.
6. Павлов С.Е. Основы теории адаптации и спортивная тренировка //Теория и практика физ. культуры. - 1990. - № 1, с. 12-17.
7. Ростовцева М.Ю. Повышение физической работоспособности женщин молодого возраста средствами ритмической гимнастики: Автореф. канд. дис. МОГИФК, 1987. - 30с.

Иващенко С.Н. Андрияш Р.О.

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Сердечно-сосудистые заболевания в течение нескольких десятилетий остаются основной причиной смертности населения экономически развитых стран мира. Несмотря на значительные достижения в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, появление большого количества эффективных лекарственных средств, внедрение современных инновационных технологий, сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться главной причиной смертности в мире. По оценкам Всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний умирает около 18 млн. Человек. В структуре причин смертности от сердечно-сосудистых заболеваний основную долю случаев смерти составляет ишемическая болезнь сердца. В Украине на протяжении последних двух десятилетий показатели смертности неуклонно растут. В 2007 г. этот показатель составил 63%, в 2009г. он увеличился до 65,2%, в 2011г. - 66,3%, в 2013 показатель смертности составил 68,1%. Ежегодно в Украине умирает более 460 000 человек, в основном мужчины в наиболее работоспособном возрасте 45-55 лет. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Украине сегодня стала не только

медицинской и социально-экономической проблемой, но и проблемой, которая уменьшает потенциал обороноспособности страны.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, Всемирная организация здравоохранения, ишемическая болезнь сердца, смертность.

Іващенко С.Н. Андрияш Р.О. Фізична реабілітація хворих з ішемічною хворобою серця на амбулаторно-поліклінічному етапі. Серцево-судинні захворювання протягом кількох десятиліть залишаються основною причиною смертності населення економічно розвинених країн світу. Незважаючи на значні досягнення в лікуванні серцево-судинних захворювань, поява великої кількості ефективних лікарських засобів, впровадження сучасних інноваційних технологій, серцево-судинні захворювання продовжують залишатися головною причиною смертності у світі. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я щорічно у світі від серцево-судинних захворювань помирає близько 18 млн. чоловік. У структурі причин смертності від серцево-судинних захворювань основну частку випадків смерті становить ішемічна хвороба серця. В Україні протягом останніх двох десятиліть показники смертності неухильно зростають. У 2007 р. цей показник склав 63%, у 2009р. він збільшився до 65,2%, в 2011р. - 66,3%, в 2013 показник смертності становив 68,1%. Щороку в Україні помирає понад 460 000 чоловік, в основному чоловіки в найбільш працездатному віці 45-55 років. Смертність від серцево-судинних захворювань в Україні сьогодні стала не тільки медичної та соціально-економічною проблемою, а й проблемою, яка зменшує потенціал обороноздатності країни.

Ключові слова: серцево-судинні захворювання, Всесвітня організація охорони здоров'я, ішемічна хвороба серця, смертність.

Ivachenko S.N., Andriash P.O. A physical rehabilitation of patients is with ischemic heart trouble on the ambulatory-policlinic stage. For several decades cardiovascular disease has remained the main cause of mortality at economically developed countries. Despite significant achievements in the treatment of cardiovascular diseases, the emergence of a large number of effective drugs, the introduction of modern innovative technologies, cardiovascular disease remain the leading cause of death in the world. According to the World Health Organization, each year about 18 million people worldwide die because of cardiovascular disease. The major cause of death because of cardiovascular disease is the coronary heart disease. In Ukraine, for the past two decades, mortality rates are increasing steadily. In 2007, the figure was 63% in 2009. It increased to 65.2% in 2011 - 66.3%, in 2013 the mortality rate was 68.1%. Every year in Ukraine die more than 460,000 people, mostly men in the age of 45-55 years. Mortality because of cardiovascular diseases in Ukraine today has become not only a medical, social and economic problem but also a problem, which reduces the potential of the country's defense.

Key words: cardiovascular disease, the World Health Organization, coronary heart disease, mortality.

Постановка проблеми. В настоящее время сложившиеся неблагоприятные тенденции с сердечно-сосудистой заболеваемостью (ССЗ) делают проблему реабилитации наиболее актуальной в современном здравоохранении. Ключевым трендом ССЗ и смертности в последние годы остается ишемическая болезнь сердца (ИБС) и продолжающийся рост высоких показателей неоспоримо диктует принятие незамедлительных мер для решения данной проблемы, в том числе, проведение и создание новых эффективных многоцелевых стратегий профилактики и реабилитации больных с ИБС [1,2,3,7]. В Европе 43% смертей у мужчин и 55% — у женщин приходится на ССЗ. Смертность от ИБС среди мужчин и женщин примерно одинакова и составляет 21 и 23% соответственно, тогда как инсульт является более частой причиной смерти среди женщин по сравнению с мужчинами (18 и 11% соответственно) [12,13]. В Украине сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) ежегодно становятся причиной смерти 450–470 тысяч человек (что сопоставимо с населением крупного областного центра), из которых в стационаре умирает около 40 тысяч. По статистическим данным, на протяжении последних лет в Украине эти показатели имеют тенденцию к росту. Кроме того, смертность от болезней системы кровообращения в целом и от ИБС, в частности, в Украине значительно превышает средневропейские показатели. Сочетание ишемической болезни сердца с артериальной гипертензией сопровождается осложнениями со стороны сердца в 70 % случаев; около 20 % осложнений составляют случаи нарушения мозгового кровообращения и 7 % составляют осложнения почечного характера [1,2]. Сегодня, несмотря на то, что механизмы развития и прогрессирования атеросклероза достаточно хорошо изучены, остановить эту проблему пока не представляется возможным. Агрессивная медикаментозная терапия, направленная на достижение целевого уровня артериального давления, коррекцию уровня липидов, оптимизацию уровня глюкозы и других факторов риска, позволяет значительным образом снизить уровень развития неблагоприятных сердечно-сосудистых факторов, но не дает возможности полностью предупредить их развитие. Методы хирургического лечения ИБС также не решают проблему лечения в целом, поскольку не оказывают влияние на течение и прогрессирование атеросклероза [3,4,5].

Анализ последних исследований и публикаций.

Сердечно-сосудистые заболевания ответственны примерно за 20% смертей на Земле (приблизительно 17 миллионов). Это основная причина смерти в экономически развитых странах [12]. Современный образ жизни с его стремительным темпом, высоким нервно-психическим напряжением, предъявляет к сердечно-сосудистой системе человека значительные требования, вызывает большую, нередко чрезмерную нагрузку. При длительном действии на организм человека факторов риска (избыток холестерина, гипокинезия, гипертоническая болезнь, стресс и др.) указанные заболевания заканчиваются инвалидизацией больного, инфарктом миокарда (ИМ), а в ряде случаев – и его смертью [1,2]. Поэтому, несмотря на существенные успехи современной медицины, заболевания сердечно-сосудистой системы на протяжении последних десятилетий прочно занимают первое место в структуре причин смертности населения в Европе, в том числе и в Украине. В европейских странах удельный вес смертности от заболеваний системы кровообращения составил около 50%, в то время как в Украине - 63% [12]. Несмотря на проводимые мероприятия, по данным официальной статистики, в Украине отмечается постепенное увеличение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Этот показатель уже в 2009 г. составил 65,2% и умерло 460.609 человек. В структуре причин смертности ишемическая болезнь сердца занимает ведущее место [12].

В настоящее время реабилитацию больных с ИБС в мире проводят с помощью медикаментозного лечения и хирургических

вмешательств на сосудах сердца – стенттерапии и аортокоронарного шунтирования. Однако, медикаментозное лечение не дает желаемого эффекта, так как медикаменты действуют только на 1-2 звена в цепи патогенеза ишемической болезни сердца. Поэтому в Европе в настоящее время для реабилитации больных с ИБС все чаще используют средства физической реабилитации – различные формы лечебной физкультуры [1,2,8]. Использование для реабилитации больных с ИБС средств физической реабилитации обусловлено механизмами их лечебного действия, которые способствуют улучшению общей гемодинамики и коронарного кровообращения у больного. Особое место в реабилитационном процессе занимает физическая реабилитация. Комплексные программы, включающие, кроме лекарственного лечения и физических упражнений, модификацию поведения, отказ от курения, диету, контроль веса, метаболические факторы риска и обучающие мероприятия, вошли в национальные рекомендации, опубликованные многими кардиологическими ассоциациями [11].

Взаимосвязь между низким уровнем физической активности и развитием ССЗ хорошо изучена. В отчете ВОЗ за 2008 г. было отмечено, что более 20% случаев развития ССЗ в развитых странах происходит вследствие низкого уровня физической активности. Можно выделить несколько положительных эффектов от применения физических упражнений: снижение смертности, коррекция липидного профиля, уровней С-реактивного белка (СРВ) и натрийуретических пептидов, улучшение функции эндотелия и ремоделирование левого желудочка, увеличение толерантности к физическим нагрузкам [12,13]. Положительные эффекты от физических тренировок, как показали результаты ряда метаанализов, выражаются в снижении общей смертности на 20% и смертности от ССЗ на 26%. Кроме того, в ряде исследований было продемонстрировано снижение риска повторных госпитализаций на фоне проводимой кардиореабилитации после инфаркта миокарда, включая стентирование [1,6,7,9].

В большом метаанализе, выполненном R.S. Taylor и соавт. (2007), были проанализированы результаты 48 исследований, в которых приняли участие 8940 пациентов, перенесших инфаркт миокарда, с периодом наблюдения от полугода и более. В исследованиях проводилось сравнение эффективности обычной терапии и физических тренировок как самостоятельной или составляющей части программ физической реабилитации. Установлено достоверное снижение смертности от всех причин в группах пациентов, участвовавших в различных программах физической реабилитации, а также смертности от ССЗ [3,6]. Аналогичные результаты, свидетельствующие о высокой эффективности физических тренировок в отношении снижения общей смертности и смертности от ССЗ, были получены и в другом, проведенном в более ранние сроки J.A. Jolliffe и соавт. (2010) метаанализе на выборке из 8440 пациентов, а также в работах P.Meurin, M.A.Williams и др. [3]. К настоящему времени доказан благоприятный эффект длительных тренировок на уровень липидов в крови больных. В исследовании, выполненном D.Kalka и соавт. (2007), было установлено влияние физических нагрузок не только на уровень общего холестерина, но и на уровень триглицеридов. Так, у 98 женщин после инфаркта миокарда была отмечена статистически значимая обратная корреляционная связь между интенсивностью тренировок и уровнем триглицеридов [6,7].

В другом исследовании (Yoshida T. Et al., 2011) во время второй фазы физической реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, проводились тренировки на велоэргометре длительностью 30-40 мин с интенсивностью 80–100% от ЧСС, полученной при исходном тестировании на тредмиле, и ежедневные прогулки 2–3 раза в день по 20-30 мин, а также регулярные обучающие встречи (лекции, консультации, просмотр видеоматериалов). Полученные в результате выполнения такой программы положительные изменения липидного профиля сохранялись на протяжении 12 мес., если больные продолжали выполнять физические упражнения [3]. Исследования, проведенные N. Marchionni по изменению толерантности к физической нагрузке больных с ИБС в условиях стационара и условиях дома, показало, что вне зависимости от условий проведения реабилитации (в стационаре или дома) у больных всех возрастных групп улучшилась переносимость физических нагрузок. Толерантность к нагрузкам увеличилась в наибольшей степени в группах больных среднего и пожилого возраста. Несколько в меньшей степени, но статистически достоверно, увеличилась переносимость физических нагрузок в группе женщин старше 75 лет. Через 12 мес. наблюдения результаты были лучше у женщин, проходивших реабилитацию в домашних условиях [3].

В работах, посвященных исследованию механизмов сердечно-сосудистой адаптации и увеличения толерантности к физическим нагрузкам, в группах проведения тренировок на высоте нагрузок было отмечено значительное по сравнению с контрольными группами увеличение потребления кислорода, сердечного выброса, ударного объема и достоверное снижение системного сосудистого сопротивления [9,10]. Убедительные данные о достоверном увеличении толерантности к физическим нагрузкам были получены Д.М. Ароновым при исследовании эффективности ранних продолжительных тренировок у пациентов после инфаркта миокарда. С пациентами проводились тренировки средней интенсивности по 1 часу в неделю в течение года, в этой группе пациентов достоверно на 26,5% увеличилась переносимость физических нагрузок. [1,2]

Также при занятиях физической реабилитацией больным с ИБС рекомендуется использовать низкие или умеренные нагрузки во всех программах реабилитации, они достаточно безопасны и позволяют включать в программу реабилитации большее число больных. Их эффект не отличается от эффекта тренировок с нагрузками умеренной или высокой интенсивности. Это было доказано европейским обществом кардиологов в Стокгольме в 2010 году [3,4]. Улучшение качества жизни больных с ИБС на постклиническом этапе реабилитации может улучшить приверженность больным к дальнейшему лечению: как медикаментозному, так и немедикаментозному, усилить мотивацию к восстановлению активного образа жизни. В целом, все это способствует уменьшению риска сердечно-сосудистых осложнений и увеличению продолжительности жизни больных [4,5]. Таким образом, результаты многих исследований показали высокую эффективность физических тренировок в отношении снижения смертности, улучшения функциональных возможностей и модификации факторов риска.

ВЫВОДЫ: в большинстве программы физической реабилитации по профилактике сердечно-сосудистой патологии выглядят очень просто, что делает их на первый взгляд несерьезными и несопоставимыми с действием лекарств. Но именно эти банальные рекомендации – здоровая пища, достаточная физическая активность и отказ от вредных привычек (курения), способны самым естественным образом предупредить развитие атеросклероза, артериальной гипертензии, сахарного диабета и приостановить дальнейшее прогрессирование ИБС. Без выполнения профилактических мер, в особенности физической нагрузки, лечение ИБС может стать бесперспективным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аронов Д. М. Кардиореабилитация больных ИБС : рецепт для России / Д. М. Аронов // Лечащий врач, 2007. – № 3. – С. 23-26.

2. Аронов Д.М. Влияние физических тренировок на физическую работоспособность, гемодинамику, липиды крови, клиническое течение и прогноз у больных ишемической болезнью сердца после острых коронарных событий при комплексной реабилитации и вторичной профилактике на амбулаторно-поликлиническом этапе / Д.М. Аронов, В.Б.Красницкий, М.Ч. Бубнова и др. // Кардиология, 2009. – № 3. – С.49-56.
3. Арутюнов Г.П. Кардиореабилитация / Г.П. Арутюнова. // М. : МЕДпресс-информ, 2013. – 336с.
4. Кардиореабилитация: практическое руководство / Под ред Дж. Ниебауэра; пер. с англ., под ред. Ю.М. Позднякова. – М.: Логосфера, 2012. – 328 с.
5. Мисюра О.Ф., Шестаков В.Н., Зобенко И.А., Карпуха А.В. Санаторная кардиологическая реабилитация / О.Ф. Мисюра, В.Н. Шестаков, И.А. Зобенко, А.В. Карпухин.// СПб.:СпецЛит, 2013 – 192 с.
6. Шамес А.Б. Ишемическая болезнь сердца у женщин / А.Б. Шамес // М. : Издательство «БИНОМ», 2013. – 176с.
7. Berger J.S., et al. Sex differences in mortality following acute coronary syndromes. JAMA 2009; 302: 874-882.
8. Guidelines on myocardial revascularization The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery. //Eur Heart J – 2010. - Vol. 31. – P. 2501-2555.
9. Lansky AJ, Pietras C, Costa RA, et al. Gender differences in outcomes after primary angioplasty versus primary stenting with and without abciximab for acute myocardial infarction: results of the Controlled Abciximab and Device Investigation to Lower Late Angioplasty Complications (CADILLAC) trial Circulation 2005;111:1611-1618.
10. Okin P. All-cause and cardiovascular mortality in relation to changing heart rate during treatment of hypertensive patients with electrocardiographic left ventricular hypertrophy. / P.Okin, S.E.Kjeldsen, S.Julius, et a. //Eur Heart J – 2010. doi:10.1093/eurheartj/ehq225.
11. Reil J.C. The role of heart rate in the development of cardiovascular disease. /J.C. Reil, M. Böhn //Clin Res Cardiol – 2007. – Vol. 96. – P. 585-592.
12. World Health Organization Statistical Information System 2008. www.who.int/whosis.
13. World health statistics 2006. World Health Organization. Geneva, 2006: 77p.

Имеридзе М. Б.

«Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ЗНАТЬ СТУДЕНТІВ ЩОДО ФЕНОМЕНУ «МЕДІА» ЯК ПЕДАГОГІЧНА УМОВА ФОРМУВАННЯ МЕДІАОСВІТНЬОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ

У статті висвітлено особливості процесу систематизації знань студентів щодо феномену «медіа» як однієї з педагогічних умов, що забезпечує формування медіаосвітньої компетентності майбутніх учителів. Представлено специфіку побудови елективних (спеціальних) курсів для студентів бакалаврату.

Ключові слова: *медіа, медіаосвітня компетентність, систематизація знань, педагогічна умова, майбутні вчителі.*

Имеридзе М. Б. Систематизация знаний студентов о феномене «медиа» как педагогическое условие формирования медиаобразовательной компетентности будущих учителей. *В статье представлены особенности процесса систематизации знаний студентов о феномене «медиа» как одного из педагогических условий формирования медиаобразовательной компетентности будущих учителей. Представлена специфика разработки элективных (специальных) курсов для студентов бакалаврата.*

Ключевые слова: *медиа, медиаобразовательная компетентность, систематизация знаний, педагогическое условие, будущие учителя.*

Imeridze M.B. Systematization of students' knowledge regarding the phenomenon of «media» which is pedagogical condition for creating mediaeducational competence of the future teachers. *The article highlights the systematization of students' knowledge regarding the phenomenon of «media» which is pedagogical condition for developing mediaeducational competence of the future teachers. Presented specifics elective (special courses) for students of bachelor's degree. Teachers apply media technologies in the course of preparation for a lesson, and also to studying of experience of colleagues, self-education, of creations of author's network content, for the organization of work of pupils in online laboratories; carrying out online of thematic or current control of knowledge, for applying in stationary training of elements of distance learning, to involvement of pupils to performance of tasks of creative or research character which provide information search in the Internet, creation of own blogs and websites, participation in telecommunication projects, network competitions and so forth. Necessary condition of systematization is promotion of the fundamental idea capable to give knowledge in logical unities. Knowledge and abilities is the effective device of thinking if in consciousness of pupils (student) they are organized in system of the interconnected concepts. Systematization of knowledge depends on an order of their studying (along with the accounting of psychology and pedagogical requirements to assimilation process). Facultative (elective) specially developed training course is a subject studied by students of higher education institutions if they want. When developing a special elective course (discipline) it is necessary to consider that knowledge is, on the one side, the condition of development of students is, with another - necessary fund, basis for their further activity. Therefore, the high level of mastering knowledge means possibility of the student freely to apply this knowledge in various conditions.*

Key words: *media, mediaeducational competence, pedagogical condition, future teachers.*

Актуальність дослідження. На думку фахівців ЮНЕСКО, саме медіаосвіта дозволить вирішити ці проблеми, оскільки вона пов'язана з усіма видами медіа (друкованими, графічними, звуковим, екранним) та різними технологіями; вона дає можливість людям зрозуміти, як масову комунікацію використовують у їх суспільстві, оволодіти навичками використання медіа при спілкуванні з іншими людьми, а також забезпечує знання того, як:

- аналізувати, критично осмислювати та створювати медіатексти;