

спорту силової якості не відіграють таку визначальну роль, як у пауерліфтингу. Наприклад, у важкій атлетиці, де спортсмени змагаються у складнотехнічних вправах (ривок і поштовх), важливими складовими спортивного результату, поряд з силою, є філігранна техніка, гнучкість, швидкість, координованість, та й сила тут має вибуховий характер. Змагальні ж вправи класичного пауерліфтингу (присідання, жим лежачи, тяга) відносно прості у технічному виконанні, залучають до роботи всі основні групи м'язів і, на нашу думку, є найкращими тестами для визначення максимальної сили, тобто найбільшої сили, яку проявляє спортсмен під час максимального довільного м'язового скорочення.

Мета дослідження: виявити статеві відмінності спортивних результатів у класичному пауерліфтингу серед студентів.

Методи дослідження: порівняльний аналіз результатів кубків світу 2016-2019 років з класичного пауерліфтингу серед університетів та узагальнення отриманих даних; методи статистичної обробки.

Результати дослідження та їхнє обговорення. Ми провели аналіз змагальних результатів чотирьох кубків світу (2016-2019 роки) з класичного пауерліфтингу серед університетів у трьох вагових категоріях, які найближчі між собою за масою тіла спортсменів: до 57, 72, 84 кг серед жінок і до 59, 74, 83 кг серед чоловіків. Враховувались результати у сумі триборства, показані переможцями та призерами цих змагань, а також кращі результати у присіданні, жимі лежачи, тязі, показані переможцями та призерами в окремих вправах.

Аналіз показав статеві відмінності кращих результатів учасників кубку світу 2016 року на рівні 41,02% у сумі триборства, 39,94% у присіданні, 46,00% у жимі лежачи, 42,86% у тязі. Показники у цих же видах програми учасників наступних кубків світу виявились такими: у 2017 році 40,63%, 41,50%, 48,46%, 34,60%; у 2018 році 34,96%, 34,94%, 40,25%, 32,95%, у 2019 році 31,55%, 28,16%, 36,15%, 29,46%. При порівнянні спортивних результатів за 4 роки спостерігається тенденція до зменшення рівня статевого диморфізму у сумі триборства на 9,47%, у присіданні – на 11,78%, у жимі лежачи – на 9,85%, у тязі – на 13,40%.

Середні показники статевих відмінностей спортивних результатів за підсумками усіх змагань склали 37,04% у сумі триборства, 26,38% у присіданні, 42,72% у жимі лежачи, 34,97% у тязі.

Висновки: Статеві відмінності у будові й складі тіла, функціональних можливостей органів і систем організму впливають на спортивні результати чоловіків і жінок. Аналіз кращих спортивних результатів жінок показує, що рівень статевих відмінностей показників у класичному пауерліфтингу залежить від виду змагальної програми й складає в середньому 37,04% у сумі триборства, 26,38% у присіданні, 42,72% у жимі лежачи, 34,97% у тязі.

Простежується тенденція до зменшення статевих відмінностей у сумі триборства на 9,47%, у присіданні – на 11,78%, у жимі лежачи – на 9,85%, у тязі – на 13,40%.

Література

1. Вілмор Джек Х., Костілл Девід Л. Фізіологія спорту. – К.: Олімпійська література, 2003. – 656 с.
2. Железный мир [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://ironworld.ru>.
3. Національна федерація пауерліфтингу України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://ukrpowerlifting.com>.
4. Стеценко А.І. Пауерліфтинг. Теорія і методика викладання. – Черкаси: Вид. від. ЧНУ імені Богдана Хмельницького, 2008. - 460 с.
5. International Powerlifting Federation [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://powerlifting.sport>.

Ф.Г. Філак, Я.Ф. Філак

Фізична терапія хворих на постгастрорезекційний синдром в умовах поліклініки

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Незважаючи на достатньо високу ефективність оперативного лікування, у більшості хворих розвивається ряд ранніх післяопераційних синдромів, що вимагає тривалого консервативного лікування. До ранніх проявів, що зустрічаються найчастіше, відносять синдром малого шлунка, демпінг-синдром, гастрит культі шлунка, порушення функціональної діяльності підшлункової залози, тонкої і товстої кишок. Всі вони розглядаються як наслідки операції в зв'язку з новими умовами діяльності шлунка і кишечника [2, 5]. Ступінь проявів післяопераційних синдромів визначається тривалістю захворювання, віком хворого, ступенем ураження органів травлення до оперативного лікування, своєчасністю проведення операції [3].

Мета дослідження – вивчення впливу засобів фізичної реабілітації у хворих з постгастрорезекційним синдромом.

З цією метою дослідження проведені у 30 хворих віком від 45 до 55 років (жінок 7, чоловіків 23), які у зв'язку з ускладненням виразкової хвороби перенесли операції на шлунку та 12-палій кишці. При відсутності ускладнень післяопераційного пацієнти були направлені в санаторій "Поляна" для відновного лікування. Тривалість лікування становила 21 день. Усі хворі пройшли повне клініко-лабораторне обстеження з використанням психодіагностичної шкали: опитувальна анкета для визначення нейротизму Г. Айзенка /варіант ЕРІ/, тривоги за Тейлор та шкала депресії Бека.

При поступленні більшість пацієнтів виявляли скарги на відчуття важкості, тиску в епігастрії, помірне здуття живота, запори або проноси, загальну слабкість, швидку втомлюваність, дратівливість. При обстеженні у 56,5 % хворих виявлено ознаки анемії, незначний лейкоцитоз та прискорене ШОЕ. У 21 хворих (70,0%) виявлені явища гіпомоторної дискінезії жовчовидільних шляхів, що підтверджується ультразвуковим обстеженням. Методом ФАЖ у 24 хворих (80,0%) виявлено зниження ферментовидільної функції підшлункової залози натще і в період травлення та коефіцієнт індукції холецистокініну. При пальпації відзначалась болючість в ділянці післяопераційного рубця або в епігастрії. Таким чином, у більшості хворих протягом першого місяця після операції виявляються анемія, функціональні порушення з боку жовчовидільної системи, підшлункової залози та розлади моторно-евакуаторної функції кишечника. Такі хворі відзначались підвищеною тривожністю, емоційною нестійкістю, зниженим настроєм, почуттям невдоволення собою у зв'язку зі станом свого здоров'я.

У комплекс відновного лікування входили: п'ятикратне харчування (дієта № 1), внутрішній прийом середньомінералізованої вуглекислої гідрокарбонатно-натрієвої мінеральної води Поляна Купіль температури 42 - 45°C за 45 хвилин до прийому їжі по 200 мл. 3 рази на день, вуглекислі мінеральні ванни, фітотерапія, масаж, лікувальна фізкультура, психотерапія. Лікувальну фізичну культуру застосовували у таких формах: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, лікувальна ходьба. У комплекс лікувальної гімнастики, яка проводилась протягом 25 – 30 хвилин, входили: динамічні і статичні вправи для всіх м'язових груп з предметами і без них, вправи на рівновагу та координацію. Також використовувались вправи на повороти тулуба, для зміцнення м'язів черевного пресу, тазового дна, тулуба. Психотерапія була обов'язковим методом реабілітації цієї категорії хворих. Вона сприяла редукції тривожності, емоційної нестійкості та налагодженню функцій вегетативної нервової системи.

Таким чином, у результаті проведених реабілітаційних заходів у 83,3% хворих покращилось самопочуття. Зникли явища дискомфорту, швидка втомлюваність, загальна слабкість, нормалізувались стілець. У 90,0% хворих нормалізувались показники крові, у 80,0% хворих нормалізувались показники ферментовидільної функції підшлункової залози.

Висновки.

1. Дослідження засвідчують, що санаторне лікування у перші дні після операції значно підсилює компенсаторні можливості тих органів травлення, які не зазнали оперативного втручання, стимулює механізми саморегуляції організму, запобігає формуванню післяопераційних синдромів.

2. Застосування засобів фізичної терапії після оперативного втручання в санаторно-курортному комплексі значно покращує самопочуття, нормалізуючи психоемоційний стан пацієнтів.

Література

1. Выгоднер Е.Б. Физические факторы в гастроэнтерологии. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
2. Мавродий В.М., Грубник В.В. Физиотерапия болезней органов пищеварения. – Одеса, 1994. – 131 с.
3. Методи ранньої курортної реабілітації хворих, які перенесли холецистектомію, ваготомію та резекцію шлунка: Метод. реком. / Укр.НДІ МР та К; Склад.: Драгомирецька Н.В., Серебріна Л.О., Бондарчук Г.Ф. – Одеса, 1995. – 21 с.
4. Самсонов М.А., Лоранская Т.И. Нестерова А.П. Постгастрорезекционные синдромы (патогенез, клиника, лечение) / АМН СССР. – М.: Медицина, 1984. – 192 с.

Я.Ф. Філак

Лікувальна фізична культура в оздоровленні дітей із вадами інтелектуального розвитку

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

У дітей із вадами інтелектуального розвитку, крім порушення пізнавальної діяльності, мислення, сприйняття, дрібної моторики, також наявні відхилення у фізичному розвитку, знижена фізична працездатність. За даними ВООЗ, розумова відсталість поширена в усьому світі й виявляється в 1–3% населення. Це пояснюється значною кількістю антенатальних і постнатальних порушень, а також погіршенням екологічної ситуації у світі, підвищенням рівня і якості медичної допомоги, внаслідок чого збільшилась кількість дітей, що виживають, з вадами розвитку й дефектами центральної нервової системи. Фізичне виховання є частиною культури суспільства. Фізичні навантаження, безумовно, будуть сприяти адаптації дітей з вадами розвитку до навколишнього світу. Корисним у цьому сенсі є використання лікувальної фізичної культури з її різноманітним форм організації рухової діяльності як одного із важливих засобів соціалізації особистості дітей, що мають порушення інтелектуального розвитку.

Мета дослідження – розробити та застосувати комплекс спеціальних вправ для школярів, які мають відхилення інтелектуального розвитку.

Завданням дослідження було вивчення та аналіз теоретичних джерел з проблем розвитку фізичних якостей школярів із порушенням інтелекту, розробка та оцінка ефективності застосування комплексу вправ лікувальної фізичної культури.