

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., Серебрїна 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.

Методи дослідження. Обстеження проведені у 30 школярів віком 11-12 років, із них 18 хлопців і 12 дівчат, які навчаються в Часлівській допоміжній спеціалізованій школі-інтернат. Діти були направлені в школу-інтернат медико-педагогічною комісією. Переважна більшість всіх розумово відсталих дітей - учнів допоміжної школи - складають діти-олігофрени. Розвиваючий характер навчання у допоміжній школі полягає у сприянні загальному психічному і фізичному розвитку учнів.

З метою визначення динаміки психомоторного розвитку нами були проведені контрольні-педагогічні випробування дітей до і після експерименту. Перед кожним завданням дітям демонструвати хід виконання завдання. Пропонувалися такі завдання:

1. "Застебни гудзик". Завдання: застебнути гудзики. Спочатку покажіть дитині, як потрібно застібати гудзички коментуючи таким чином: "Великий гудзик ми застібаємо у велику петельку, середній гудзичок - в середню петельку, а маленьку - в маленьку".

2. "Шнурування". Знадобиться картон у вигляді черевика, в якому прорізаємо 6 отворів (як на черевиках) і шнурок. Завдання: необхідно зашнурувати "черевик".

3. "Конструювання з паличок". Знадобляться палички для рахування одного кольору, намальовані на папері фігури (трикутник, квадрат, ромб). Завдання: необхідно палички для рахування покласти на лінії фігур.

Результати дослідження. У результаті проведеного тестування 8 (26,7%) дітей завдання «застебни гудзик» виконали самостійно, 18 (60,0%) - необхідна була допомога, 4 (13,3%) дітей не змогли виконати завдання. Завдання «шнурування» самостійно виконали 10 (33,3%) школярів, необхідна була допомога 14 (46,7%) пацієнтів, не змогли виконати завдання 6 (20,0%) дітей. Завдання «конструювання з паличок» виконали відповідно 6 (20,0%), 16 (53,3%) і 8 (26,7%) дітей.

Лікувальна фізична культура була направлена на усунення недоліків фізичного розвитку, загальної та дрібної моторики, покращення функціонування кисті та пальців рук, навчання окремих рухів, елементам дій, об'єднання цих елементів у свідому діяльність, що підвищує розвиток психомоторики. Використовувались вправи для дрібних і середніх м'язових груп, нахил тулуба уперед, в сторони, вправи на рівновагу, координацію рухів. А також „ходьба по гімнастичній лаві”, „переступання і перестрибування через перешкоду”. У розробленому нами комплексі вправ лікувальної гімнастики вирішувалися завдання щодо покращення фізичного стану організму, а саме: корекція деформацій хребта, нормалізація функцій органів травлення, зміцнення м'язової системи, закріплення навичок правильної постави, покращення стану органів дихання і серцево-судинної системи, покращення емоційного стану. Профілактичні заходи для дітей із вадами інтелектуального розвитку одночасно вирішували такі завдання: зміцнення м'язів спини і грудей, усунення асиметрії м'язового тону тулуба з застосуванням симетричних та асиметричних вправ, зміцнення м'язів черевного пресу. Тривалість занять 25 – 30 хвилин через день протягом трьох місяців.

Після проведення повторного контрольні-педагогічні випробування відзначається позитивна динаміка у виконанні завдань. Кількість дітей, які виконували самостійно завдання «застебни гудзик» вірогідно підвищилось з 8 (26,7%) до 16 (53,3%), необхідна була допомога 14 (47,7%) пацієнтів. Завдання «шнурування» після проведення комплексу спеціальних вправ самостійно виконали 18 (60,0%) школярів, необхідна була допомога 10 (33,3%) пацієнтам, не змогли виконати завдання 2 (6,7%) дітей. Кількість дітей, які змогли виконати завдання «конструювання з паличок» збільшилась із 6 (20,0%) до 14 (46,7%), необхідна була допомога лише 12 (40,%) школярам, не виконали завдання 4 (16,7%) дітей.

Висновки. Таким чином, запропонований нами комплекс гімнастичних вправ сприяє розвитку комунікативних умінь, навчанню навичкам самообслуговування на підставі покращання дрібної моторики кистей і пальців рук, концентрації довільної уваги, збереженню наявного та зміцнення загального здоров'я школярів, мотивації до самостійної активної навчальної та рухової діяльності.

*Т.В. Хома*

## Сучасні підходи до формування професійної компетентності у майбутніх учителів фізичної культури

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Закон України «Про освіту» сформульовано завдання для закладів освіти і визначено компетентнісний підхід як пріоритетний. Серед компетентностей мають місце: вільне володіння державною мовою, здатність спілкуватися рідною (у разі відмінності від державної) та іноземними мовами, інноваційність, навчання впродовж життя, громадянські та соціальні компетентності, пов'язані з ідеями демократії, справедливості, рівності, прав людини, добробуту та здорового способу життя, з усвідомленням рівних прав і можливостей та інші [3].

Важливим складником системи формування нового змісту освіти є чітке бачення результатів педагогічного партнерства «учень-вчитель», в основі якого відповідні цінності, зазначені в Концепції Нової української школи... Це креативність, цікавість, критичне мислення, мудрість, відвага, наполегливість, чесність тощо [6].