

складає:

- Ф. Лам 316 ТТД
- Д. Блінд 259 ТТД
- М. Рохо 174 ТТД
- П. Сабалета 221 ТТД

Агресивний футбол німецької збірної передбачає домінування гравців на футбольному полі, та великий відсоток тримання м'яча, що відображається в високій кількості ТТД Ф. Лама. Футболісти Луї Ван Галя використовують переважно захисний та прагматичний футбол, з великим використанням зв'язок, а також вихідів у швидкі контратаки, також збірна дуже насичує центральну частину поля, тому такий високий показник ТТД у Д. Блінда. Футболісти збірної Аргентини грають в більш захисний футбол, вони намагаються віддати м'яч противнику та грати переважно на вибухових контратаках. Високий результат змагальної діяльності в даній команді досягається завдяки високій якості дій саме в лінії захисту, тому такий низький відсоток ТТД у М. Рохо та у П. Сабалети.

2. Структура та зміст техніко-тактичних дій футболістів великою мірою залежать від тактичної побудови на гру, яка визначає основні функції гравців у нападі та захисті. Установлено, що специфіка ігрового амплуа, визначає низку характерних функцій, обумовлених важливістю окремих техніко-тактичних дій індивідуально, для кожного окремого гравця. В сучасному футболі, коли рівень гравців практично однаковий, вирішальну роль в підсумковому результаті гри відіграє саме вдало підібрана тактична побудова та система розташування гравців на футбольному полі. 3. Узагальнюючи результати проведеного дослідження нами встановлено, що техніко-тактичні дії гравців у сучасному футболі тісно пов'язано з ігровими функціями на футбольному полі. Особливості техніко-тактичних дій крайніх захисників полягають в наступному: 60% всіх техніко-тактичних крайніх захисників складають короткі передачі та зупинки. На основі дослідження визначено вагомість окремих техніко-тактичних дій для гравців відповідно до специфіки ігрового амплуа, провідними для крайніх захисників є: відбір, короткі, середні та довгі передачі. Вченими доведено, що найбільшу кількість техніко тактичних дій виконують саме захисники.

Проте, на наш погляд, дослідження особливостей техніко-тактичних дій це лише перший крок для подальшого вдосконалення системи підготовки спортсменів і перспективним напрямком подальших досліджень є вивчення шляхів вдосконалення техніко-тактичної підготовленості крайніх захисників в футболі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адоян Г.А., Адоян Г.Г. Оценка «Мастерства команд» участвующих в чемпионатах СССР по футболу в период с 1936 по 1991 г. // Теория и практика футбола. – 2003. – №2. – С. 11–12.
2. Гарас М., Фалес Й., Чернобай І. Модельні техніко-тактичні характеристики змагальної діяльності команд чемпіонів світу з футболу 1930 – 2002 років // Молода спортивна наука України – Вип.10. – Львів. НВФ «Українські технології», 2006. – Т. 2. – С. 100–107.
3. Дулібський А.В., Гусін А.Л. До питання про взаємозв'язок варіативності вибору моделей гри та оцінки техніко-тактичної майстерності футболістів високої кваліфікації // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: 36. наук. праць ВДУ ім. Л. Українки. – Луцьк: Медіа, 1999. – С. 965–969.
4. Карпа І.Я. Особливості виконання техніко-тактичних дій кваліфікованих футболістів в різних ігрових зонах / Карпа І.Я // Вісник Запорізького національного університету : зб. наук. пр. Запоріжжя, 2012. – №3. С. 180–188.
5. Стрикаленко Є.А. Особливості тактичної побудови гри провідних європейських футбольних клубів // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – Харків. – 2009, № 10. – С. 237-242
6. Тюленьков С.Ю. Теоретико-методические подходы к системе управления подготовкой футболистов высокой квалификации: монография. – М., Физическая культура и спорт. – 2007. – 354 с.
7. Garganta JM. Trends of tactical performance analysis in team sports: bridging the gap between research, training and competition. Rev Port Cien Desp 2009;9(1):81-9.
8. Psotta R, Martin A. Changes in decision making skill and skill execution in soccer performance: the intervention study. Acta Univ Palacki Olomuc 2011;41(2):7-15.
9. Ali A. Measuring soccer skill performance: a review. Scand J Med Sci Sport 2011;21:170-83.
10. Huijgen BC, Elferink-Gemser MT, Ali A, Visscher C. Soccer skill development in talented players. Int J Sports Med 2013;34:720-6.
11. Huijgen BC, Elferink-Gemser MT, Post WJ, Visscher C. Soccer Skill Development in Professionals. Int J Sports Med 2009;30:585-91.

Іващенко С.Н., Шахліна Л. Я., Лазарєва О.Б.

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ОСОБЛИВОСТІ ПОБУДОВИ ФАЗОВОЇ МОДЕЛІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ

У статті розглядаються основні підходи до розробки концепції фазової моделі фізичної реабілітації військовослужбовців, що постраждали під час бойових дій, для оптимізації процесу на різних етапах відновлення. Розглянуті нормативні підстави для побудови системи комплексної реабілітації військовослужбовців. Наведена характеристика основних станів, що призводять до інвалідизації осіб, що постраждали внаслідок бойових дій. Наведені основні принципи побудови програм, обґрунтовано необхідність мультидисциплінарного підходу, визначені способи вирішення завдань поставлених в різних періодах фізичної реабілітації відповідно до ступеню важкості стану та фазовості фізичної реабілітації. Основою програм фізичної реабілітації повинні бути індивідуально підібрані і диференційовані заходи, спрямовані на скорочення терміну відновлення функцій та поліпшення якості життя тематичних пацієнтів.

Ключові слова. Фізична реабілітація, військовослужбовці, що постраждали під час бойових дій, фазовість, мультидисциплінарність.

Иващенко С.Н., Шахлина Л. Я., Лазарева Е.Б. Особенности построения фазовой модели физической реабилитации военнослужащих, пострадавших в результате боевых действий. В статье рассматриваются основные подходы к разработке концепции фазовой модели физической реабилитации военнослужащих, пострадавших во время боевых действий, для оптимизации процесса на различных этапах восстановления. Рассмотрены нормативные основания для построения системы комплексной реабилитации военнослужащих. Приведенная характеристика основных состояний, приводящих к инвалидизации лиц, пострадавших в результате боевых действий. Приведены основные принципы построения программ, обоснована необходимость мультидисциплинарного подхода, определены способы решения задач поставленных в разных периодах физической реабилитации согласно степени тяжести состояния и фазовости физической реабилитации. Основой программ физической реабилитации должны быть индивидуально подобраны и дифференцированные меры, направленные на сокращение срока восстановления функций и улучшения качества жизни тематических пациентов.

Ключевые слова. Физическая реабилитация, военнослужащие, пострадавшие во время боевых действий, фазовость, мультидисциплинарность.

Ivashchenko S. N., Shakhlina L. Ya.-G., Lazareva O. B. Peculiarities of designing the phased model of physical rehabilitation of servicemen injured as a result of military operations. The paper reviews the main approaches to the development of the concept of a phase model of physical rehabilitation of servicemen injured during the military operations with the aim to optimize the process at different stages of recovery. The legal basis for designing the system of comprehensive rehabilitation of servicemen is examined. The basic conditions that lead to disability of people affected by the military operations are described. The paper presents the basic principles of program design, substantiates the need for multidisciplinary approach, defines the ways to accomplish the tasks of different periods of physical rehabilitation in accordance with the severity of the condition and phasic nature of physical rehabilitation. The programs of physical rehabilitation should be based on individually tailored and differentiated measures aimed at reducing the period of recovery and improvement of the quality of life of the particular group of patients.

Key words. Physical rehabilitation, servicemen injured during the military operations, phasic nature, multidisciplinary.

Постановка проблеми та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Військові дії являються соціальними катастрофами, що залишають після себе велику кількість людей, постраждалих фізично, матеріально і психічно. Не випадково медицина катастроф в числі своїх завдань визначає ліквідацію медико-санітарних наслідків локальних військових конфліктів, антитерористичних операцій та інших форм бойових дій [1]. Будь-яка війна несе для суспільства негативні економічні, політичні, соціально-психологічні наслідки. Армія пропускає через себе чисельні маси людей, з яких значна кількість після демобілізації повертається назад у громадянське суспільство травмованими фізично та психічно, вносячи у нього особливості мілітаризованої свідомості і роблячи істотний вплив на суспільство. Слід зазначити, що травматична хвороба у поранених військовослужбовців нерідко закінчується розвитком несприятливих наслідків (медичних, психологічних, соціальних), що призводять до тривалої або незворотної інвалідизації та значного економічного збитку. У значній кількості солдат та офіцерів, що брали участь у військових діях наявні «хронічні посттравматичні стани», викликані стресом [5]. Фахівці з реабілітації мають вирішувати коло завдань які знаходяться на стику соціальних та медичних проблем, повинні задовольняти потреби зазначеного вище контингенту в різноманітних видах допомоги. Саме тому розв'язання проблеми створення науково-методичного обґрунтування системи фізичної реабілітації постраждалих військовослужбовців є актуальною проблемою, що має велике практичне і наукове значення.

Мета дослідження – науково-методично обґрунтувати та розробити концепцію фазової моделі фізичної реабілітації військовослужбовців, що постраждали під час бойових дій, для оптимізації процесу на різних етапах відновлення.

Методи дослідження: загальнонаукові – аналіз, синтез, узагальнення, порівняння, експериментування зі схемами (розробка їх змістовності, перевірка продуманості й практичності) при розробці понять та практичних моделей фізичної реабілітації;

Результати дослідження та їх обговорення. Останні десятиліття характеризуються зростанням частоти військових локальних конфліктів різної інтенсивності, що не минули й Україну. Відновлення втрачених у наслідок поранення та повернення військовослужбовців до професійної діяльності значною мірою залежить від стану системи реабілітаційного відновлення [9]. Реабілітацію поранених військовослужбовців, інвалідів війни та їх сімей слід розглядати як складну соціально-медичну проблему. Реабілітація хворих і поранених учасників бойових дій повинна бути спрямована на відновлення здоров'я і досягнення максимально можливої їх повноцінності з фізичної, психічної та професійної точок зору. Реабілітація учасників бойових дій є складовою частиною лікувального процесу і починається з гострої фази захворювання, а інколи ще в процесі евакуації з зони бойових дій, відрізняється ранньою і індивідуалізованою спрямованістю її засобів. В понятійному підході на міжнародному рівні реабілітаційні заходи спрямовані на запобігання інвалідності в період лікування захворювання і допомогу військовослужбовцю в досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної й економічної повноцінності, на яку він буде здатний у рамках існуючого захворювання. Серед інших методів відновного впливу реабілітація займає особливе місце, тому що розглядає не тільки стан органів і систем організму, але і функціональні можливості людини в його повсякденному житті після виписки з медичної установи. Вочевидь, що на сучасному етапі розвитку суспільства виникла необхідність широкого застосування досить ефективних, а в ряді випадків і єдино необхідних у процесі реабілітації для відновлення здоров'я, професійного й соціального статусу людини після хвороби або травми засобів і методів фізичної реабілітації [4, 6, 11].

Ще в серпні 2014 року, під час засідання постійно діючого штабу МОЗ України з питань організації медичного

забезпечення в умовах надзвичайних ситуацій заступник Міністра, керівник апарату МОЗ України Василь Лазоришинець заявив, що в Україні потрібно налагодити чітку систему реабілітації поранених і учасників бойових дій, а також механізм надання їм психологічної допомоги, а для цього скоординувати зусилля усіх служб і створити єдиний центр для вирішення цих питань, передає УНН з посиланням на прес-службу МОЗ [2]. В той же час не зважаючи на провідне значення фізичної реабілітації в розв'язанні завдань щодо відновлення поранених військовослужбовців України, її застосування у спеціалізованих лікувальних і реабілітаційних установах на сучасному етапі не забезпечує належного ефекту. Значною мірою це обумовлене незавершеністю розробок концептуальних ідей і положень формування змісту, організації, нормативного забезпечення такої діяльності; наявністю неоднозначних думок фахівців щодо застосування засобів фізичної реабілітації; недостатньою систематизацією чинників, що визначають спрямованість реабілітаційних заходів. Посилює цю ситуацію скорочення термінів перебування хворого в стаціонарі; відсутність послідовності на етапах відновлення функцій даної категорії хворих; відсутність спеціалізованих реабілітаційних установ, діяльність яких включає фізичну реабілітацію на амбулаторному етапі відновлення функцій; відсутністю фахівців з фізичної реабілітації в штатному розкладі медичних, санаторно-курортних та реабілітаційних установ.

Оскільки одним з провідних принципів реабілітації є комплексність впливів, реабілітаційними можуть називатися лише ті установи, у яких проводиться комплекс медико-соціальних, фізичних і професійно-педагогічних заходів. Для реалізації всіх цих напрямків важливе значення має відповідна матеріально-технічна і штатна забезпеченість реабілітаційних установ. Структура й оснащення окремих кабінетів чи підрозділів визначаються потужністю установи і контингентом хворих, що проходять реабілітацію. Особливе значення має кадровий склад таких підрозділів. Важливо зазначити, що у штатному розкладі закладів підпорядкованих МОЗ України, на теперішній час, відсутні посади фахівця з фізичної реабілітації. МОЗ не бажало допускати до роботи з пацієнтами фахівців з фізичної реабілітації, оскільки їх підготовка здійснювалася у іншому відомстві. Результатом такої позиції є повна невідповідність якості реабілітаційних послуг вимогам сучасної медицини та суспільства в цілому [3]. Проте Указ Президента України № 150/2015 від 18 березня 2015 року «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» постановляє забезпечити залучення фахівців з фізичної реабілітації до реабілітаційного процесу учасників антитерористичної операції в госпіталях для ветеранів війни та закладах охорони здоров'я, в яких здійснюється реабілітація учасників антитерористичної операції [12]. Крім того цей Указ постановляє:

- забезпечити розроблення та затвердити державну цільову програму медичної, соціально-трудової реабілітації та адаптації учасників антитерористичної операції, передбачивши організацію співпраці з міжнародними організаціями стосовно започаткування нових і продовження реалізації наявних відповідних міжнародних проектів;

- забезпечити надання учасникам антитерористичної операції першочергового санаторно-курортного лікування та першочергового забезпечення технічними засобами реабілітації;

- сприяти залученню волонтерів, волонтерських організацій до заходів щодо соціальної реабілітації і адаптації учасників АТО;

- вирішити питання стосовно прийняття регіональних програм щодо медичного, соціального забезпечення, адаптації, психологічної реабілітації, професійної підготовки (перепідготовки) учасників АТО.

Відзначимо, що законодавство України з питань реабілітації інвалідів ґрунтується на Конституції України і законів України "Про реабілітацію інвалідів в Україні", "Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії", "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні", "Про соціальні послуги", інших нормативно-правових актів, що регулюють правовідносини у цій сфері, та міжнародних договорів України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України. Крім того, існує проект Закону України «Про реабілітацію в Україні» який може стати правовою основою для проведення реабілітаційних заходів саме серед учасників бойових дій. За словами директора Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України, головного державного санітарного лікаря Міністерства оборони України, під час активних бойових дій у зоні АТО у наслідок отриманих поранень 10% військовослужбовців перебували у важкому стані, 40% - в стані середньої тяжкості і 50% - в легкому, 26,7% мали поранення голови, 57,3% - кінцівок, 6,6% - грудної клітки, 5,6% - черевної порожнини, 2,4% - шиї, 0,8% - таза і 0,6% - хребта [2]. Необхідність у комплексній реабілітації обумовлена наступними факторами: важкою травматичною патологією внаслідок вогнепальних поранень і мінно-вибухових травм; широким розповсюдженням множинних та поєднаних травм; важким перебігом соматичних та інфекційних захворювань; високим відсотком інвалідизації; молодим і працездатним віком учасників бойових дій; необхідністю у соціально-психологічній адаптації. Слід мати на увазі, що період відновлення може характеризуватися пролонгованим психоемоційним стресом, обумовленим вираженою психічною травмою, негативними наслідками неадекватної реабілітації, особистісними якостями [7, 14].

Ключовими принципами що обумовлюють успішність реабілітаційної допомоги є: комплексний (мультидисциплінарний) підхід; визначення важкості стану постраждалого; розробка індивідуальної реабілітаційної програми для кожного постраждалого під час військових дій; контроль етапів відновного лікування та реабілітації [6]. Реабілітація, має проводитися мультидисциплінарною бригадою, склад якої залежить від стану постраждалого. Зазвичай до бригади входять лікар-спеціаліст, медсестра, кінезіотерапевт, ерготерапевт, логопед, психолог, пацієнт, члени його сім'ї або особи, які доглядають за пацієнтом.

При легкому стані пораненого чи травмованого військовослужбовця заходи спрямовані на відновлення функціонального стану організму, заповнення адаптаційних резервів, нормалізацію емоційної, морально-етичної та мотиваційної сфер особистості, досягнення оптимального рівня особистісної адаптації та професійно важливих якостей військовослужбовця, що забезпечують його військово-професійну працездатність і довголіття. При стані середньої важкості фізична реабілітація військовослужбовців включає оцінку функціонального стану військовослужбовців; визначення оптимальних шляхів і методів впливу згідно з особливостями порушення функцій та виявленого дефіциту, спрямованих на відновлення оптимальної працездатності; оцінку фізичної, сенсорної та інтелектуальної працездатності, зіставлення їх з номінальними показниками професійної працездатності; здійснення професійної реабілітації; корекцію самосвідомості, самооцінки і самопочуття [8].

При важких пораненнях чи травмах проведення реабілітації в певній мірі стандартизовано [6]. При цьому

використовуються положення фазової моделі, що передбачає певну тактику лікування і реабілітаційних заходів відповідних фазі захворювання [6]. Виділяють такі фази. Фаза А — на етапі гострого періоду хвороби або травми передбачає комплекс медичних заходів, спрямованих на забезпечення життя хворому, усунення гострих симптомів захворювання або пошкодження. Практично це комплекс медичних заходів на різних етапах медичної евакуації, що включає мінімальний обсяг медичної допомоги для кожного етапу, відмова від виконання яких веде до загибелі пораненого в найближчі години. Такі заходи називаються невідкладними і виконуються за життєвими показаннями і крім до лікарської, первинної та спеціалізованої лікарської допомоги включають профілактику вторинних ускладнень захворювання: пролежнів, пневмоній, контрактур, порушень акту ковтання, функцій сечовидільної і кардіо-респіраторної систем і т. д.

Фаза В. Визначальним критерієм для цієї фази є наявність у пацієнта повної свідомості. В цьому випадку можлива рання реабілітація, яка передбачає подальшу активізацію хворого, стимуляцію різних аналізаторів, відновлення рухових функцій у пацієнта. Засобами фізичної реабілітації починають відновлювати функції верхньої та нижньої кінцівок, здатність змінювати положення в ліжку, утримувати позу сидячи, стоячи, пересідати в коляску, ходити з підручними засобами, підніматися сходами. Обов'язково приділяється увага повного або часткового відновлення навичок самообслуговування: прийняття їжі, догляду за тілом, прийняттю ванни (душа), вмивання, одягання (за звичай на світовому рівні це функція ерготерапевта, але у нашій країні більшість заходів виконує фізичний реабілітолог, волонтери чи рідні травмованого); а також відновленню когнітивних здібностей, відновленню мови, пам'яті, здатності вирішувати незначні проблеми, розширюючи соціальні контакти. Фаза В триває від 2 до 6 тижнів, в умовах реабілітаційного відділення клініки.

Фаза С передбачає реабілітацію з метою досягнення повної незалежності пацієнта від сторонньої допомоги. Реабілітація проводиться в стаціонарних умовах.

Фаза Д спрямована на стабілізацію рухових і когнітивних функцій у рамках активної повсякденної життєдіяльності, яка представляє сукупність рухової активності пацієнта в самообслуговуванні і в побуті. Реабілітація військовослужбовців у фазі Д можлива в умовах напівстаціонарних реабілітаційних центрів та санаторно-курортних установ.

Фаза Е — проводиться послідовна професійна та соціальна реабілітація.

Фаза F передбачає довгостроковий необхідний догляд на дому або в будинках інвалідів при значному функціональному або нейропсихологічному дефіциті.

Методологія реабілітаційних заходів. Виявлення наявних функціональних обмежень, викликаних патологічними процесами, й оцінка їх впливу на повсякденні потреби пацієнта є передумовами для оптимальної організації реабілітаційного процесу та відповідності індивідуальної програми. Розрізняють внутрішні і зовнішні лімітуючі фактори активності у повсякденному життєдіяльності. Внутрішні лімітуючі фактори залежать від функціонального стану самого пацієнта. До таких належать [6]: відсутність будь якого сегменту опорно рухового апарату ОРА; органа чи полігранна недостатність; порушення функцій аналізаторів; наслідки контузії; сенсомоторний дефіцит, порушення м'язового тону; когнітивні порушення (мова, гнозис, праксис та ін.); низькі кардіореспіраторні резерви; тугорухомість або нестабільність суглобів, психологічна дезадаптація.

Дефіцит функціональних здібностей у вирішальній мірі визначає обмеження активності пацієнта в повсякденному житті і обсяг реабілітаційних заходів. До видів активності у повсякденному житті ставляться пересування всередині і поза житла, рухливість в побуті, догляд за тілом, зміна одягу, прийом їжі, здатність комунікації з оточенням [14], можливість активно проводити вільний час, самостійне ведення домашнього господарства. Зокрема, при прийомі їжі обстежується, чи може пацієнт жувати і ковтати тверду, кашкоподібну або рідку їжу, ковтати таблетки. Перевіряються його здатності в утриманні столових приладів, розрізуванні їжі, в координації рухів при відправленні їжі в рот - все це є істотними передумовами для прийому їжі. Такі переміщення, як вставання з ліжка, крісла, коляски, туалету, використання ванною можуть з'явитися для пацієнта складними руховими актами. Дефіцит м'язової сили чи відсутність сегменту ОРА компенсується за рахунок допоміжних засобів. При порушеннях мови в процесі її відновлення використовують прийоми компенсації за допомогою рук, письмового спілкування або за допомогою комп'ютера. Якщо пацієнт користується протезом або ортезом, слід звернути увагу на його самостійне застосування. Відновлення самостійного управління функціями кишечника і сечового міхура також важливі як в плані прогнозу реабілітації, запобігання вторинних інфекцій і пролежнів, так і в плані підвищення почуття власної гідності пацієнта. Питання мобільності пацієнта всередині і поза житла передбачає його самостійне пересування за допомогою допоміжних засобів або без них. Істотним є переносимість пацієнтом тривалих сидячих навантажень в автомобілі або при користуванні громадським транспортом. Якщо це неможливо, повинні бути знайдені альтернативні транспортні засоби.

Необхідна відповідна адаптація до ведення домашнього господарства, професійної діяльності, вільного проведення часу. Участь у різних громадських подіях, відвідування театру, виставки або святкових заходів, в тому числі за допомогою допоміжних засобів, позитивно позначаються на якості життя постраждалих військовослужбовців. Все вищевикладене обумовлює необхідність створення у країні центрів надання реабілітаційної допомоги нового типу, що відображається у цілях їх діяльності [10]:

- надання кваліфікованої реабілітаційної та соціальної допомоги з використанням спеціально створеної бази: мобільних діагностичних і лікувальних лікарських та реабілітаційних бригад для обслуговування на дому, консультативних та діагностичних кабінетів, денного стаціонару;

- створення єдиної об'єднаної інформаційної системи обліку та контролю надання всіх видів необхідної допомоги учасникам бойових дій та контртерористичних операцій, прирівняних до них осіб, а також членів їх сімей;

- медико-психологічна підтримка пацієнтів, яка полягає у формуванні певних життєвих установок і навчанні методам подолання конфліктно-стресових ситуацій;

- формування навичок здорового способу життя та тренування цих навичок в реальних ситуаціях самообслуговування, комунікації, взаємодії, трудової діяльності;

- стабілізація професійних відносин пацієнтів в рамках наявної спеціальності, навчання (перенавчання) новій професії.

- допомога у питаннях оформлення необхідних документів та вирішення проблем з житлом, працевлаштуванням, правовим статусом та ін.;
- допомога у формуванні здорового мікросередовища пацієнта, включаючи діяльність з оздоровлення сімейного клімату та адекватної терапевтичної атмосфери, що сприяє залученню членів сім'ї в реабілітаційні програми;
- підтримка зв'язку з пацієнтами, що закінчили курс реабілітації, з метою профілактики та своєчасного втручання у разі кризових ситуацій, а також з метою залучення їх до роботи в реабілітаційних програмах у центрі;
- взаємодія з організаціями, установами та службами міста (району, області) з надання комплексної соціальної підтримки пацієнтам з питань працевлаштування, забезпечення житлом, відновлення дієздатності, отримання посібників та ін.;
- інформування громадськості про роботу реабілітаційного центру з метою залучення пацієнтів, фахівців, громадських організацій і населення до участі в реабілітаційних програмах;
- створення власної бази санаторно-курортного лікування та проведення його при наявності показань;
- надання допомоги з протезування.

ВИСНОВОК. Застосування комплексної реабілітації, у тому числі фізичної у військовослужбовців дозволить швидко і якісно відновити функціональний стан організму, заповнити адаптаційні резерви, нормалізувати емоційну та мотиваційну сфери особистості, досягти оптимального рівня особистісної адаптації та професійно важливих якостей військовослужбовця, що забезпечують його військово-професійну працездатність і довголіття, а в разі неможливості адаптування його до соціуму. Необхідність вирішення проблем реабілітації учасників АТО нині є одним із найбільш значущих питань. Завдання, які мають вирішуватися усіма видами реабілітації, не закінчуються одночасно з військовими діями та конфліктами, не зникають з останнім виписаним із госпіталю солдатом. Це проблема найближчих десятиліть, котра на даний час є одночасно і стимулом для розвитку медицини в цілому.

ЛІТЕРАТУРА

1. Асадуллин Ш. Г. Организационные аспекты реабилитации участников боевых действий и локальных вооруженных конфликтов в республике Татарстан [Электронный ресурс] / Ш. Г. Асадуллин, Б. Г. Шигапов // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №5. – Режим доступа до ресурсу: <http://www.science-education.ru/119-15015>.
2. В Украине создают систему реабилитации раненых и участников боевых действий [Электронный ресурс] – Режим доступа до ресурсу: <http://odnako.su/news/health/-158500-v-ukraine-sozdayut-sistemu-reabilitacii-ranenyh-i-uchastnikov-boevyhd-eystviy---minzdrav/>.
3. Герцик А. До питання тлумачення термінів „фізична реабілітація” та „фахівець з фізичної реабілітації” / Герцик А. М. // Теорія та методика фізичного виховання. – 2010. – № 3. – С. 45 – 48.
4. Грец Г. Н. Физическая реабилитация лиц с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов на основе применения средств физической культуры и специализированных тренажерных устройств / Г. Н. Грец. – Смоленск : СГАФКСТ, 2008. – 125 с.
5. Зелянина А.Н. Динамика личностных характеристик у ветеранов с различной тяжестью военной травмы /А.Н.Зелянина [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2012, № 1 (21). Режим доступа: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 15.10.2015)
6. Исанова В. А. Концепция реабилитации в условиях специализированного реабилитационного учреждения /В. А.Исанова //Комплексная реабилитация больных и инвалидов. - 2008. - № 2-3.-с 33-40
7. Китаев–Смык Л. А. Психология стресса / Л. А. Китаев–Смык. – М.: Наука, 1983. – 276 с.
8. Повышение эффективности реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы, перенесших ампутации конечностей: Методическое пособие / Под ред. С. Курдыбайло, К.Щербины. - СПб.: Человек и здоровье, 2006. – 86 с.
9. Реабилитация раненных с боевыми повреждениями конечностей / П.Г. Брюсов, В.К. Николенко, Е.В. Гринюшин [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 1997. – Т. 318 – С.17 – 22.
10. Реабилитация участников боевых действий: история, современное состояние, перспективы развития / Г. М. Белозеров, В. В. Джурко, Г. Я. Клименко и др. / Экология человека. – 2004. – №4. – С. 40–45.
11. Сайфуллин В. Г. Социальная реабилитация участников боевых действий [Электронный ресурс] / В. Г. Сайфуллин – Режим доступа: http://www.usva.org.ua/mambo3/index.php?option=com_content&task=view&id=387&Itemid=112.
12. Указ Президента України № 150/2015 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції» від 18 березня 2015 року. / Урядовий кур'єр (офіційне видання) від 21.03.2015. – № 52.
13. Moroz Alex. Leg Amputation Rehabilitation [Электронный ресурс] / Alex Moroz. – Режим доступа: <http://www.merckmanuals.com/professional/special-subjects/rehabilitation/leg-amputation-rehabilitation>
14. Multidimensional nature of posttraumatic growth in an Australian population / B.Morris, J.Shakespeare, M.Rieck, J.Newbery // Journal of Traumatic Stress. 2005. Vol. 18(5). P. 575–585.

Ігнатенко Н.В.

Національний технічний університет України “КПІ”

ПЛАНУВАННЯ ТРЕНУВАЛЬНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ВІДПОВІДНОСТІ З ВІКОВИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНИХ ЗДІБНОСТЕЙ УЧНІВ ДЮСШ

У статті розкривається зміст та основи планування тренувального навантаження у відповідності з віковими особливостями розвитку фізичних здібностей хлопчиків та дівчаток на етапі початкової підготовки у ДЮСШ.

Ключові слова: тренувальне навантаження, фізичні здібності, темп розвитку.

Ігнатенко Н.В. *Планирование тренировочной нагрузки в соответствии с возрастными особенностями развития физических способностей учащихся ДЮСШ . У статье раскрывается содержание и основы планирования тренировочной нагрузки у соответствии с возрастными особенностями развития физических*