

УДК: 616.758-796

Кравчук Л.Д.
кандидат з фізичного виховання., доцент кафедри фізичної реабілітації НУФВСУ
Зінченко В.В.
кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу реабілітації ДУ «ІТО НАМН України
Коваль О. А.
магістрант, НУФВСУ
Ходирев Д. Є.
магістрант, НУФВСУ

ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ ХОДИ У ХВОРИХ З РОЗРИВАМИ АХІЛЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ

Стаття присвячена актуальному питанню розривів ахіллового сухожилля, що обумовлена зростанням частоти даної травми за останні роки. Частота підшкірного розриву ахіллового сухожилля досягає 25–30 випадків на 100000 населення в рік і збільшується з кожним десятиліттям. Більша частина розривів відбувається під час занять аматорським спортом (до 70–90%). Це робить проблему реабілітації таких пацієнтів досить актуальною. Запропонований автором алгоритм застосування засобів фізичної терапії у післяопераційному відновлювальному лікуванні спортсменів з розривами ахіллового сухожилля відрізняється від раніше створених методів застосування, починаючи з другого періоду, наявності нових методичних прийомів: постізометричної релаксації і аутомобілізацією тригемного м'яза гомілки з метою більш швидкої ліквідації постімобілізаційної контрактури гомілкового суглоба; використання серії статичних силових вправ, які доповнюють систему динамічних вправ, що сприяє більш швидкому відновленню силового потенціалу м'язів всього регіону зони операції.

Ключові слова: ахілове сухожилля, травма, фізична терапія, реабілітація.

Кравчук Л. Д., Зінченко В. В., Коваль О. А., Ходирев Д. Е. Восстановление функции ходьбы у больных с разрывами ахиллова сухожилия. Стаття посвящена актуальному вопросу разрывов ахиллова сухожилия обусловлена ростом частоты данной травмы за последние годы. Частота подкожного разрыва ахиллова сухожилия достигает 25–30 случаев на 100000 населения в год и увеличивается с каждым десятилетием. Большая часть разрывов происходит во время занятий любительским спортом (до 70–90%). Это делает проблему их реабилитации весьма актуальной. Предложенный алгоритм применения средств физической терапии в послеоперационном восстановительном лечении спортсменов с разрывами ахиллова сухожилия отличается от ранее созданных методов применением, начиная со второго периода, новых методических приемов: постизометрической релаксации и аутомобилизацией трехглавой мышцы голени с целью более быстрой ликвидации постимобилизационной контрактуры голеностопного сустава использованием серии статических силовых упражнений, которые дополняют систему динамических упражнений, что способствует более быстрому восстановлению силового потенциала мышц всего региона зоны операции.

Ключевые слова: ахиллово сухожилие, травма, физическая терапия, реабилитация.

Kravchuk L., Zinchenko V., Koval O., Hodyrev D. Restoration of the function of walking in patients with Achilles tendon ruptures.

The actuality of the problem of the Achilles tendon ruptures is due to the increase in the frequency of this trauma in recent years. The frequency of the subcutaneous breakdown of the Achilles tendon reaches 25–30 cases per 100,000 population per year and increases with every decade. Most of the breaks occur during amateur sports (up to 70–90%). This makes the problem of their rehabilitation quite relevant, especially since the number of publications devoted to postoperative rehabilitation of athletes is rather small and relates predominantly to the 70s of our century. The algorithm proposed for the use of physical therapy in postoperative regenerative treatment of athletes with ruptures Achilles tendons differs from previously established methods of application, starting with the second period. There are new methodical techniques in that program for athletes. That not used before: post-isometric relaxation and autoimmobilization of the trigeminal muscle of the leg for the purpose of more rapid elimination of the post immobilization contracture of the tibia; using a series of static force exercises that complement the system of dynamic exercises, which promotes faster recovery of muscle strength of the entire region of the operation. The developed program of postoperative rehabilitation consisted of three periods: immobilization, post-mitigation and rehabilitation. The results of their own investigations stated in the articles confirmed the advantages of the developed program of physiotherapeutic interventions.

Key words: Achilles tendon, trauma, physical therapy, rehabilitation.

Постановка проблеми, аналіз останніх досліджень та публікацій. Актуальність проблеми розривів ахіллового сухожилля обумовлена зростанням частоти даної травми за останні роки. Частота підшкірного розриву ахіллового сухожилля, за даними ряду авторів, досягає 25–30 випадків на 100000 населення в рік і збільшується з кожним десятиліттям. Чоловіки страждають від цієї травми в 6–9 разів частіше, ніж жінки. Вік постраждалих від 30 до 50 років. Більша частина розривів відбувається під час занять аматорським спортом (до 70–90%). Близько 5% від всіх постраждалих складають спортсмени-професіонали [1,3,4,5]. Підшкірні розриви ахіллового сухожилля відносяться до числа важких травм, які надовго виводять спортсмена з ладу і потребують ретельної комплексної реабілітації. Нехтування науково організованою реабілітацією нерідко призводить до рецидивних розривів ахіллового сухожилля.

Вивчення проблеми реабілітації хворих з розривами ахіллового сухожилля починається лише з другої половини двадцятого століття. Так, до 1935 року в світовій літературі налічувалося всього 86 випадків розриву ахіллового сухожилля, до 1947 р. – 154 випадки, і до 1951 р. – 184 випадки. На наш погляд, це пояснюється слабкою обізнаністю травматологів того часу з діагностикою підшкірних розривів ахіллового сухожилля, велика частина яких, очевидно, пройшла під іншими діагнозами і залишилася нерозпізнаною. Лише з ростом публікацій на цю тему, підвищенням рівня практичних лікарів картина швидко змінюється, збільшується кількість публікацій і діагноз «розрив ахіллового сухожилля» стає звичним, хоча до цих пір за даними А.Ф. Краснова і С.І. Двойнікова [2] 46 % хворих надходять в клініку із застарілими

розривами ахілового сухожилля в терміни від 1 місяця до 10 років після травми.

За даними тих самих авторів, які спостерігали велику групу хворих з розривами ахілового сухожилля, у 21,6% постраждалих причиною травми були заняття спортом. За даними З.С. Міронова з співавт. [3], які спостерігали 261 хворого з розривами ахілового сухожилля, у більшості хворих (76,2%) були спортивні травми, у 13,8% – побутові та у 10% – виробничі. Таким чином, подібно пошкодженням менісків колінного суглоба, розриви ахілового сухожилля можна вважати травмою спортивною.

Вже починаючи з 60-х років з'являється велика кількість робіт вітчизняних і зарубіжних авторів [6,8,10,11]. До хірургів-травматологів поступово приєднуються лікарі-реабілітологи, педагоги, фахівці з анатомії, фізіології, біомеханіки, які вивчають коло проблем, пов'язаних з патологією, лікуванням та реабілітацією як звичайних пацієнтів, так і спортсменів після операцій по зшиванню ахілового сухожилля.

Це робить проблему їх реабілітації досить актуальною, тим більше що кількість публікацій, присвячених післяопераційній реабілітації спортсменів досить невелика і відноситься переважно до 70-х років нашого століття.

Зв'язок з науковими та практичними завданнями.

Робота виконана відповідно до Плану НДР кафедри фізичної реабілітації НУФВСУ на 2016-2020 роки затвердженого наказом НУФВСУ від 2016 року №72–заг. в рамках теми 4.2 «Організаційні та теоретико-методичні основи фізичної реабілітації осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп».

Мета роботи – оцінити ефективність комплексної програми фізичної терапії для пацієнтів після оперативного лікування підшкірних розривів ахілового сухожилля.

Результати дослідження та їх обговорення. У дослідженні взяли участь 29 пацієнтів віком від 34 до 57 років (з них 14 чоловіків та 15 жінок, що були скеровані на оперативне втручання з діагнозом «розрив ахілового сухожилля» 2016–2017 рр. Тривалість дослідження становила 17 тижнів.

Післяопераційне лікування є важливим моментом для досягнення повноцінного відновлення функції кінцівки. При цьому слід враховувати дві протилежні вимоги: 1. необхідність захисту оперованого сухожилля, що має обмежену міцність, від надмірних навантажень; 2. можлива мінімізація негативного впливу іммобілізації на стан м'язів, трофіку суглобів, пропріоцептивну іннервацію.

Важливим фактором є рання діагностика пошкодження, а також застосування інструментальних методів діагностики стану сухожилля в перед- і післяопераційному періоді. Післяопераційна реабілітація спортсменів з розривами ахілового сухожилля – один з найбільш складних, недостатньо вивчених і актуальних проблем сучасної спортивної медицини та фізичної реабілітації.

Основною тенденцією в лікуванні закритого розриву ахілового сухожилля на сучасному етапі є все більш широке застосування малоінвазивних, безпечних методів хірургічного лікування в поєднанні з активним післяопераційним веденням хворих, які забезпечують ранне дозоване навантаження кінцівки і швидке відновлення функції.

Створена методика післяопераційної реабілітації спортсменів з розривами ахілового сухожилля відрізняється від раніше створених застосуванням нових методичних прийомів: постізометричною релаксацією і аутомобілізацією триголового м'яза гомілки з метою швидшої ліквідації постіммобілізаційної контрактури гомілкового суглоба; використанням серії статичних силових вправ, які доповнюють систему динамічних вправ, що сприяє більш швидкому відновленню силового потенціалу м'язів всього регіону зони операції. Активна рухова реабілітація у післяопераційному періоді можлива за впевненості хірурга в спроможності шва сухожилля та чіткому розумінні та виконанні пацієнтом рекомендацій.

Розроблена програма післяопераційної реабілітації складалася із трьох періодів: іммобілізації, постіммобілізаційний та відновлювальний.

Період іммобілізації (до 1,5 місяців після операції). У пацієнтів, позбавлених можливості тренуватися внаслідок травми і операції, розвивається гіподинамія. Описана картина ставить в ранньому післяопераційному періоді 3 основні завдання:

1. Нормалізація регіонарного лімфо- і кровообігу;
2. Нормалізація механізмів регуляції фізіологічного тону м'язів гомілки;
3. Підтримка загальної працездатності спортсмена.

Основними засобами втручання на даному етапі є лікування положенням та загальноорозвиваючі вправи.

Постіммобілізаційний період (період відновлення функції гомілкового суглоба і триголового м'яза гомілки). Триває від 1,5 до 3,5 місяців після операції. Після зняття гіпсового чобітка зазвичай у спортсменів спостерігаються виражені функціональні порушення: згинально-розгинальна контрактура гомілкового суглоба, грубе порушення ходи, гіпотрофія гомілки і стегна, в ряді випадків набряк м'яких тканин в області тилу стопи і кісточок, пастозність передньої поверхні гомілки.

Завдання цього періоду:

1. Ліквідація контрактури гомілкового суглоба;
2. Відновлення нормальної ходи;
3. Зміцнення м'язів стопи, гомілки і стегна;
4. Відновлення впевненої опори на передній відділ стопи;
5. Адаптація спортсмена до тривалої і швидкої ходьби;
6. Відновлення загальної працездатності спортсмена.

Основними засобами реабілітації в другому періоді є фізичні вправи в тренажерному залі, басейні, в палаті, тренування навичок ходьби.

Допоміжними засобами реабілітації є ручний, підо- і пневмомасаж.

Третій період – відновлювальний. Його завданнями є:

1. Відновлення повної пасивної гнучкості гомілкового суглоба.
2. Відновлення швидкісно-силових можливостей литкового м'яза і всього тазового поясу.
3. Часткове відновлення специфічних рухових навичок пацієнта.

Основними засобами втручання на даному етапі є фізіотерапевтичні вправи на розвиток та відновлення пасивної гнучкості, координації та швидкісних здібностей.

Результати впровадження програми проявилися у відновленні функції ходьби, що проявилось у покращенні показників рухливості в суглобі та позитивній динаміці у тесті 10-хвилинної ходьби.

Результати статистичного аналізу отриманих показників гоніометрії виявили особливості їх динаміки та наявності достовірних відмінностей між групами. За результатами показника кута плантарної флексії у термін чотирьох тижнів після оперативного втручання було виявлено достовірні ($p < 0,01$) відмінності між ОГ та КГ, а середньостатистичні результати склали у ОГ $29,1 \pm 1,19^\circ$, у КГ - $28,1 \pm 1,13^\circ$.

Наступні обстеження у вісім та шістнадцять тижнів не виявили достовірних ($p > 0,05$) відмінностей за показниками кута плантарної флексії. Середньостатистичні результати у пацієнтів ОГ становили $36,5 \pm 2,61^\circ$ у вісім тижнів та $39,6 \pm 4,27^\circ$ у шістнадцять тижнів після операції, а у пацієнтів КГ - $35,8 \pm 3,08^\circ$ та $39,1 \pm 4,12^\circ$.

Таким чином, динаміка дефіциту амплітуди плантарної флексії у ОГ була наступною: у чотири тижні - $11,5 \pm 3,64^\circ$; у вісім тижнів - $4,2 \pm 2,58^\circ$; у шістнадцять тижнів $1,0 \pm 1,60^\circ$. Серед контрольної групи дефіцит плантарної флексії склав у чотири тижні $12,3 \pm 3,90^\circ$; у вісім тижнів - $4,5 \pm 2,06^\circ$; у шістнадцять тижнів $1,2 \pm 1,30^\circ$.

Відповідно до результатів статистичного аналізу отриманих показників кута дорсальної флексії не було виявлено достовірної різниці ($p > 0,05$) між групами у термін чотирьох тижнів після операції (табл. 1), а середньостатистичні результати склали у ОГ склали $-15,7 \pm 1,16^\circ$, а у КГ був встановлений на рівні $-15,5 \pm 1,05^\circ$.

Аналіз результатів показника кута дорсальної флексії у термін восьми тижнів після оперативного втручання виявив достовірну різницю між групами ($p < 0,01$). На цьому етапі середні значення становили у ОГ та КГ $6,0 \pm 1,10^\circ$ та $4,1 \pm 1,34^\circ$ відповідно. Статистично достовірною відмінністю збереглася і на момент заключного обстеження ($p < 0,01$), а середні значення встановлено на рівні $11,9 \pm 2,15^\circ$ у ОГ та $8,4 \pm 1,97^\circ$ у КГ.

Таким чином, динаміка дефіциту амплітуди дорсальної флексії у ОГ була наступною: у чотири тижні - $30,8 \pm 2,64^\circ$; у вісім тижнів - $9,2 \pm 2,65^\circ$; у шістнадцять тижнів $3,2 \pm 1,85^\circ$. Серед контрольної групи дефіцит плантарної флексії склав у чотири тижні $30,7 \pm 2,80^\circ$; у вісім тижнів - $11,0 \pm 2,81^\circ$; у шістнадцять тижнів $6,8 \pm 2,06^\circ$.

За результатами показника загальної амплітуди при всіх трьох обстеженнях оперованої кінцівки було встановлено статистично достовірну різницю ($p < 0,05$). У основній групі у строк чотирьох тижнів загальна амплітуда становила $13,47 \pm 1,98^\circ$, у вісім тижнів - $42,5 \pm 3,12^\circ$, у шістнадцять - $51,6 \pm 5,98^\circ$. Серед пацієнтів КГ зафіксовано наступні значення: $12,5 \pm 1,62^\circ$, $39,9 \pm 3,70^\circ$, $47,4 \pm 5,46^\circ$.

Відсоток зниження загальної амплітуди руху у гомілково-над'ятковому суглобі, тобто її дефіцит, статистично достовірно відрізнявся між групами при всіх трьох обстеженнях. Так на момент обстеження у чотири тижні після операції у ОГ дефіцит загальної амплітуди становив $75,4 \pm 2,55\%$, а у КГ - $76,9 \pm 2,39\%$. На восьмому тижні після операції цей показник покращився і становив $22,7 \pm 6,03\%$ та $27,1 \pm 4,49\%$ у ОГ та КГ відповідно. На заключному етапі відсоток зниження загальної амплітуди у ОГ склав $6,8 \pm 4,28\%$, а у КГ - $13,7 \pm 3,64\%$.

Також відзначимо, що виведення гомілковостопного суглобу у 0° серед пацієнтів ОГ відзначалося в середньому через $11,7 \pm 1,12$ днів після зняття гіпсової іммобілізації (при Ме (25; 75) - 12(11; 13) днів); а у групі пацієнтів КГ - $13,2 \pm 1,62$ днів (при Ме (25; 75) - 13(12; 14)). Різниця між цим показником була статистично достовірною ($p < 0,01$).

Результати статистичного аналізу показників гоніометрії колінного суглобу виявилися наступними: після зняття гіпсової іммобілізації кут розгинання у колінному суглобі становив серед пацієнтів ОГ - $11,7 \pm 1,12^\circ$ при Ме (25; 75) - 12 (10; 12) $^\circ$; а у КГ був виявлений на рівні $11,9 \pm 1,06^\circ$ при Ме (25; 75) - 12 (12; 13) $^\circ$. Достовірної різниці за цим показником не виявлено ($p > 0,05$). Проте повне розгинання коліна (0°) відбулося за $10,6 \pm 1,19$ днів (при Ме (25; 75) - 11(9; 12) днів) серед пацієнтів ОГ; а реабілітанти контрольної повністю розігнули коліно через $11,9 \pm 0,92$ днів (при Ме (25; 75) - 12(11; 13) днів). За цим показником вже відзначалася статистично достовірною різниця ($p < 0,01$).

У кінці програми фізичної реабілітації статистичний аналіз показників 10-метрового тесту ходьби виявили достовірну різницю ($p < 0,01$) між обстежуваними групами (табл. 1). Так кількість кроків, що була необхідна для подолання десяти метрів становила у ОГ $21,7 \pm 1,64$ кроків, а серед пацієнтів КГ - $24,3 \pm 2,31$ кроків. Таким чином для пацієнтів основної групи знадобилося менша кількість кроків. Показник часу також був кращим у пацієнтів ОГ, а середньостатистичний результат склав $11,9 \pm 1,08$ с, у той час як у КГ - $13,8 \pm 1,45$ с.

Таблиця 1

Динаміка результатів 10-метрового тесту ходьби

Показник	ОГ	КГ	
Кількість кроків, од.	$\bar{x} \pm S$	$21,7 \pm 1,64$	$24,3 \pm 2,31$
	Ме (25 %; 75 %)	22 (21; 22)**	25 (22; 26)
Час, с	$\bar{x} \pm S$	$11,9 \pm 1,08$	$13,8 \pm 1,45$
	Ме (25 %; 75 %)	12 (11; 13)**	14 (13; 15)
Швидкість, м·с ⁻¹	$\bar{x} \pm S$	$0,81 \pm 0,07$	$0,71 \pm 0,07$
	Ме (25 %; 75 %)	0,80 (0,77; 0,85)**	0,67 (0,66; 0,77)

Примітка. ** – різниця між показником статистично значуща порівняно з показником контрольної групи на рівні $p < 0,01$. Середньостатистична швидкість пересування при виконанні 10-метрового тесту ходьби становила $0,81 \pm 0,07$ м·с⁻¹ у ОГ, а серед реабілітантів КГ - $0,71 \pm 0,07$ м·с⁻¹. Що підтвердило переваги розробленої програми фізіотерапевтичних втручань.

Висновки. Запропонований алгоритм застосування засобів фізичної терапії у післяопераційному відновлювальному лікуванні спортсменів з розривами ахілового сухожилля сприяло відновленню функції ходьби, кутових та силових характеристик ураженого суглобу.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямі полягають у вдосконаленні та впровадженні програми фізичної терапії не лише для спортсменів, а й у широку практику реабілітаційних центрів та відділень.

Література

1. Атаев З. М. Изометрическая гимнастика при лечении переломов трубчатых костей / З.М. Атаев. – М.: Физкультура и спорт, 2009.

2. Банкиров В.Ф. Двигательные режимы спортсменов после оперативного лечения подкожных разрывов ахиллова сухожилия. Проблемы лечебной физкультуры и травматологии / В.Ф. Банкиров. – М. : Физкультура и спорт, 2010. – 138с.
3. Белоковский В.В. Исследование зависимости между рабочими амплитудами и активной подвижностью в движениях ног брассиста / В.В. Белоковский. // Теория и практика физ. культуры. – 2012. – №10. – С. 36-38.
4. Веселовский В.П. Практическая вертебрология и мануальная терапия / Веселовский В.П. – Рига: АРС - МЕДИА, 2011. – 252с.
5. Гиршин С.Г. Чрезкожный погружной шов ахиллова сухожилия при свежих его разрывах / С.Г. Гиршин // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2010. – №10. – С.59 - 62.
6. Григорьева Т.С. Опыт лечения поврежденных ахиллова сухожилия / Т.С. Григорьева // Хирургия. – 2010. – №9. – С.43-45.
7. Краснов А.Ф. Диагностика и лечение поврежденных ахиллова сухожилия / А.Ф. Краснов // Ортопед., травм, и прот. – 2010. – №12. – С. 38-42.
8. Миронова З.С. Клиника и оперативное лечение подкожных разрывов ахиллова сухожилия / З.С. Миронова // Ортопед., травм, и прот. – 2006. – №4. – С.45-47.
9. Миронова З.С. Повреждения ахиллова сухожилия при занятиях спортом / З.С. Миронова // Ортопед., травм, и прот. – 2007. – №4. – С.24-27.
10. Шойлев Д. Спортивная травматология / Д. Шойлев. – София, 2006. – 168с.
11. Clement D.B. Achilles tendinitis and peritendinitis. Etiology and treatment / D.B. Clement // Am. J. sport med. – 2004. – №12. – P. 22-24.

References

1. Ataev, Z.M. (2009). Izometricheskaya gimnastika pri lechenii perelomov trubchatykh kostej. M.: Fizkultura i sport.
2. Bankirov, V.F. (2010). Dvigatelnye rezhimy sportsmenov posle operativnogo lecheniya podkozhnykh razryvov ahillova suhozhiilya . Problemy lechebnoy fizkultury i travmatologii. M.: Fizkultura i sport.
3. Belokovskij, V.V. (2012, October). Issledovanie zavisimosti mezhdru rabochimi amplitudami i aktivnoj podvizhnostyu v dvizheniyah nog brassista. Teoriya i praktika fiz. kultury. 10, 36-38.
4. Veselovskij, V.P. (2011). Prakticheskaya vertebrologiya i manualnaya terapiya. Riga: ARS - MEDIA.
5. Girshin, S.G. (2010, October). Chrezkozhnyj pogruzhnoj shov ahillova suhozhiilya pri svezhih ego razryvah. Ortoped., travm, i prot. 10, 59-62.
6. Grigoreva, T.S. (2010, September). Opyt lecheniya povrezhdenij ahillova suhozhiilya. Hirurgiya. 9, 43-45.
7. Krasnov, A.F. (2010, December). Diagnostika i lechenie povrezhdenij ahillova suhozhiilya. Ortoped., travm, i prot, 12, 38-42.
8. Mironova, Z.S. (2006, April). Klinika i operativnoe lechenie podkozhnykh razryvov ahillova suhozhiilya. Ortoped., travm, i prot, 4, 45-47.
9. Mironova, Z.S. (2007, April). Povrezhdeniya ahillova suhozhiilya pri zanyatiyah sportom. Ortoped., travm, i prot. 4, 24-27.
10. Shojlev, D. (2006). Sportivnaya travmatologiya. Sofiya.
11. Clement, D.B. (2004, December). Achilles tendinitis and peritendinitis. Etiology and treatment. Am. j. sport med, №12, 22-24.

Лихолай А.С.
викладач

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ДЕФІНІЦІЯ ПОНЯТТЯ «ОЛІМПІЙСЬКА СПАДЩИНА» ЯК ЕЛЕМЕНТ ОЛІМПІЙСЬКОЇ ОСВІТИ

Підготовка і проведення Олімпійських ігор як спортивного дійства міжнародного рівня зумовлює появу феномену «олімпійської спадщини». Ці довгострокові матеріальні та нематеріальні, позитивні та негативні сторони активів, що залишаються після закінчення спортивного свята, в подальшому змінюють територію проведення ігор та впливають на всіх учасників Олімпійських ігор. Дослідження спадщини олімпійського руху, її основних напрямів і форм виступає важливим елементом олімпійської освіти, оскільки олімпійська спадщина може сприяти формуванню гармонійно-розвинутої особистості на основі гуманістичних цінностей олімпізму через вивчення наслідків підготовки та проведення олімпійського дійства, розширення світогляду і доповнення знань про Олімпійський спорт та олімпійський рух. У ході дослідження виявлено неоднозначність та односторонність формулювання поняття «олімпійської спадщини» авторами. З огляду на те, що існуючі визначення не в повній мірі розкривають сутність феномену спадщини олімпійського руху, нами запропоновано визначати «олімпійську спадщину» як сукупність довготривалих матеріальних та нематеріальних ефектів, які всебічно впливають на соціум, розвиток спорту та міст, екологію та економіку країн-учасниць Олімпійських ігор.

Ключові слова: олімпійська спадщина, спадщина олімпійського руху, олімпійський рух, олімпійська освіта, Олімпійські ігри.

Лихолай А. С. Дефиниция понятия «олимпийское наследие» как элемент олимпийского образования.

Подготовка и проведение Олимпийских Игр как спортивного явления мирового масштаба способствовало появлению феномена «олимпийское наследие». Эти долгосрочные материальные и нематериальные, положительные и отрицательные эффекты, которые остаются после окончания спортивного праздника, в дальнейшем сказываются на развитии территории проведения Игр и влияют на всех участников Олимпийских Игр. Исследование достояния