

полягає у комплексному поєднанні різних форм, засобів (традиційних і сучасних) і методів лікувальної фізичної культури, спрямованих на корекцію основного показника фізичного розвитку дитини – постави, з урахуванням протипоказань і застережень до фізичних навантажень у залежності від патології зору. Ефективність програми, запропонованої Л. Бровченко, полягає у застосуванні традиційних і сучасних засобів корекції постави й окремих показників фізичного розвитку слабкозорих молодших школярів. Заняття з ЛФК спрямовані на корекцію дефектів постави слабкозорих молодших школярів, зумовлених зоровою депривацією [1].

В.В. Петрович (2010) теоретично обґрунтована й практично апробована методика корекції порушень сагітального профілю постави дітей молодшого шкільного віку з використанням сучасних оздоровчих технологій. Впровадження фітбол-гімнастики, як методу «керуючого предметного середовища» у процес фізичного виховання молодших школярів дозволило автору проводити спрямовану корекцію гравітаційних взаємодій організму школярів [7].

О. А. Юрченко (2013) пропонує запровадити в спеціалізованих навчальних закладах для дітей із послабленим зором модульну технологію корекції порушень просторової орієнтації тіла [10].

Разом з тим представлені програми часто обмежені завданнями, які кожен автор поставив перед собою. На нашу думку, для вирішення мети та завдань щодо корекції просторової організації тіла молодших школярів з послабленим зором потрібно застосовувати диференційований та індивідуальний підходи з комплексом поставлених завдань, враховуючи при цьому порушення параметрів рухової сфери, а також застосовувати вправи для корекції або покращення зору, соціальної інтеграції дітей молодшого шкільного віку з послабленим зором у суспільне середовище. Для цього необхідно побороти психологічний чинник, який є значним бар'єром у повноцінному гармонійному розвитку особистості.

Висновки: Дефекти постави у молодших школярів із ДЗ є вторинним відхиленням у дітей із ДЗ, тому такі діти потребують особливого підходу при розробці та плануванні уроків фізичного виховання та лікувально-фізкультурних занять, спрямованих на корекцію порушень опорно-рухового апарату. Провівши аналіз науково-методичної літератури, ми дійшли висновку, що існуючі програми з корекції постави дітей молодшого шкільного віку з ДЗ тією чи іншою мірою позитивно впливають на опорно-руховий апарат і фізичний розвиток у цілому в дітей із ДЗ. Особливістю корекційних програм є те, що вони спрямовані на зміцнення м'язового корсету та м'язово-суглобового відчуття правильної постави за рахунок використання різноманітних засобів (плавання, ЛФК, фізичні вправи, нетрадиційні засоби фізичної культури). При проведенні комплексів вправ необхідні як індивідуальний підхід з урахуванням стану зору кожного учня, клінічної форми порушення зору та діагнозу лікаря-окуліста, так і диференційований підхід із урахуванням типу порушення постави.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку полягають у перевірці ефективності різних програм з корекції порушень постави у дітей із ДЗ та створенні власної програми просторової організації тіла молодших школярів із депривацією зору.

Література

1. Brovchenko L. Justification of the author program on medical physical training for visually impaired children of primary school age / L. Brovchenko // Young sport science of Ukraine, L., 2007, P. 34-40.
2. Drugova N.E. Exercise therapy – in the complex rehabilitation of children of primary and secondary school age with impaired eyesight in the conditions of rehabilitation treatment RFVD department / N.E. Drugova // Health, physical education and sports. Results and prospects: math. scientific-practical conf. – Izhevsk: Udmurt State University, 2000, P. 39-40.
3. Dyachenko A.A. Correction of posture violations of primary school children with weak eyesight by means of physical education: author. dis. for obtaining sciences degree candidate of science in physical education and sports, spec. 24.00.02. "Physical culture, physical education of different population groups" / A.A. Dyachenko, Kyiv, 2010, 19 p.
4. Kaszuba V.A. Prevention and correction of disorders of the human body spatial organization in the process of physical education / V.A. Kaszuba, Adele Benzheddu. K.: Knowledge of Ukraine, 2005, 160 p.
5. Melanteva N.N. Posture formation in primary school children with visual impairment in the process of physical exercise in a special (correctional) school: dis. ... cand. of ped. Sciences: 13.00.04 / N.N. Melanteva, St. Petersburg, 2004, 201 p.
6. Носова Н. Л. Контроль просторової організації тіла школярів у процесі фізичного виховання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. виховання і спорту : спец. 24.00.02 „Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення” / Н. Л. Носова. – К., 2008. – 19 с.
7. Петрович В. В. Корекція сагітального профілю постави дітей молодшого шкільного віку засобами фітбол-гімнастики : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. виховання та спорту : спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / В. В. Петрович / ЛДІФК. – Л., 2010. – 20 с.
8. Ростомашвили Л.Н. Реализация программы ЛФК для младших школьников с тяжелой патологией зрения: Учебно-метод. пособие. / Под ред. В.А. Феоктистовой, С.П. Евсеева. СПбГАФК им. П.Ф. Лесгафта. – 1997. – 92с.
9. Шалгинова В.И. Профилактика нарушения зрения у младших школьников средствами физкультурно-оздоровительной деятельности: авто-реф. дис. на соиск. учен. степ. канд. пед. наук. / В.И. Шалгинова – Омск, 2000. – 24 с.
10. Юрченко О. А. Корекція порушень просторової орієнтації тіла дітей молодшого шкільного віку з послабленим зором у процесі фізичного виховання : автореф. дис. ... на здобуття наукового ступеня канд. наук з фіз. виховання і спорту : 24.00.02 / О. А. Юрченко. – К., 2013. – 20 с.

Саломаха О.Є.

Національний технічний університет України
Київський політехнічний інститут ім. Сікорського І.І.

ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ПОРУШЕННІ ПОСТАВИ

У статті зазначено, що важливим компонентом у підвищенні ефективності використання засобів фізичної реабілітації при порушенні постави є заняття видами фізичних вправ. Автор вказує, що методи боротьби з порушенням постави можуть

бути різноманітними. При порушенні постави автор рекомендує підібрати засоби фізичної реабілітації, а також комплекс відповідних фізичних вправ.

Ключові слова: порушення постави, фізична реабілітація, фізичні вправи, засоби.

Саломаха А.Е. Использование средств физической реабилитации при нарушении осанки. В статье указано, что важным компонентом в повышении эффективности использования средств физической реабилитации при нарушении осанки являются занятия видами физических упражнений. Автор указывает, что методы борьбы с нарушением осанки могут быть различными. При нарушении осанки автор рекомендует подобрать средства физической реабилитации, а также комплекс соответствующих физических упражнений.

Ключевые слова: нарушение осанки, физическая реабилитация, физические упражнения, средства.

Salomakha A. The use of means of physical rehabilitation when a stature is wrong. It is proved that right stature, fast walking, a coordination of movements, harmony that is a beauty of human at any age are depended on functional state of support and moving apparatus. Wrong walking connected with awkwardness, a deformation of toes and a relief of foot leads to a breach of stature. Its features there are visible shoulder – blades, round shoulderness, round back, crooked stature etcetera.

What does it mean the term "stature"? What kinds of stature there are? What manner can we obtain a right stature?

The stature is the usual position of a human which stands with reserved heels and toes moved wide apart at the angles of about 50 grades. The peculiarities of a stature are determined with the help of measurements and describing a human; there are a position of a head and waist; arms; curvatures of backbone; a form of thorax and a belly; a slope of pelvis; a position of legs. A great meaning has a form of legs: normal, X – formed or O – formed forms.

Medical specialists and parents can determine a right stature. For this it is necessary to observe a child at front of; behind and from the side. Also it is necessary to do certain measurements with the help of usual measured tape.

When a stature is right a head and a body have to be on united vertical line; shoulders have to be opened and have to be a little lowered and have to be on certain level; shoulder – blades have not to be rounded; legs have to be straightened at knees; feet have to be with a hollow.

Key words: posture, physical rehabilitation, exercise facilities.

Актуальність. Доведено, що від функціонального стану опорно-рухового апарату залежить правильна постава та енергійна хода, координація рухів, гармонійність, тобто краса тіла людини у будь-якому віці. Неправильна ходьба, пов'язана з клишоногістю, деформацією пальців стопи та її рельєфу призводить до порушення постави. Їх ознаками є крилоподібні лопатки, сутулість, кругла спина сколіоз з реберним вип'ячуванням. При цьому виникають та прогресують такі захворювання, як остеохондроз, радикуліт, деформуючий сколіоз та інші [1.5.7]

Що визначається поняттям «постова», які її різновиди та як набути правильної постави?

Поставою називають звичну позу людини, яка стоїть із зімкнутими п'ятами і розведеними під кутом 45-60 °С носками стоп. Особливості постави визначаються вимірами та описом тіла людини з голови до ніг: це положення голови та пояса, верхніх кінцівок, вигини хребта (в шийному, грудному та поперековому) , форма грудної клітки й живота, нахил таза, положення нижніх кінцівок. Велике значення має форма ніг – нормальна, X- подібна або O- подібна.

Визначення правильної постави можуть зробити не тільки спеціалісти-лікарі. Воно доступне й батькам. Для цього потрібно лише обдивитися дитину спереду, ззаду та збоку, провести деякі виміри звичайною сантиметровою стрічкою.

При правильній поставі голова і тулуб повинні бути на одній вертикалі, плечі розвернуті, трохи опущені та знаходяться на одному рівні, рельєф шиї (від козелка вуха до краю плечей) – з обох сторін симетричний, лопатки не випирають, фізіологічна кривизна хребта нормально виражена, груди трохи вип'ячені вперед, живіт втягнутий, ноги випрямлені в колінах та стегнових суглобах, стопа без деформації з добре визначеною виїмкою зі сторони внутрішнього сплетіння стопи [2.4]

Оцінюючи поставу, фіксують такі описи: положення голови: чи знаходиться вона на одній вертикалі з тулубом, як нахилена вперед або вбік (вправо чи вліво); стан плечового пояса – рельєф шиї – лінія від козелка вуха до краю плеча однаково вигнута з обох сторін чи одна сторона довша другої; плечі – на одному рівні чи одне плече піднято, а інше навпаки опущено, розведені плечі подані вперед; і, якщо подані, то однаково чи одне більше іншого (така асиметричність буває у спортсменів-боксерів, фехтувальників та інші.; зазначимо також, що різко подані вперед плечі бувають у людей з розвинутою мускулатурою, і це створює враження несправжньої сутулості, тоді як справжня сутулість пов'язана з викривленням хребта; лопатки – на одному рівні чи одна вища; чи виступають, і якщо виступають, однаково чи одна більше; хребет – чи має він нормальні фізіологічні вигини, чи є шийний та поперековий лордоз (вигін уперед), грудний та крижово-куприковий кіфози(вигін назад).

Слід мати на увазі, що природні вигини виконують ресорну функцію, зменшують струс тіла при ходьбі, бігу, стрибках. В нормі лінія спини – хвилястої, але глибина вигинів не повинна перебільшувати 3-4 см.

Характерною рисою правильної постави є симетричне положення частин тіла щодо хребта. Це означає, що грудна клітка не має западин або вип'ячувань та симетрична по відношенню до середньої лінії; що живіт також симетричний і пупок розміщується по його центру; що соски на одній лінії; що лопатки знаходяться на одному горизонтальному рівні по відношенню до хребта і їх кути розміщені на одній горизонтальній лінії; що лінії талії з обох сторін однакові [3.6]

Відхилення від нормальної постави називаються порушеннями, або дефектами постави. В їх основі лежить порушення правильного зіставлення і вираженості фізіологічних вигинів хребта, а також функціональні зміни в опорно-руховому апараті (в цьому випадку з'являються неправильні умовно-рефлекторні зв'язки, які закріплюють неправильне положення тіла).

Метою дослідження є аналіз реабілітаційного супроводу фізичної реабілітації при патології хребта. Особлива увага приділялася порушенню постави.

Відповідно до мети дослідження були визначені такі завдання:

1. Проаналізувати результати реабілітаційних рекомендацій з патологією хребта, акцентуючи увагу на ефективність самостійних занять в домашніх умовах.

2. Визначити основні елементи реабілітаційного супроводу щодо хворих з патологією хребта.

Методами дослідження стали: узагальнення літературних джерел, данні власних педагогічних досліджень, а також тренерів та фахівців, соціологічні методи.

Результати дослідження Порушення постави буває в двох площинах: сагітальній та фронтальній. Перша група порушень пов'язана з відхиленням від норми фізіологічної кривизни хребта (збільшенням чи зменшенням). До цих порушень постави відносяться: а) сутулість – збільшення грудного кіфозу і зменшення поперекового лордозу; б) кругла спина (тотальний або повний кіфоз) – збільшення грудного кіфозу, при цьому зовсім не має поперекового лордозу для компенсації відділення центра від середньої лінії. Людини з такою поставою стоїть з трохи загнутими суглобами; в) кругло вигнута спина - збільшення всіх вигинів хребта, також кута нахилу таза. При сутулій та круглій спині груди западають, плечі, шия, та голова нахилені вперед, живіт виступає, коліна максимально розігнуті, м'язи задньої поверхні стегна, прикріплюються до сідничних буртів, розтягнуті та витончені у порівнянні з м'язами передньої поверхні стегна.

Кілька слів про порушення постави, пов'язаних зі зменшенням вигинів хребта. До цієї групи відносяться: а) плоска спина – поперековий лордоз плоский, нахил таза зменшений, грудний кіфоз погано виражений, грудна клітка зміщена наперед, нижня частина живота вип'ячена, лопатки крило видні, кути та внутрішні їх краї відстають від спини; плоска спина часто супроводжується сколіозами; б) плоско увігнута спина – зменшення грудного кіфозу при нормальному або трохи збільшеному поперековому лордозі (грудна клітка випукла, м'язи живота слабкі). Дефекти постави, пов'язані із зменшенням фізіологічних вибігів хребта, вважаються одним з проявів функціональної неповноцінності опорно-рухового апарату, що служить провокуючим фоном для прогресування деформації хребта.

Типове порушення постави в фронтальній площині – це асиметрична постава, тобто порушення симетрії між правою та лівою половинами тулуба. Хребет при цьому являє собою дугу, яка обернена вершиною вліво або вправо, а трикутники талії (проміжок, який знаходиться між ліктем звисаючої руки та талією) стають зрушеними в зв'язку з тим що одне плече та лопатка знаходяться нижче протилежного.

Важливо мати на увазі те, що порушення постави зазвичай супроводжуються порушенням функцій внутрішніх органів. В дітей зменшується екскурсія грудної клітини та діафрагми а також ємність легень та коливання внутрішнього грудного тиску. Все це негативно позначається на функції серцево – судинної та дихальної систем; призводить до зниження фізіологічних резервів, порушує адаптаційні можливості організму.

Слабкість м'язів живота та зігнуте положення тіла призводять до порушення перистальтики кишкового тракту та відтоку жовчі а люди з пласкою спиною відчують зниження ресорної функції під час ходьби та бігу, а також при інших рухах. Звідси швидка стомлюваність, часта головна біль. Знижена стійкість такого хребта до різноманітних деформуючих впливів може спричинити виникнення сколіозу. При порушеннях постави м'язи зазвичай послаблені а фізична працездатність знижена.

Для виявлення дефектів постави та для контролю ефективності лікування потрібні деякі виміри. Контрольні виміри проводяться з місячним інтервалом. Рухливість хребта оцінюється в положенні стоячи: при нахилі вперед вимірюється відстань від кінців третіх пальців до підлоги (краще вимірювати на лавці). Якщо досліджуєми не може дістати долу кінчиками пальців, записується мінус стільки – то сантиметрів; якщо може покласти долоню на діл то записується плюс стільки – то сантиметрів. При оцінці бокової рухливості хребта вимірюється відстань від третіх пальців до долу в положенні максимального нахилу вправо та вліво (руки випрямлені та витягнуті вздовж тіла). Рухливість хребта на вигин назад вимірюється відстанню від сьомого шийного хребця до початку міжсідничної складки в положенні базової стійки при максимальному нахилі тулуба назад

Силові властивості м'язів – розгиначів спини оцінюються часом утримання верхньої половини тулуба та голови в положенні «ластівка». Орієнтовно нормальний час утримання тулуба дітьми 7 – 10 років є 1,5 – 2 хв; підлітками – 2 – 2,5 хв; дорослими - 3 хв. Силові властивості м'язів черевного преса оцінюються кількістю переходів з положення лежачи на спині в положенні сидячи. Рухи виконуються в темпі 15 – 16 разів за хвилину. При нормальному розвитку черевного преса діти 7 – 11 років можуть виконати цю вправу 15 – 20 разів, а в віці 12 – 16 років – 25 – 30 разів.

Крім спеціальних обстежень постави лікарями проводяться звичайні астрометричні вимірювання (вимірювання росту, ваги, розмірів грудної клітини, спірометрія, динамометрія – ручна та станова, а також при необхідності й рухливість суглобів кінцівок. Порівняння отриманих результатів з відповідними регіональними віково – статевими стандартами дає можливість визначити рівень фізичного розвитку.

Порушення постави – функціональні відхилення в опорно – руховому апараті – не вважаються захворюванням в повному розумінні цього слова. Однак вони практично завжди супроводжуються порушенням функцій нервової системи та функцій внутрішніх органів (серцево – судинної системи, органів дихання, обміну речовин й травлення). Розвиток порушень постави призводить до низки захворювань. Тому значущість профілактики виникнення дефектів постави або усунення конкретних має надзвичайно важливе значення для здоров'я людини

Методи боротьби з порушеннями постави можуть бути різноманітними. Але найефективнішим для цього є комплексний метод дії на організм який являє собою продуману та всебічну систему впливу. Це: а) сон на жорсткій основі в положенні лежачи на животі або на спині; б) правильна та точна корекція взуття: по – перше, це впливає на функціональне вкорочення кінцівки яке виникає за рахунок порушення постави в ділянці таза та вирівнює рівень клубових кісток; по – друге, вона компенсує дефекти стопи – пласку стопу та клишоногість; в) організація та суворе виконання правильного режиму дня (час сну, роботи, харчування тощо); г) постійна рухова активність яка являє собою заняття фізичною культурою, спортом, туризмом, невеликі мандрівки рекомендовані індивідуально кожному (все під постійним контролем фахівців з фізичної культури); д) відмова від таких звичок як стояння на одній нозі та неправильне положення тіла під час сидіння (за партою, за робочим столом, вдома, в бібліотеці); е) контроль за правильним

рівномірним навантаженням на хребет при носінні рюкзаків, сумок та іншої ваги.

В цілому постава залежить від багатьох причин. Вона пов'язана, по-перше, зі станом м'язового апарату, тобто зі ступенем розвитку м'язів шиї, спини, грудей, живота, нижніх кінцівок, а також з функціональними можливостями мускулатури та її можливостям до довготривалої напруги. По-друге, на поставу впливають еластичні можливості між хребцевих дисків, хрящових та сполучно-тканинних утворень суглобів хребта (з цим, у свою чергу пов'язана рухливість хребта), а таза та нижніх кінцівок. Важливу роль виконує форма стопи та ноги у цілому.

Слід підкреслити, що говорячи про поставу, ми фактично розглядаємо процес її змін, вивчаючи її у динаміці. Вже в перші місяці життя у дитини розвивається вміння утримувати голову в положенні лежачи на животі. Таким чином робота м'язів спини та шиї при цих рухах формує шийний лордоз. У другому півріччі життя, коли дитина починає сидіти і все довше сидить, у неї формується поперековий лордоз. Він виникає під дією м'язів, що забезпечує вертикальне положення тулуба і кінцівок під час стояння і ходіння, коли таз повертається за віссю, що створена голівками стегнових кісток, його переднє на півкільце йде до низу, а заднє до верху. Все це необхідно пам'ятати при формуванні у дитини правильної постави.

Необхідні організму правильні фізіологічні вигини хребта формуються під впливом ряду факторів. Тобто вони залежать від кута нахилу таза: хребет, нерухомо з'єднаний з тазом, нахилється вперед при збільшенні кута нахилу таза. Для збереження вертикального положення тіла при цьому відповідно збільшується поперековий лордоз і вище розміщені вигини. Тобто при зменшенні кута нахилу відповідно зменшуються і фізіологічні вигини хребта. Стійкість тіла людини у вертикальному положенні при недостатніх показниках фізіологічної кривизни хребта може компенсуватись за рахунок нижніх кінцівок. Так, наприклад, незначне згинання ніг у колінних суглобах доповнює недостатньо виражений поперековий лордоз, а при згладженому грудному кіфозі необхідна стійкість досягається за рахунок максимального розгинання ніг у колінних суглобах.

Постава стабілізується після того, як завершується ріст людини. Та навіть і тоді постава підпадає під різноманітні впливи. Але в період росту, насамперед у дошкільному та молодшому шкільному віці, вона особливо нестійка. Ясно, що в цей період на формування постави сильно впливають фактори зовнішнього середовища, надто, якщо дитячий організм послаблений частим захворюваннями. Взагалі захворювання (у дітей- інфекційні захворювання, застуди, рахіт, бронхіальна астма та інші) значно порушують поставу. Дефекти постави і захворювання хребта (сколіоз, кіфоз та кіфосколіоз) викликають часто в період статевого дозрівання (у дівчат в 13-15 років, у хлопчиків – у 14-16 років), а також під час стрибкоподібного росту (коли, наприклад, за літо дитина виростає на 6-8 см). У ці періоди на поставу впливають сон у м'якому ліжку, та ще на боці, погані звички (наприклад, звичка стояти на одній нозі, зігнувши другу в колінному суглобі), неправильне положення тулуба під час сидіння і нерівномірне навантаження на хребет (наприклад, носіння сумки в одній руці).

Недостатньо чітко контрольоване (в тому числі і лікарями- спеціалістами) заняття спортом також можуть сильно порушити поставу (як і здоров'я в цілому). Наприклад, аеробіка без потрібного контролю може призвести до розхитаності зв'язочного апарату хребта, аж до виг'ячування та випадання дисків. А довготривала їзда на велосипеді з низьким кермом, коли треба сильно сгинати («горбити») спину, приводить до порушення функціональних вигинів хребта.

При порушенні постави необхідно (крім рекомендованих вище дій з профілактики і лікування її дефектів) індивідуально і науково обґрунтовано підбирати комплекси відповідних фізичних вправ. Так, наприклад, при корекції плоскої спини необхідні вправи на розвиток великої рухливості хребта при вигинах його вперед та назад (особливо в грудному відділі), на укріплення м'язів спини, грудної клітки та плечового поясу, одночасно потрібна слідкувати за тим, щоб не виникло бокове викривлення хребта уникати вправ, що можуть викликати лордоз.

При пласкій спині рекомендуються гімнастичні вправи для м'язів тулуба, верхніх та нижніх кінцівок з предметами, виси на гімнастичній стінці, вправи лежачи на нахилений площині і стоячи на колінах, дихальні вправи, а також плавання з м'ячем.

Для виправлення плоско увігнутої спини рекомендуються ті ж вправи, що й при пласкій спині. Але через наявність лордозу необхідно доповнити комплекс вправами, що зменшують лордоз та нахили таза, тобто вправами для м'язів живота, м'язів-розгиначів стегна та ін.. Виправлення круглої спини – це насамперед, зменшення кіфозу. Для цього потрібно відповідними вправами скоротити м'язи спини, розтягнути м'язи живота, привести до норми нахил таза, укріпити плечовий пояс і провести корекцію лопаток, добитися розширення грудної клітки і укріплення всієї мускулатури. Для зменшення кіфозу використовуються: в положенні стоячи – вправи з палкою, напруженні вигинання; лежачи на спині – вигинання на покладеному під спину набивному м'ячі; лежачи на животі – напружені вигинання, а також виси на кільцях, гімнастичній стінці, різноманітні дихальні вправи. Ці комплекси доповнюються загально розвивальними іграми, плаванням та ін..

Для виправлення кругло вигнутої спини використовуються фізичні вправи, що забезпечують зменшення грудного кіфозу, поперекового та шийного лордозів, зменшенню нахилу таза, корекції лопаток, що відстають від плечей і які виступають наперед, укріпленню м'язів живота.

Висновки. Результати досліджень свідчать що до захворювань хребта, які змінюють поставу, належить перш за все велика група кіфозів. Це рахітичний кіфоз, який проявляється у дітей молодшого віку у зв'язку зі слабкістю м'язів та м'якістю кісток (найбільш частіше він виникає й інтенсивно проявляється у дітей, що рано навчилися сидіти, а також при лежанні на м'якому ліжку); юнацький кіфоз, що виникає у віці 14-17 років при швидкому рості, коли слабкими є м'язи і зв'язаний апарат хребців; травматичний кіфоз – наслідки перелому або вивиху хребців, які залишилися без необхідного лікування; після інфекційний кіфоз (як правило, він пов'язаний з туберкульозом хребта або остеоімієлітом); старечий кіфоз. Вікову деформації хребта (тобто деформації, що виникли в молодшому віці) можна успішно виправляти лікувально-корегуючою гімнастикою. Але результати функціонального лікування залежать від раннього виявлення порушень постави та правильного використання засобів фізичної реабілітації у дитячому садку, школі, вищому навчальному закладі, в побуті та на виробництві.

Література

1. Мурза В.П. Фізичні вправи і здоров'я. – К., 1991. – 254 с.

2. Мурза В.П., Ковбаса О.М., Чітарі Г.В. Використання фізичних вправ при вертебральній патології у молоді студентського віку. Студентський фізкультурно-спортивних рух в Україні на порозі ХХІ століття. Всеукраїнська науково-практична конференція. – К., 1998. – с.119.
3. Мурза В.П. Формування правильної постави у студентів у процесі занять фізичними вправами (актуальні проблеми розвитку фізичної культури у молоді України) Збірник наукових праць. – Львів. – 1998. – с.80.
4. Фадєєв О.В., Волкова Є.М., Мурза В.П. Роль фізичної культури вертерброгеній патології у школярів. // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції. «Актуальні проблеми фізичного виховання у вузі.»- Донецьк, 1995. – с.91.
5. Lisowski V, S. Evseev, Golofeevsky V, A. Mironenko Integrated disease prevention and rehabilitation of sick and disabled. - M.: Soviet Sport 2001.
6. Muhin VM Fizichna reabilitatsiya. - Singapore.: Olimpiyska literature 2000.
7. Physical rehabilitation / Pod Society. Ed. prof. SN Popova. - Rostov-on-Don: Publishing house "Phoenix" in 1999.

Самокиш І.І.¹, Приймаков О.О.^{1,2}

¹Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова, м. Київ, Україна

^{1,2}Факультет фізической культури и промоции здоровья щецинського университета (м.Щецін, Польща)

РОЗУМІННЯ СУТНОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗЕРВІВ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ ФАХІВЦЯМИ РІЗНИХ ГАЛУЗЕЙ НАУКИ

В статті наведено результати теоретичного аналізу інформаційного наповнення терміну «функціональні резерви» організму людини, представлено трактування відповідного поняття провідними вченими різних галузей науки. Встановлено, що найбільш вагомий внесок в формуванні теорії «функціональних резервів» з позиції різнобічного їх вивчення зробив Олександр Сергійович Мозжухін. Розуміння функціональних резервів організму людини вийшло далеко за межі фізіології і набуло нового сприймання в педагогіці, медицині, психології та фізичній культурі.

Ключові слова: функціональні резерви, функціональні можливості, регуляторні механізми, організм людини.

Самокиш І.І., Приймаков А.А. Понимание сущности функциональных резервов организма человека специалистами различных областей науки. В статье приведены результаты теоретического анализа информационного наполнения термина «функциональные резервы» организма человека, представлена трактовка соответствующего понятия ведущими учеными различных специальностей. Установлено, что наиболее весомый вклад в формировании теории «функциональных резервов» с позиции разностороннего их изучения сделал Александр Сергеевич Мозжухин. Понимание функциональных резервов организма человека вышло за рамки физиологии и приобрело новое восприятие в педагогике, медицине, психологии и физической культуре.

Ключевые слова: функциональные резервы, функциональные возможности, регуляторные механизмы, организм человека.

Samokih I.I., Pryimakov O.O. Understanding the nature of the functional reserves of the human body by experts of different fields. The results of theoretical analysis of the content of the term "functional reserves" of the human body, the representation of the interpretation of the corresponding concept of the leading scientists of various specialties.

The analysis of literature data allows to note that the formation of the idea of functional reserves were engaged in a number of scientific schools and eminent scientists from various periods. However, the greatest contribution has carried out a scientific school of Leon Orbeli, namely his students developed the conceptual apparatus of functional reserves, which is recognized by the scientific community. Special contribution to the formation of the concepts of functional reserves with diversified positions their study did Alexander Mozhukhin. Also worthy of attention by the outstanding scholar Roman Baevsky, who understands the functional reserves from the position of the regulatory mechanisms. An important role in determining the nature of the functional reserves based on the theory of functional systems owned by Pyotr Anokhin. Great contribution to the understanding of the provisions made world-famous, Ukrainian surgeon Nikolai Amosov, who coined the term "amount of health" to refer to measures the body's reserves. The study of the functional reserves of the human body went far beyond the physiology and acquired a new vision in pedagogy, medicine, psychology and physical education. Understanding the functional reserves of the human body has moved beyond physiology and acquired a new perception in pedagogy, medicine, psychology and physical education.

Keywords: functional reserves, functionality, regulatory mechanisms, the human body.

Постановка проблеми. Удосконалення фізичного виховання в середніх школах, училищах та вищих навчальних закладах набуло особливого значення у зв'язку з перебудовою в нашій країні освіти в цілому. Це дає можливість активізувати роботу в напрямку формування фізичної культури особистості учня і студента, зміцнення їх здоров'я, а також розширення функціональних резервів їх організму. Саме дані про функціональні резерви більшою мірою інформують про стан здоров'я і ефективність навчально-виховного процесу фізичного виховання. Однак розуміння самого терміну «функціональні резерви» серед фахівців в галузі фізичної культури не однакове, перш за все, за рахунок різних думок в розумінні і трактуванні відповідного терміну серед провідних вчених в галузі фізіології, педагогіки, медицини, психології.

Тема цього дослідження входить до складу тематичних планів науково-дослідної роботи кафедри біології і основ здоров'я Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського (м. Одеса) «Системна адаптація до фізичних і розумових навантажень на окремих етапах онтогенезу людини» (№ держреєстрації 0109U000206) та входить до складу ініціативної