

Наука III тисячоліття: пошуки, проблеми, перспективи розвитку

поширеність і контроль / І. М. Горбась // Здоров'я України. - 2007. - № 21/1. - С. 62-63

3. Индика С.Я. Фізична реабілітація після інфаркту міокарда в домашніх умовах: [навчальний посібник] / С.Я. Индика, А.М. Сітовський - Луцьк : РВВ ЛІРоЛ Університету «Україна», 2014. - 150 с.

4. Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс] - Режим доступу до ресурсу: moz.gov.ua.

5. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність і контроль [Електронний ресурс] // Кардиологія. Ревматологія. Кардіохірургія. № 21/1 ноябрь. - 2015. - Режим доступу до ресурсу: <http://health-ua.com/article/17120-faktori-riziku-sertcevosudinnih-zahvoryuvan-poshirenst-kontrol>.

ГЛОБАЛІЗАЦІЯ ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕННЯ МАСИ ТІЛА ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ЗІ СТАНОМ ЗДОРОВ'Я ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ

Ковальчук О.В. *асистент*

Кобзева Д.О. *студентка*

*Мелітопольський державний педагогічний університет ім. Б. Хмельницького,
Мелітополь, Україна*

На сьогоднішній день доведено, що порушення оптимальної маси тіла створює потенційну небезпеку для здоров'я. У 1997 році ВООЗ оголосила глобальну епідемію ожиріння і надлишкової маси тіла. Розповсюдженість цього захворювання зростає як серед дорослого населення, так і серед дітей [2].

За даними ВООЗ, надмірну масу тіла мають до 30 % жителів планети [2]. Найбільш розповсюдженою ця проблема є в США, де надмірна маса тіла виявлена в 60 % осіб, а ожиріння в 27 %. Частота цього захворювання у різних європейських країнах коливається на рівні 22-25 % [1]. Дослідження, проведені у різних країнах світу, виявляють стійке зростання розповсюдженості ожиріння з віком як в чоловіків, так і в жінок. Дослідження, проведені в Україні в 2003 році продемонстрували, що розповсюдженість ожиріння серед осіб, старших за 45 років, може складати 52 %, а надлишкової маси тіла - 33 %. Нормальна маса тіла виявляється лише в 13 % дорослого населення України [4].

Оцінюючи масу тіла людини, традиційно орієнтуються на оптимальну масу тіла, яка відповідає мінімальному ризику несприятливих явищ. У 1959 році були розроблені таблиці для розрахунку належної маси тіла залежно від росту. Ці показники ґрунтувалися виключно на середньостатистичних параметрах населення. У зв'язку з тим, що в сучасному суспільстві спостерігається тенденція до збільшення маси тіла, яке супроводжується зростанням захворюваності, середньостатистичні параметри маси тіла навряд чи можуть виступати в цьому випадку надійним критерієм оптимальної маси тіла. В.В. Власов наголошує, що критерієм для оцінки маси тіла повинен бути такий інтервал її величин, який є характерним для осіб з мінімальним ризиком захворювань [1]. У 1997 році ВООЗ для оцінки маси тіла був запропонований уніфікований показник індекс маси тіла (ІМТ), модифікований в 1999 р.: $\text{індекс маси тіла} = \text{маса тіла (кг)} \times \text{довжина тіла (м}^{-2}\text{)}$

II Міжнародна науково-практична інтернет-конференція (25-26 квітня 2018 р., м. Бердянськ)

На сьогоднішній день він є найважливішим і загальноприйнятим критерієм оцінки і рекомендується для застосування лікарями і дослідниками як для дітей, так і для дорослих.

Результати наукових досліджень продемонстрували суттєвий зв'язок між високим показником ІМТ та підвищенням ризику серцево-судинних захворювань і діабету. Для чоловіків належними прийнято вважати величини ІМТ, які відповідають 21-23 кгм⁻², для жінок - 22-24 кг м⁻². Захворюваність різко підвищується при значенні цього індексу більше 27,8 кгм⁻² для чоловіків і 28,3 кгм⁻² у жінок [3].

Розвиток ожиріння спричиняє жирову інфільтрацію міокарду, гіпертрофію шлуночків серця, надлишкове накопичення жиру в епікардіальній ділянці, що призводить до порушень функції міокарду, підвищенню тиску в лівому шлуночку. Ці зміни ускладнюються за мірою збільшення тривалості ожиріння. У людей, які страждають ожирінням, на 50 % частіше трапляється шлуночкова аритмія. Кожна одиниця маси тіла, більша за оптимальну, підвищує ризик розвитку аритмії на 4 % [3].

Найбільш розповсюджена гіпотеза, яка пояснює відхилення від оптимальної маси тіла, пов'язана з порушенням енергетичного обміну, який виникає під час надходження енергії в організм разом з їжею та витратами калорій. Його порушення у сторону позитивного балансу (ліпогенез) веде до надмірного засвоєння енергії у вигляді надлишкового накопичення жиру в різних частинах тіла, а у сторону від'ємного балансу (ліполіз) - до дефіциту маси тіла та енергетичного виснаження.

Більшість випадків порушення метаболічних процесів пов'язано саме з накопиченням надлишкової маси тіла, що дало підстави ВООЗ оголосити епідемію цього захворювання. Ожиріння, залежно від причин, що його викликають поділяють на:

- аліментарне (виникає внаслідок надходження з їжею більшої кількості калорій, чим витрачається організмом. Воно зустрічається в 85-90 % усіх випадків ожиріння);
- ендокринне (пов'язане з недостатньою активністю залоз внутрішньої секреції. Цей фактор спричиняє 12-13 % випадків ожиріння);
- церебральне (обумовлене порушенням регуляції центрів голоду та апетиту - складає 2-3 % випадків ожиріння).

Підвищена маса тіла також є фактором порушень статевого здоров'я жіночого населення. Резистентність до інсуліну, яка спостерігається у повних жінок, є прогресивним фактором, що спричиняє формування склерокістозних змін в яєчниках. Порушення метаболізму гормонів яєчників (блокування трансформації андрогенів в естрогени, гіперпродукція тестостерону) призводять до стійкого гормонального дисбалансу, який проявляється в гіперандрогенії, порушенні оваріально-менструального циклу, гірсутизмі та безплідді. Поряд з цим, збільшення маси тіла і концентрації інсуліну та лептину в крові активізує утворення естрогенів у жировій тканині з надниркового андростендіону, що призводить до розвитку гіперестрогенії і естрогенозалежних пухлин молочної залози і матки [1,3].

Література

1. Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов/В.В. Власов. - М.

**Наука III тисячоліття:
пошуки, проблеми, перспективи розвитку**

Триумф, 2000. - 447 с.

2. ВОЗ/Всемирная организация здравоохранения [Електронний ресурс]. - Режим доступу: www.who.int/ru.

3. Гинзбург М.М. Ожирение и метаболический синдром. Влияние на состояние здоровья, профилактика и лечение: монография/М.М. Гинзбург, Г.С. Козупица, Н.Н. Крюков. - Самара, 1999. - 79 с.

4. Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. - Режим доступу: moz.gov.ua.

**ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНІКО-ТАКТИЧНОГО АРСЕНАЛУ
СПОРТСМЕНІВ НА ЗМАГАННЯХ В КОНТАКТНИХ РОЗДІЛАХ КАРАТЕ-ДО**

Ковальчук О.В. *асистент*

Чуб О.М. *студент*

*Мелітопольський державний педагогічний університет ім. Б. Хмельницького,
Мелітополь, Україна*

В нашій роботі карате-до розглядається як офіційно зареєстрований вид спорту, який має затверджені Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту правила змагань, регламент присвоєння спортивних звань, щорічний календар спортивних змагань [1].

В практиці організації спортивних змагань прийнято відокремлювати три найбільш застосовані форми змагальної боротьби: ката, поєдинки з дозованим контактом, поєдинки з повним контактом [3].

В змаганнях з ката, у відповідності з встановленими правилами змагань критеріями, оцінюється якість виконання формальних технічних комплексів. Комплекси формальних вправ (ката) відрізняються ступенем складності технічних елементів і засобів їх комбінування. Змагатися між собою можуть каратисти, які мають однаковий [4].

В змагальних поєдинках з дозованим контактом, дозволяється легкий контакт в голову і значний в тулуб. Заліковим є перший удар рукою чи ногою який дійшов до цілі, відповідає дозволеному ступеню контакту та прийнятим технічним критеріям. Спортивні поєдинки проходять із зупинками, під час яких судді роблять оцінювання та фіксують порушення правил змагань, якщо вони були зроблені каратистами. Об'єктивність оцінювання техніко-тактичних дій каратистів зумовлюється синхронними діями суддівської бригади по фіксації елементів спортивної боротьби та колегіальністю прийняття остаточного суддівського рішення.

В змаганнях з повним контактом оцінювання бойових дій спортсменів ведеться без зупинок, поєдинки проходять з високою щільністю техніко-тактичних дій. Цьому сприяють правила змагань, які стимулюють активні наступальні дії спортсменів [3].

Такий підхід до регламентації та оцінки змагальних боїв зумовлює вибір спортсменами-каратистами наступальної стратегії, відповідних їй технічних дій та тактичних рішень. Необхідно підкреслити, що при певній умовності спортивного поєдинку, широкий діапазон дозволених технічних дій та тактичних