

РІВЕНЬ ЯКОСТІ СТАНУ СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ОДЕСЬКОГО ОБЛАСНОГО БАЗОВОГО МЕДИЧНОГО УЧИЛИЩА З ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ

Н. І. Тарасенко

Одеське обласне базове медичне училище

У статті розглянуто питання якості стану соматичного здоров'я студентів із порушеннями постави у зв'язку з їх захворюваністю.

PHYSICAL HEALTH QUALITY LEVEL IN ODESA REGIONAL MEDICAL COLLEGE STUDENTS WITH POSTURE VIOLATION

N. I. Tarasenko

Odesa Regional Basic Medical College

The article adduces the quality issues of student`s physical health status with posture violation due to their disease.

Вступ. Найбільше багатство людини – це здоров'я. Однією з основних ознак здоров'я є висока фізична активність – рух. Рухова активність – один з головних чинників, які визначають рівень фізичного здоров'я молоді. В організмі кожної людини закладені величезні можливості, які можуть бути реалізовані в здоров'я і активне довголіття тільки за умови постійної «дружби» з фізичними навантаженнями. На жаль, більшість людей нашої держави, і молодь в тому числі сьогодні ведуть малорухливий спосіб життя. І саме серед них формується значна група людей, які не можуть вважатися повністю здоровими, але поки що екстреної медичної допомоги не потребують. Особливо тривожить той факт, що кількість людей, які баланшують на межі здоров'я й нездоров'я, катастрофічно зростає. До них належать не тільки люди старшого і середнього віку, але й молодь, діти.

Низькому рівню фізичної активності сприяє науково-технічний прогрес – автоматизація промисловості, розвиток транспорту, механізація домашньої праці, телефонізація, телебачення, інтернет, які до мінімуму скоротили рухову активність людини.

Достатній рівень рухової активності студентів є основою належного розвитку організму. Недостатня

рухова активність негативно впливає на більшість функцій організму і є чинником виникнення і розвитку захворювань.

Гіподинамія (мала рухливість) призводить до збільшення навантаження на серцевий м'яз. Коли людина ходить, біжить чи займається фізичними вправами, м'язи, тиснучи на судини, вени, артерії, що знаходяться поруч з ними, допомагають серцю перекачувати кров на периферію, а венами – до серця. Коли людина не рухається, цього не відбувається, серце швидко зношується, виконуючи тяжку роботу, а йому за хвилину доводиться перекачувати – 4–5 літрів крові. Під час роботи м'язів утворюються речовини, відбувається «згорання» тієї енергії, що надходить з їжею.

При малорухливому способі життя [1], незбалансованому харчуванні запаси енергії відкладаються у вигляді жирів (надмірна маса), холестерину в судинах (стенокардія, інфаркт, інсульт), а відкладання солей призводить до остеохондрозу.

Протягом навчального дня студенти сприймають і переробляють значний потік інформації, що в більшості випадків призводить до розвитку втоми, нервово-емоційного напруження, особливо під час екзаменаційної сесії. Для навчальної діяльності також

характерне поєднання нервово-емоційного напруження з обмеженням рухової активності не тільки під час навчальних занять, але і в побуті. До негативних факторів навчально-трудової діяльності студентів необхідно віднести тривалі статичні напруження м'язових груп, пов'язаних із вимушеним положенням сидячи і локальним характером м'язової активності.

Багато дослідників [7] та науковців [4–6, 8], вивчаючи особливості трудової діяльності працівників розумової праці, які виконували свої обов'язки в положенні сидячи, встановили, що в даному положенні протягом тривалого часу більше всього задіяні м'язи спини, що зазнають статичне навантаження, яке призводить до стомлення ЦНС, викликає зниження тону м'язів і, відповідно, розтягнення м'язів спини. Крім цього, положення сидячи призводить до порушення кровообігу. При тривалих регулярних застоях крові м'язовий шар венозних судин втрачає еластичність, розтягується, що призводить до запалення судин. Також на об'єм кровообігу впливає дихання – чим інтенсивніше дихання, тим інтенсивніший венозний кровообіг. У положенні сидячи дихання поверхневе, це зумовлено незначним навантаженням, що, в свою чергу, сприяє виникненню застійних явищ. Таке положення впливає і на інші органи, провокує розвиток хвороб (варикозне розширення вен, холецистит і т. д.).

Крім цього, при тривалому перебуванні в положенні сидячи у студентів зменшується працездатність, а отже, і ефективність навчальної діяльності. Медики відзначили, що тривале перебування в сидячому положенні робить хребет і грудну клітку студентів найменш рухомими частинами тіла, що призводить до зниження гнучкості хребтового стовпа і до інших функціональних порушень. У студентів знижуються функції уваги, мислення, пам'яті.

Мінімальна рухова активність, що проявляється в обмеженні просторових і силових характеристик рухів, негативно відображається як на стані фізіологічних систем, так і на діяльності організму студентів у цілому, що провокує детренованість організму, і негативно відображається на функціональному і фізичному стані. Це супроводжується змінами кровообігу.

Знижена рухова активність під час навчальної діяльності та особливість робочого сидячого положення зменшують швидкість кровообігу, що призводить до застою крові в ділянці нижніх кінцівок і черевної порожнини. Локальні напруження при глобальній регресії фізичної активності провокує розвиток ситуації, при якій розвивається перенапруження

нервово-м'язового апарату. В процесі розумової діяльності найбільше навантажені (до 85 % робочого часу) органи зору, а ряд інших сенсорних систем (слухова, тактильна) задіяні значно менше.

Згладжування поперечного лордозу є наслідком робочого сидячого положення, в результаті чого може виникнути розшарування, сплющування та випинання інтервертебральних дисків. Положення голови з нахилом вперед також провокує розвиток шийного остеохондрозу. В процесі виконання малорухливої, а також роботи, що вимагає значного напруження зору, розвивається короткозорість. У людей, які займаються розумовою працею в сидячому положенні вища ймовірність травматизму міжхребтових дисків. Ось чому недостатній розвиток мускулатури у студентів є основним фактором у загостренні остеохондрозу.

Саме від неправильного способу життя хребет стає твердим і деформується. Хребці та диски між хребцями руйнуються через відсутність фізичних вправ і поганій циркуляції крові в сусідніх тканинах.

Є вислів: «Рух – це життя». В нашій країні ведеться активна боротьба за фізично здорове населення. На кафедрах спортивної медицини вивчається питання «боргу руху» у дітей. Під час тривалого сидіння нагромаджується «борг рухової активності», цей стан схожий на «кисневий борг», коли людина біжить або виконує інше важке фізичне навантаження, то після його закінчення дихання відновлюється не зразу, а після ліквідації нестачі кисню в тканинах.

Застерігаючи себе від інтенсивних рухів, зберігаючи годинами так званий зручний спосіб, ослаблюється хребет у дітей. Навіть заняття фізкультурою, якщо воно регулярне, а тим більше спеціальні види спорту, не застерігають від захворювань хребта.

Фраза «Ох, як болить спина!» – звучить уже протягом багатьох століть у всіх частинах світу із тих пір, відколи людина навчилася стояти на двох ногах. З раннього дитинства людина повторює весь процес еволюції – повзає, шкутильгає, ходить, бігає, але все життя вона повинна стежити за своєю поставою, щоб уникнути болю в спині й інших пов'язаних із цим захворюваннях.

Хребет відіграє важливу роль у здоров'ї людини. Фізична витривалість головним чином залежить від стану хребта. Найкращий стан людського тіла – це коли воно здорове, а кожен м'яз і орган функціонують нормально.

Серед різних деформацій організму, який розвивається, вкрай складно піддається лікуванню сколіотична хвороба. Прогресування сколіотичної хвороби

серед студентів робить проблему розробки й наукового обґрунтування корекції особливо актуальною.

На сьогодні в науково-методичній літературі накопичено чимало даних про позитивний ефект традиційних методик оздоровлення дітей шкільного віку та студентів, але вкрай недостатньо робіт з питань застосування методик, зокрема інноваційних систем для корекції постави у студентів із різним рівнем фізичного стану [9].

Основна частина. З метою підвищення ефективності корекції порушень постави було проведено анкетування (опитування) з виявлення якості стану соматичного здоров'я студентів Одеського обласного базового медичного училища у зв'язку з їх захворюваністю. Усіх студентів було поділено на дві групи – основну медичну групу (ОМГ) і спеціальну медичну групу (СМГ). До складу основної медичної групи ввійшли студенти з порушеннями постави.

Спеціальна медична група складалася зі студентів із діагнозом сколіозу.

Усі результати анкетування було проаналізовано й поділено на декілька блоків.

Перший блок, що складається з 7 питань, містив інформацію про наявність і характер болю або скутості в різних ланках опорно-рухового апарату студентів із порушеннями постави.

У таблиці 1 наведено відсотковий розподіл студентів ОМГ і СМГ залежно від їх відповідей.

Особливу увагу було приділено такій скарзі студентів, як біль у спині. Аналізуючи відповіді на питання «Чи турбує Вас біль або скутість у ділянці хребта?», варто зазначити, що 60 % студентів ОМГ не турбує біль або скутість у хребті. 15 і 20 % студентів цієї групи біль у хребті характеризують як незначну й помірну відповідно. На відміну від цієї групи, лише 9,5 % студентів СМГ не турбує біль або скутість у хребті.

Таблиця 1. Поділ студентів ОМГ і СМГ залежно від їх відповідей про наявність і характер болю або скутість в різних ланках опорно-рухового апарату (%)

Питання анкети	Варіанти відповідей	ОМГ	СМГ
Чи турбує Вас біль або скутість у ділянці хребта?	ні	60	9,5
	незначно	15	38,1
	помірно	25	28,6
	значно	-	23,8
У якому відділі хребта Ви найчастіше відчуваєте біль або скутість?	шийному	41,2	20,8
	грудному	29,4	29,2
	поперековому	23,4	50
	попереково-крижовому	-	-
Чи турбує Вас біль в інших органах, окрім хребта?	не хвилює	75	33,3
	хвилює періодично	25	57,1
	хвилює часто	-	9,5
	хвилює постійно	-	-
Чи турбує Вас біль та скутість у суглобах?	не хвилює	45	42,9
	незначно	45	33,3
	помірно	5	23,8
	значно	5	-
Чи відчуваєте Ви гострий біль в хребті?	ні	70	52,4
	періодично	30	33,3
	часто	-	4,8
	постійно	-	9,5
Через який час зникає гострий біль в ділянці хребта?	протягом декількох днів	92,3	90
	протягом тижня	7,7	5
	протягом місяця	-	-
	через місяць і більше	-	5
Коли найчастіше і через що виникає біль у хребті?	під час сну	6,7	6,7
	після різких рухів	80	50
	після переохолоджень	6,7	12,5
	раптово	6,7	20,8

А незначний і помірний біль виникає у 38,1 і 28,6 % студентів. Значний біль відчувають 23,8 % студентів СМГ. Отримані результати про наявність і характер болю в хребті у студентів з порушеннями постави і сколіозом дають підставу стверджувати про безумовну залежність болю від наявності порушень постави і сколіозу в студентів СМГ.

Даний показник є об'єктивним підтвердженням медичних клінічних даних про сколіоз хребта і свідчить в основному про слабкість та асиметричний стан м'язів, що оточують хребет, і наявність торсії хребців (скручування хребців навколо своєї осі).

Не менш значущі результати були отримані під час аналізу відповідей студентів на питання «У якому відділі хребта Ви найчастіше відчуваєте біль або скутість?». Як свідчать дані, у студентів з порушеннями постави біль або скутість у хребті спостерігається в основному в шийно-грудному відділі хребта (41,2 % – у шийному відділі та 29,4 % – у грудному відділі хребта). Студенти СМГ (зі сколіозом) частіше відчувають біль і скутість в груднинно-поперековому відділі хребта: 20,8 % – в шийному відділі, 29,2 % – у грудному, 50 % – у поперековому. Отримані результати підтверджують клінічні дані анамнезу студентів із порушеннями постави і сколіозом. При порушеннях постави, як відомо, відбувається посилення або зменшення фізіологічних вигинів хребта, їх співвідношень у сагітальній площині (постава з кругло-увігнутою або круглою спиною), що поєднується з функціональним зміщенням хребта у фронтальній площині, що, у свою чергу, призводить до нерівномірного розподілу тону м'язів, які забезпечують ортоградне положення і відповідають за правильну поставу [2, 3]. За даними дослідження, у студентів ОМГ в основному спостерігаються порушення постави із збільшенням грудного кіфозу. Переважання даного виду постави, ймовірно, зумовило більшу кількість студентів з болями і скутістю в шийно-грудному відділі хребта.

Відповіді на питання анкетування студентів «Коли найчастіше і через що виникає біль у хребті?» виявили особливості прояву болю в хребті залежно від характеру рухової активності. Студенти з порушеннями постави групи ОМГ найчастіше (у 80 %) відчувають біль у хребті після виконання різких рухів. 50 % студентів СМГ групи зі сколіозом відчувають біль після виконання різких рухів. У 20,8 % студентів цієї групи біль виникає незалежно від цих причин, тобто раптово, у 12,5 % – після переохолоджень. 6,7 % студентів в обох

групах відчувають біль у хребті під час сну. Таким чином, у студентів із порушеннями постави і сколіозом біль у спині виникає в основному після виконання різких рухів. Цей факт може свідчити про неорганізований руховий і ортопедичний режим студентів і дозволяє визначити завдання для подальшої корекції постави в даному напрямі. Варто звернути увагу також на інші причини виникнення болю в спині у студентів зі сколіозом і враховувати їх при організації індивідуальної рухової активності окремо взятих студентів.

Наступний блок відповідей в анкетуванні студентів відобразив ступінь і характер їхньої рухової активності (табл. 2). Отримані результати даного блоку анкетування дозволили нам визначити причини обмеження видів рухової активності студентів із порушеннями постави і сколіозом, яка виконувалася як в побуті, так і під час організованої рухової активності.

Аналіз відповідей даного блоку анкетування засвідчив, що в середньому 50 % студентів обох груп (з порушеннями постави і сколіозом) турбує м'язова слабкість, незначні порушення координації руху, деяка уповільненість у рухах.

Обмеження рухів у побуті (52,4 % студентів) та обмеження під час проведення особистої гігієни (13,8 % студентів) більше відчувають студенти зі сколіозом, ніж із порушеннями постави. Варто зазначити, що не виявилось жодного студента зі сколіозом, який би не мав обмежень при виконанні фізичних вправ, 52,4 % з них мали незначні обмеження, 33,3 % – помірні, а 14,3 % – мали значні труднощі при виконанні фізичних вправ на заняттях із фізичного виховання.

Висновки. Отримані результати підтверджують дані фахівців про загальне зниження працездатності студентів з аналізованими проблемами стану здоров'я. При цьому знижується м'язовий тонус скелетних м'язів опорно-рухового апарату, особливо тих, які відповідають за симетричність утримання хребта. Даний контингент займається, як правило, пасивно в процесі навчальних занять, не в змозі виконувати елементарні фізичні вправи, уникає фізичних навантажень, не проявляє наполегливості в досягненні результатів, необхідних для оптимального функціонування всіх систем організму. Тому важливими для них залишаються оптимізація рухової активності, формування мотивації до занять фізичною культурою, розробка й впровадження нових фізкультурно-оздоровчих технологій, спрямованих на корекцію порушень постави.

Таблиця 2. Поділ студентів ОМГ і СМГ залежно від їх відповідей про ступінь, характер і причини обмеження їхньої рухової активності (%)

Питання анкети	Варіанти відповідей	ОМГ	СМГ
Чи турбують Вас м'язова слабкість, порушення координації, уповільненість рухів?	ні	55	47,6
	незначно	30	28,6
	помірно	15	19,0
	значно	–	4,8
Чи обмежені Ваші рухи при виконанні особистої гігієни?	ні	95	76,2
	незначно	5	19,0
	помірно	–	4,8
	значно	–	–
Чи обмежені Ваші рухи при виконанні побутових дій?	ні	75	47,6
	незначно	25	42,9
	помірно	–	9,5
	значно	–	–
Чи обмежені Ваші рухи при виконанні фізичних вправ?	ні	35	–
	незначно	65	52,4
	помірно	–	33,3
	значно	–	14,3
Чи обмежені Ваші можливості під час активного відпочинку (хобі, спорт, туризм та інші)?	ні	70	47,6
	характер відпочинку змінився	10	23,8
	можливість відпочинку обмежена	20	28,6
	неможливий	–	–
При яких рухах Ваші дії обмежені?	згинанні (нахил)	50	28
	розгинанні	22,2	24
	нахилі в сторону (вправо, вліво)	16,7	28
	обертанні	11,1	20

ЛІТЕРАТУРА

- Гарієвський Ю. Про організаційно-методичні засади фізичної реабілітації студентів з обмеженими фізичними можливостями / Ю. Гарієвський // Концепція розвитку галузі фізичного виховання і спорту в Україні : збірник наукових праць. – Вип. IV. – Рівне : ред.-вид. центр МЕНУ ім. акад. С. Дем'янчука, 2006. – 460 с.
- Гонгальский В. В. Активная мышечная фиксация позвоночника при его нестабильности / В. В. Гонгальский // Медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. – 1993. – № 12. – С. 64–70.
- Гонгальський В. В. Роль лікувальної фізкультури в комплексному лікуванні дітей та студентів із порушеною поставою / В. В. Гонгальський // Удосконалення навчального процесу з фізичного виховання студентів : матеріали наук.-практ. конф. вузів Подільського району. – Вінниця, 1993. – С. 73–74.
- Григорьев В. И. Кризис физической культуры студентов и пути его преодоления / В. И. Григорьев // Теория и практика физ. культуры. – 2004. – № 2. – С. 54–61.
- Драчук А. І. Динаміка стану здоров'я студентів гуманітарних вищих закладів освіти / А. І. Драчук // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2002. – № 22. – С. 23–28.
- Євстратов П. І. Рівень здоров'я в залежності від рухової активності студентів / П. І. Євстратов // Буковинський науковий вісник. – 2005. – С. 209–211.
- Концептуальні засади подальшого розвитку фізичної культури і спорту в Україні // Проект державного комітету з фіз. культури і спорту в Україні. – К., 1997. – 16 с.
- Кудаев З. А. Методические принципы оценки динамики физической подготовленности у студентов нефизкультурных вузов / З. А. Кудаев // Теория и практика физ. культуры. – 2004. – № 5. – С. 26–28.
- Нікіфорова С. А. Формування та корекція порушень постави школярів нетрадиційними системами оздоровлення (гімнастика Хатха-йога) : збірник матеріалів вузівської студентської науково-практичної конференції. – Кременець, 2004. – С. 62–65.

Отримано 03.11.16