

нижчі від норми. Середні показники дихальних об'ємів зафіксовано у понад 20%, показники дихальних об'ємів, які нижче норми виявлено в третини досліджуваних. Результати вимірювань потужності та сили дихальної мускулатури подано в табл. 2.

Таблиця 2

Потужність вдиху і видиху та сила вдиху і видиху в старшокласників із хронічним бронхітом (%)

Показники							
Потужність вдиху		Потужність видиху		Сила вдиху		Сила видиху	
3-7 л/с (норма)	< 3 л/с	3-7 л/с (норма)	< 3 л/с	40-50 мм рт. ст.	< 40 мм рт. ст.	70-140 мм рт. ст.	< 70 мм рт. ст.
57,1	42,9	57,1	42,9	64,3	35,7	64,3	35,7

Аналіз даних табл. 2 показує, що потужність вдиху та видиху відповідала нормі і становила у юнаків 4-7 л/с, а у дівчат – 3-5 л/с (57,1%). Потужність вдиху та видиху була меншою норми (менше 3 л/с) у 42,9% учнів із хронічним бронхітом. Сила вдиху відповідала нормі і становила 40-50 мм рт. ст., а сила видиху в нормі становила 70-140 мм рт. ст. у 35,7%. Сила вдиху (менше 40 мм рт. ст.) та сила видиху (менше 70 мм рт. ст.) була нижче нормальних показників у 64,3% досліджуваних.

На рис. 2 графічно подано результати вимірювання потужності вдиху і видиху та силу вдиху і видиху старшокласників із хронічним бронхітом.

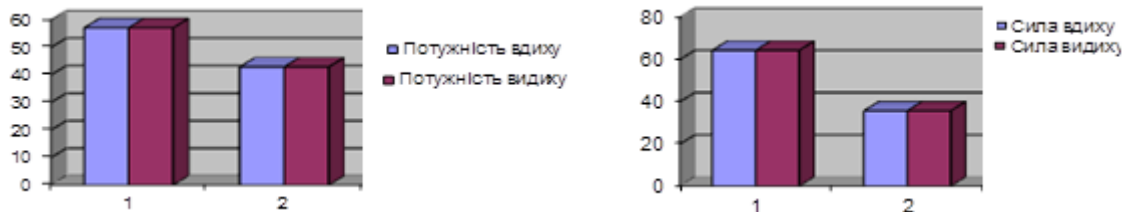


Рис. 2. Потужність та сила вдиху й видиху старшокласників (%)

Примітка: 1 – показники, які відповідають нормі; 2 – показники, які нижчі норми

Узагальнивши результати, подані на рис. 2, бачимо, що у половини досліджуваних потужність вдиху та видиху відповідають нормі, у другій половини – нижчі норми. Показники сили дихальної мускулатури - сили вдиху та видиху були низькими для даної вікової категорії.

ВИСНОВКИ

1. Частота дихання відповідала нормі (16–20 дих./хв.) у 57,2%, було прискорене дихання (20-30 дих./хв.) у 42,8% учнів. Показники легеневих об'ємів відповідали нормі на даними ЗСЛ та РО у 50,0%; за показниками ЖСЛ та ДО – у 42,9% досліджуваних.

2. Потужність вдиху та видиху відповідала нормі (3-7 л/с) у 57,1%, була нижче норми (менше 3 л/с) у 42,9% старшокласників. Сила вдиху та сила видиху відповідала нормі (40-50 мм рт. ст.) у 35,7% досліджуваних, була нижче норми (менше 40 мм рт. ст.) у 64,3% учнів із хронічним бронхітом.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ полягають в обґрунтуванні апробованих комплексів фізичних вправ при хронічному бронхіті у юнаків та дівчат старшого шкільного віку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Григус І. М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи: навчальний посібник / І. М. Григус. — Рівне, 2011. — С. 47.
2. Физическая реабилитация при бронхите у детей: матеріали ІХ Міжнародного наукового конгресу «Олімпійський спорт і спорт для всіх» [С. К. Клименко, С. В. Чикивчук]. – К, 2005. – С. 789.
3. Положення про медико-педагогічний контроль за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах. Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти і науки України №518/674 від 20.07.2009 р. – [Електронний ресурс]. – <http://news-yurist.online.com/laws/6323/>.
4. Carney R., Freedland K. Depression in patients with coronary heart disease. Am. J. Med., 2008, 121, 20-27.
5. Knapic A., Saulicz E., Kuszewski M., Plinta R. An analysis of relations between a self-assessment of health and active life-style. Med. Sport. 2009, 13 (1), 17-21.

УДК: 796:617.572-053.8-085

Грін С.О.

Національний університет фізичного виховання і спорту України

УСУНЕННЯ ОСНОВНИХ УСКЛАДНЕНЬ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІНЦІВОК ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ПОСТІММОБІЛІЗАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

В статті розглянуто основні аспекти ускладнень вогнепальних переломів кінцівок та методику їх ліквідації засобами фізичної реабілітації. За статистичними даними вогнепальні переломи кінцівок складають майже половину з усіх уражень що отримують військовослужбовці в бойових умовах. До основних ускладнень в постімобілізаційному періоді належать: порушення амплітуди рухів у суглобі, зниження силових якостей м'язів, погіршення мікроциркуляції, порушення функцій периферичних нервів ураженої кінцівки. Для ліквідації зазначених морфо-функціональних змін проводиться комплексна програма фізичної реабілітації елементами якої є фізіотерапія, масаж, суглобова гра, постізометрична релаксація, кінезіотерапія, механотерапія.

Ключові слова: фізична реабілітація, ускладнення, вогнепальні переломи.

Грин С. А. Устранение основных осложнений огнестрельных переломов конечностей средствами физической реабилитации в постиммобилизационном периоде. В статье рассмотрены основные аспекты осложнений огнестрельных переломов конечностей и методики их ликвидации средствами физической реабилитации. По статистическим данным огнестрельные переломы конечностей составляют почти половину из всех поражений, которые получают военнослужащие в боевых условиях. К основным осложнениям в постиммобилизационном периоде относятся: нарушение амплитуды движений в суставе, снижение силовых качеств мышцы, ухудшение микроциркуляции, нарушение функций периферичных нервов пораженной конечности. Для ликвидации указанных морфо-функциональных изменений проводится комплексная программа физической реабилитации элементами которой являются физиотерапия, массаж, суставная игра, постізометрическая релаксація, кинезіотерапія, механотерапія.

Ключевые слова: физическая реабилитация, осложнения, огнестрельные переломы.

Hrin S. Elimination major complications of gunshot fractures of the limbs by means of physical rehabilitation in post immobilization period. The article studies the basic aspects of complications of gunshot fractures and methods to eliminate them by means of physical rehabilitation. According to statistics gunshot fractures number almost half of all injuries in military combats. The main complications in post-immobilizing period include: breach of range of motion in the joint, decreased muscle power quality, worsening microcirculation dysfunction of peripheral nerves of the affected limb. The program of physical rehabilitation is carried out to eliminate these morpho- functional changes. It includes elements of physical therapy, massage, articular game postisometric relaxation, physiotherapy, hydrotherapy. Among the periods of rehabilitation of the least developed in accordance with the latest modern technology are the following steps of surgical treatment and drug therapy which is aimed at the final recovery of physical health and performance of military personnel, their professional adaptation, in the case of disability - for professional reorientation and social rehabilitation. Early initiation of rehabilitation interventions, continuity and comprehensiveness of rehabilitation and individual approach are the main principles of treatment effectiveness by means of PR. Physical rehabilitation is also badly needed when injury was so severe that a full recovery is not possible. In this case, physical rehabilitation and support is firstly needed to ensure the achievement of optimal physical condition and will help to acquire the necessary skills for later life. Physical rehabilitation of people with complicated gunshot fractures of limbs is an essential part of rehabilitation. Rehabilitation intervention, which requires a combination of physiological and anatomical purely medical knowledge and skills in the theory and technique of physical training, is one of the areas whose methodology and practical methods require active development in connection with the objectives set in present.

Key words: physical rehabilitation, complications of gunshot fractures.

Постановка проблеми та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Інтенсивний прогрес в розробці нових видів стрілецької зброї і набоїв вибухової дії обумовлює зростання ступеня тяжкості вогнепальної травми та обсягу ураження всіх тканин сегменту або кінцівки, що викликає збільшення ймовірності виникнення ускладнень. Постановка проблеми – проаналізувати методику комплексної фізичної реабілітації осіб з ускладненими вогнепальними переломами кінцівок. Робота виконана згідно плану НДР кафедри фізичної реабілітації НУФВСУ «Вдосконалення організаційних та методичних засад програмування процесу фізичної реабілітації при дисфункціональних порушеннях у різних системах організму» (№ держ. реєстрації 0106V010793, шифр 4.4).

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз фахових досліджень з проблематики фізичної реабілітації пацієнтів із множинними травмами опорно-рухового апарату, серед них – з вогнепальними переломами кінцівок та супутніми ускладненнями [1 с. 24, 3 с. 137-139, 4 с. 58, 9 р. 14-15, 10 р. 97] засвідчує, що серед періодів реабілітації хворих найменш розробленим відповідно до сучасних технологій залишається останній, що настає після заходів оперативного лікування і медикаментозної терапії та спрямований на остаточне відновлення фізичного здоров'я і працездатності військовослужбовців, їхню професійну адаптацію, а у випадку інвалідності – на професійну переорієнтацію і соціальну реабілітацію. Тому необхідна подальша розробка теоретико-методичних засад фізичної реабілітації осіб з вогнепальними переломами та їх ускладненнями.

Мета дослідження – проаналізувати особливості застосування фізичної реабілітації для усунення основних ускладнень вогнепальних переломів кінцівок в постімобілізаційному періоді.

Завдання роботи – розглянути основні ускладнення при вогнепальних переломах кінцівок та особливості комплексної програми фізичної реабілітації, яка спрямована на ліквідацію патологічних змін.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. За даними медичного департаменту Міністерства Оборони України за період проходження АТО в Збройних силах України (2014-2015р.р.) вогнепальні поранення м'яких тканин складає 60%, вогнепальні переломи кінцівок – 40%. У другій Ліванській Війні, 44% усіх уражень – це травми кінцівок [7 р. 3] і приблизно те ж саме спостерігалось в секторі Газа в 2009 році, схожий відсоток або навіть більший, повідомлявся і при підрахунках втрат в попередніх боях [10 р. 95]. Насамперед частота уражень кінцівок пов'язана з тим, що це найменш захищені ділянки тіла сучасного солдата. В той час, як тулуб захищають бронезилети, а голову каски із надміцних матеріалів, що набагато зменшили відсоток постраждалих з ураженнями вказаних структур.

Це також підтверджується шляхом порівняння зразка травм отриманих у війні в Іраку американськими (високий відсоток травматизації кінцівок) та іракськими солдатами (високий коефіцієнт ушкоджень тулуба і голови) за рахунок неналежного екіпування іракських військовослужбовців [10 р. 95]. Травми опорно-рухового апарату, а саме проникаючі травми кінцівок найчастіше є наслідком вибуху пристрою або боєприпасів, таких як бомби, гранати, або міни, рідше – наслідком кульового поранення [6 р. 570, 9 р. 13]. На сьогоднішній день в Україні сотні вояків з вогнепальними пораненнями були прооперовані і перебувають у військових шпиталях, де проходять курс комплексної фізичної реабілітації для відновлення втрачених функцій, зокрема верхніх та нижніх кінцівок.

Найпоширенішими локалізаціями серед переломів кінцівок вогнепальної етіології – є кістки гомілки та гомілковостопний суглоб – 42,1%, стегнова кістка 23,8%, кістки передпліччя – 11,8%, плечовий суглоб – 10,2% [1 с. 4].

У цілому, вогнепальна рана – це пошкодження тканин і органів з порушенням цілісності їхнього покрову (шкіри, слизової або серозної оболонки), викликане вогнепальним снарядом, яке характеризується зоною первинного некрозу і змінами, що обумовлюють утворення в навколишніх тканинах осередків вторинного некрозу, а також неминучим первинним мікробним забрудненням із значним збільшенням ризику розвитку інфекції. Наявність у рані мікробного забруднення в поєднанні з посттравматичними порушеннями регіонарної гемодинаміки, мікроциркуляції та набряком, а також вільних кісткових уламків та згустків крові в ділянці пошкодження, створюють сприятливі умови для розвитку ранової інфекції. Перебіг та наслідки вогнепальних переломів значною мірою залежать від наявності супутніх пошкоджень магістральних судин (зустрічається приблизно в 10% випадків) та пошкоджень нервів (в 15-20% всіх вогнепальних переломів кінцівок).

На етапі спеціалізованої медичної допомоги у 35% пацієнтів з вогнепальними переломами кінцівок розвиваються інфекційні ускладнення такі, як нагноєння ран (абсцеси, флегмони) – 35,4%, вогнепальний остеомієліт – 28,3%, анаеробна інфекція (газова флегмона, газова гангрена) – 1,7%, порушення остеогенезу, (уповільнена консолидація, незрощення переломів, хибні суглоби) – 34,6%, а також артрити, виразки тощо [5 с. 12]. Крім того, якщо постраждалим не проводилась корекція гомеостазу, в перші години після вогнепального поранення, яке супроводжувалось крововтратою та шоком, ризик виникнення гнійних ускладнень у таких хворих значно збільшується. Одним з небезпечних інфекційних ускладнень є вогнепальний остеомієліт, велике значення в розвитку якого має нераціональне проведене загальне та місцеве лікування.

При вогнепальних переломах ускладнених інфекцією реабілітаційні заходи тимчасово не використовують. Системні ефекти у поєднанні з регіональними наслідками травм кісток і м'яких тканин можуть впливати на розвиток гетеротопічного окостеніння. При наявності цього стану також не застосовується фізична реабілітація (далі – ФР) [8 р. 787]. Реабілітаційний процес при вогнепальному ураженні може бути успішним тільки у разі врахування характеру і особливостей відновлення порушених функцій кінцівки або її сегменту. Внаслідок тривалої іммобілізації, виникають вторинні зміни в тканинах: м'язові атрофії, втрата еластичності і потовщення суглобової сумки, зменшення кількості синовіальної рідини в порожнині суглоба, фіброзні зміни суглобового хряща, остеопороз. Це зумовлено поступовими затуханнями аферентної імпульсації від іммобілізованої кінцівки: з'являються функціональні, а потім і морфологічні зміни в м'язах – збільшується кількість колагену, знижується кількість міозину та глікогену, що призводить до атрофії м'язових волокон, через що м'язи втрачають скоротливу здатність, силу, еластичні властивості, це призводить до формування контрактур [4 с. 128, 3 с. 39]. Контрактура – обмеження нормальної амплітуди рухів в суглобі. Причиною переважно є механічні перешкоди в межах суглоба (капсула і суглобові поверхні) або позамежною суглоба (патологічні зміни в шкірі, фасціях, м'язах, сухожиллях). Відповідно до локалізації контрактури виділяють основні види контрактур: міогенна – виникає внаслідок ураження м'язової тканини; артрогенна – внаслідок ураження суглоба; дерматогенна – внаслідок рубцювання шкіри; десмогенна – внаслідок рубцювання зв'язок, фасцій, апоневрозів; тендогенна – внаслідок зрощення сухожилля з його піхвою; неврогенна – внаслідок порушень діяльності нервової системи. Найскладнішими вважаються поєднані контрактури (міоартрогенні, дермато-дермогенні тощо), через обмеження руху кількох структур. За

напрямом фізіологічних рухів розрізняють наступні контрактури назва яких обмеженому руху: привідні (обмеження відведення); відвідні (обмеження приведення); згинальні (обмеження розгинання); розгинальні (обмеження згинання); супінаційні (обмеження пронації); пронаційна (обмеження супінації); ротаційні та змішані. Останні в свою чергу поділяються на обмеження відповідно: однієї осі (напр. згинально-розгинальна); двом осям (згинально-привідна). Основними причинами утворення контрактур є внутрішньо суглобові переломи, запальні та дистрофічні зміни, іммобілізація, операція на суглобі. Анталгічна контрактура (захисна, протибольова) – рефлекторне скорочення оточуючих м'язів внаслідок травми і запалення [2 с. 14]. Контрактури спричиняють відносно вкорочення кінцівки та викликають певні дисфункції. При контрактурах нижніх кінцівок порушується хода, пацієнт вимушений користуватися палицями, милицями, ортопедичним взуттям. При контрактурах верхніх кінцівок виникають труднощі у самообслуговуванні.

До основних засобів і методів для відновлення амплітуди руху належать: фізіотерапія (ультразвук, термотерапія), масаж, суглобова гра, постізометрична релаксація (далі – ПІР), активні і пасивні вправи. Вибір методу залежить від виду контрактури та структури яка спричиняє обмеження [3, с. 205]. Термотерапія – лікування теплом. Сприяє релаксації м'язів, покращує рухливість сполучної тканини, а разом з тим рухливість інертних структур (суглобові поверхні, суглобова капсула). Застосовуються для ліквідації міогенних, артрогенних, десмогенних і дерматогенних контрактур. Використовують озокеритові обгортання, парафінотерапія тощо. Масаж сприяє релаксації м'язів, покращує рухливість капсули, зв'язок, навколосуглобових тканин. Застосовують для ліквідації усіх видів контрактур, окрім артрогенних. Використовується, переважно, методика класичного масажу. При наявності дермато-десмогенних контрактур в ділянці рубця застосовують колові рухи в обох напрямках II-III пальцем кисті по всій ділянці рубця. Кількість повторень 25–30 разів.

Суглобова гра сприяє зменшенню суглобового болю та ліквідації артрогенних, дисмогенних і дерматогенних контрактур. Застосовується тракція суглоба і навколосуглобових тканин шляхом коливальних рухів з частотою 2-3 рухи в секунду на протязі 2-3 хвилин. На великих суглобах частота менша. ПІР застосовується для зменшення м'язового болю, який викликається зміною тону м'яза. Це найбільш ефективний метод для зменшення міогенних контрактур. Фізичні вправи (активні та пасивні) сприяють ліквідації усіх видів контрактур. Вправи з утриманням (пасивні) для ліквідації всіх видів контрактур крім міогенних і анталгічних [2 с. 15]. Утримувати сегмент в кінці наявної амплітуди руху 15-20 секунд по 10-20 разів з перервою 15-30 секунд. Якщо активна амплітуда значно менша за пасивну, то для збільшення активної амплітуди руху доречно застосовувати силові вправи.

Для комплексності реабілітаційного втручання доцільно використовувати гідрокінезотерапію та механотерапію.

Також існують такі порушення амплітуди рухів як ригідність (рух в межах 3-5°) і анкілоз (повна відсутність руху). Анкілоз може бути фіброзним (фіброзне зрощення суглобових поверхонь) та кістковим (кісткове зрощення суглобових поверхонь). При вогнепальних переломах в наслідок іммобілізації спостерігається суттєве зниження силових якостей м'язів. За один тиждень іммобілізації м'яз може втратити до 20% сили. Протягом перших трьох місяців від початку тренувань спостерігається відносно швидке зростання сили. Протипоказаннями до силового навантаження є значно виражений больовий синдром, осифікуючий міозит, неконсолідовані переломи. Основними засобами ФР для відновлення сили м'язів є вправи з обтяженням (гантелі, штанга, тренажери, пружинні еспандери, гумові джуги, протидія іншої особи і т. ін.). Методика ФР буде залежити від наявної сили м'язів, яка визначається за допомогою мануально-м'язового тестування (далі – ММТ). Мануально-м'язове тестування проводиться за шестирядною міжнародною системою: 0 б. – відсутність інервації м'язу; 1 б. – відчуття напруження м'язів при спробі довільного руху; 2 б. – активний рух з вилученням дії гравітації; 3 б. – активний рух проти дії гравітації; 4 б. – активний рух в умовах помірної протидії; 5 б. – активний рух з максимальною протидією. Тренування сили починається з оцінки 1 бал [4, с. 78-81].

При оцінках 1 і 2 б. доречно використовувати вправи з допомогою (ексцентричний тип напруження). Якщо сила м'язів становить 3 бала використовуються вправи з допомогою (ексцентричний та концентричний тип напруження), ізометричне напруження м'язу. При оцінці 4 – ізометричне напруження м'язу, динамічні вправи з субмаксимальним обтяженням, заняття на тренажерах. Тренування сили слід починати з меншої ваги, до початку легкої втоми. Оцінка 5 – відбувається тренування спортсменів на дуже високому рівні сили. Застосування максимальних обтяжень веде до ризику травматизації м'язів та сухожиль. набряк характеризується надлишковим накопиченням рідини в тканинах уражених кінцівок, що проявляється збільшенням об'єму тканин, змінами фізичних властивостей і порушенням функції набряклих тканин. З метою усунення набряків використовуються лікувальні (дренажні) положення, лімфодренажний масаж, активні вправи для дистальних відділів ураженої кінцівки із певного лікувального положення. В 15-20% випадків вогнепальних переломів ушкодження периферичних нервів, які призводять до суттєвого зменшення сили м'язів, та порушень чутливості [1, с. 7]. З метою стимуляції регенерації нерва та відновлення функцій кінцівки застосовуються активні та пасивні вправи, електромагнітостимуляція, масаж (ручний, апаратний), іплікатори Ляпко.

ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Фізична реабілітація осіб з ускладненими вогнепальними переломами кінцівок є невід'ємною частиною відновного лікування. Застосування комплексної

реабілітаційної програми дозволяє запобігти появі дегенеративно-дистрофічних змін, покращити морфо-функціональні показники уражених структур, повернути пацієнта до трудової і соціальної активності.

Ранній початок реабілітаційних втручань, безперервність та комплексність реабілітаційних заходів та індивідуальний підхід є основними принципами ефективності лікування засобами ФР. Фізична реабілітація є гостро необхідною також тоді, коли поранення було настільки важким, що повноцінне відновлення неможливе. У такому випадку фізична реабілітація забезпечить досягнення і підтримку оптимального фізичного стану, а також допоможе набутти необхідні навички для подальшого життя.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ – проведення фізично-реабілітаційного втручання, яке потребує поєднання фізіологічно-анатомічних, суто медичних знань і навичок у галузі теорії та методики фізичної культури, є одним з напрямів, чия методологія та практична методика потребують активного розвитку у зв'язку із завданнями, поставленими сьогоднішнім часом. Для підвищення ефективності та якості відновного процесу пацієнтів із ускладненими вогнепальними переломами кінцівок необхідна модернізація відомих і пошук нових методик фізичної реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бур'янов О.А. Вогнепальні поранення кінцівок. Метод. рекомендації. / О.А. Бур'янов, С.С. Страфун, І.П. Шлапак та ін. // Київ., 2015, 46 с.
2. Герцик А. Особливості фізичної реабілітації осіб з набутими контрактурами / Герцик А. // Здоровий спосіб життя : зб. наук. ст. Вип. 21. – Л., 2007, С. 13 – 16.
3. Военная травматология и ортопедия: учебник / Под ред. В.М. Шаповалова. - СПб., 2004. - 671 с.
4. Инзель Т.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний опорно-двигательного аппарата. Практическое руководство. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2014. – 272 с.
5. Лурін А.І. Військово-польова хірургія / А.І. Лурін, Є.В. Цема. – К.: Кафедра хірургії №4, 2013. – 54 с.
6. Frykberg, E.R., 3rd Texas, J.J.: Terrorist bombings. Lessons learned from Belfast to Beirut. Ann. Surg. 208, 1988, p. 569–76.
7. Ofer, G., Aviram, W., Micky, D., Aviv, K., Michael, Y., Ofir, C., Ronene, G., Oren, F., Nahman, A., Gil, H., Amir, B.: Injuries characteristics of IDF soldiers in second Lebanon war. JIMM 4, 2007, p. 3–6.
8. Pape, H.C., Marsh, S., Morley, J.R., Krettek, C., Giannoudis, P.V.: Current concepts in the development of heterotopic ossification. J. Bone Joint Surg. Br. 86, 2004, p. 783-87.
9. Ryan, J.M., Cooper, G.J., Haywood, I.R., Milner, S.M.: Field surgery on a future conventional battlefield: Strategy and wound management. Ann. R. Coll. Surg. Engl. 73, 1991, p. 13–20.
10. Yuval, R., Eran, H., Salah, D., Micha, K., Avraham, D., Carmi, A., Gil, H.: Injuries characteristics of IDF soldiers in operation cast lead. JIMM 6, 2009, p. 95–98.

УДК 378:796.071.4.035

Данилевич М. В.

Львівський державний університет фізичної культури

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ІЗ ФІЗИЧНОЇ РЕКРЕАЦІЇ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

У статті на основі результатів анкетування студентів десяти вищих навчальних закладів України з'ясовано особливості професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичного виховання та спорту до рекреаційно-оздоровчої діяльності. Автор зазначає, що для підвищення якості професійної підготовки майбутніх фахівців з рекреаційно-оздоровчої роботи ї необхідно реформувати існуючу систему підготовки фізкультурних кадрів в Україні, акцентуючи увагу на оволодінні професійно орієнтованими знаннями, вміннями та навичками в сфері фізичної рекреації.

Ключові слова: професійна підготовка, готовність, майбутні фахівці з фізичного виховання та спорту, рекреаційно-оздоровча діяльність.

Данилевич М.В. Особенности профессиональной подготовки будущих специалистов по физической рекреации в высших учебных заведениях Украины. В статье на основе результатов анкетирования студентов десяти высших учебных заведений Украины изучены особенности профессиональной подготовки будущих специалистов по физическому воспитанию и спорту к рекреационно-оздоровительной деятельности. Автор отмечает, что для повышения качества профессиональной подготовки будущих специалистов по рекреационно-оздоровительной работе необходимо реформировать существующую систему подготовки физкультурных кадров в Украине, акцентируя внимание на овладении профессионально ориентированными знаниями, умениями и навыками в сфере физической рекреации.

Ключевые слова: профессиональная подготовка, готовность, будущие специалисты по физическому воспитанию и спорту, рекреационно-оздоровительная деятельность.