

Отримані результати дозволили обґрунтувати доцільність впровадження інноваційних видів спорту в програму проведення занять фізичним вихованням задля підвищення рівня мотивації молоді до занять й підтвердили гіпотезу про їх ефективність. Анонсована програма нових змістовних модулів викликала цікавість студентської молоді до участі у дослідженні і мотивувала до відвідування занять фізичної культури. Таким чином, застосування інноваційних технологій у фізичному вихованні молоді сприяють: активізації фізкультурно-оздоровчої роботи, підвищенню зацікавленості до систематичних занять фізичною культурою, формують самостійність, творчу активність, ініціативу, що сприяє здоров'язбереженню.

Перспективи подальших розвідок у даному напрямку ґрунтуються на потребі пошуку сучасних підходів до організації освітнього процесу на заняттях фізичної культури, що мотивують до активної рухової діяльності засобами інноваційних спортивних ігор.

#### **Література:**

1. Безверхня Г., Цибульська В., Гончар ГІ. Мотивація до занять фізичною культурою і спортом школярів та студентів [монографія]. Умань: ВПЦ «Візаві». 2016. 223 с.

2. Бондарчук, О. В. Інноваційні технології в фізичному вихованні. Львів: Видавництво "Світ". 2016. 200 с.

3. Глухова Г. Г., Кольцова О. С., Коваль В. Ю. Оптимізація рухової активності дівчат 12-14 років засобами "Junior Z". Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). 2021. №5К(134). С. 62-66.

4. Кравченко О. М. Розвиток мотивації до фізичної культури засобами інноваційних технологій. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я в сучасному суспільстві. 2015. № 2. С. 81-88.

5. Шаповалов М., Сушко Р. Дистанційне навчання як причина професійного вигорання вчителів фізичної культури. Спортивна наука та здоров'я людини, 2023. №1(9). С. 189-201.

### **ПОТРЕБА В ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ ІЗ ВАДАМИ СЛУХУ**

**Сокологорська-Никіна Ю. К., Куроєдова В.Д.**  
*Полтавський державний медичний університет*  
*yu.sokolog@pdmu.edu.ua*

Зубощелепні аномалії (ЗЩА) є однією з найпоширеніших стоматологічних патологій як серед населення України, так і в багатьох інших країнах світу, охоплюючи від 33,7% до 74% популяції. ЗЩА мають значний вплив не лише на функціональний стан зубощелепної системи, але й на естетичне сприйняття, що впливає на самооцінку пацієнтів і їхню соціальну адаптацію. Внаслідок цього ЗЩА становлять серйозну медико-соціальну проблему. Їх висока поширеність та потенційний негативний вплив на загальний стан здоров'я та якість життя роблять важливими питання своєчасної діагностики та лікування. Окрім естетичних та функціональних порушень, ЗЩА призводять до ускладнень у травній системі, викликають мовленнєві дефекти, порушення дихання та розвиток психологічних проблем, що підкреслює необхідність комплексного підходу до їх профілактики та лікування [1, 2, 3, 4].

Загальна тенденція свідчить про те, що діти з особливими потребами, зокрема з порушенням слуху, демонструють вищий рівень стоматологічних проблем, включаючи

патології прикусу. В той же час, люди із вадами слуху частіше потребують стоматологічної допомоги проте рідко за нею звертаються [5].

Для визначення потреби в ортодонтичному лікуванні на основі вираженості морфологічних порушень при різних формах патології прикусу були розроблені різні індекси. Серед них – індекс Зіберта (R. Sieberth, 1967) у модифікації Ю.М. Малигіна (1973), індекс пріоритетів лікування (Treatment Priority Index, TPI) від Грейнджера (1967), а також індекс потреби в ортодонтичному лікуванні (IOTN – Index of Orthodontic Treatment Need) від Шоу та Еванса (1989), який поєднує зубний та естетичний компоненти. Широко застосовується індекс оцінки ступеня складності ЗЩА, результатів лікування та потреби в ортодонтичній допомозі (Index of Complexity, Outcome and Need, ICON) від Даніелса і Річмонда (2000). Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує для оцінки стану прикусу як на індивідуальному рівні, так і під час епідеміологічних досліджень серед населення віком від 12 років використовувати стоматологічний естетичний індекс (Dental Aesthetic Index, DAI) (NC Cons та співавтори, 1986).

**Метою** дослідження було визначення потреби в ортодонтичному лікуванні дітей та підлітків із порушенням слуху м.Полтави віком 7 - 20 років, застосовуючи індекс Dental Aesthetic Index (DAI), з урахуванням поширеності та вираженості зубощелепних аномалій.

**Методика й організація дослідження.** Ми провели клінічне ортодонтичне обстеження 61 дитини з порушенням слуху віком від 7 до 20 років, які навчаються в Полтавській спеціальній загальноосвітній школі-інтернаті для дітей з вадами слуху, Україна.

Для оцінки потреби в ортодонтичному лікуванні з урахуванням ступеня тяжкості зубощелепних аномалій використовували критерії стандартного індексу DAI (Dental Aesthetic Index), рекомендованого ВООЗ для застосування в ортодонтії, який був запропонований N.C. Cons та співавторами у 1989 році для практичного використання. [6]. Індекс DAI є визнаним епідеміологічним інструментом, що об'єднує естетичні та фізичні аспекти неправильного прикусу в єдиний математичний показник. Оцінка 10 оклюзійних характеристик забезпечує більш повну клінічну інформацію порівняно з методами, що базуються лише на найвиразніших ознаках, що знижує ризик недооцінки ступеня тяжкості прикусу.

**Результати дослідження.** Середнє значення індексу DAI у дітей із порушенням слуху становило  $32,77 \pm 1,22$  бала, причому з віком спостерігалася тенденція до зростання показника ( $31,2 \pm 1,38$  проти  $34,88 \pm 2,15$ ), однак статистично значущої різниці виявлено не було ( $p > 0,5$ ). Приблизно 73,76% дітей та підлітків з депривацією слуху мали значення  $DAI \geq 26$ , що вказує на необхідність ортодонтичного лікування різного ступеня складності. Зокрема, 26,23% учасників мали значення DAI 36 балів і вище, що свідчить про наявність патологічного прикусу, який потребує обов'язкового ортодонтичного втручання. У 32,78% дітей показники DAI коливалися від 31 до 35 балів, що вказує на неправильний прикус важкого ступеня, для якого ортодонтичне лікування є обов'язковим.

**Висновки.** Майже 75% обстежених дітей та підлітків із порушенням слуху мали значення  $DAI \geq 26$ , що свідчить про необхідність різного ступеня ортодонтичного лікування, зокрема 26,23% з них потребували обов'язкового втручання. Висока поширеність зубощелепних аномалій підкреслює важливість своєчасної діагностики на ранніх стадіях, що дозволить коригувати порушення та забезпечити нормальний розвиток зубощелепної системи у дітей із депривацією слуху.

#### **Література:**

1. Kuroedova VD. Sovremennyj podhod k lecheniyu nasledstvennyh form narushenij prikusa [A modern approach to the treatment of hereditary forms of malocclusion]. Visnik stomatologiyi.2008;1:66.

2. Sella Tunis T, Sarne O, Hershkovitz I, Finkelstein T, Pavlidi AM, Shapira Y, Davidovitch M, Shpack N. Dental Anomalies' Characteristics. *Diagnostics* (Basel). 2021;11(7):1161.

3. Дорошенко С.І., Кульгінський Є.А, Ієвлева ЮВ. Розповсюдженість зубощелепних аномалії та деформацій, а також дефектів зубів та зубних рядів серед дітей шкільного віку м. Києва. *Вісник стоматології*. 2009;2:76-81.

4. Bayram S, Basciftci FA, Kurar E. Relationship between P561T and C422F polymorphisms in growth hormone receptor gene and mandibular prognathism. *Angle Orthod*. 2014;84(5):803-9.

5. Соколова І, Стасюк О. Перешкоди отримання медичної та стоматологічної допомоги у пацієнтів із втратою слуху. *Act. Probl. of the Modern Med*. 2023;23(4):318-22.

6. Clijmans M, Lemiere J, Fieuws S, Willems G. Impact of self-esteem and personality traits on the association between orthodontic treatment need and oral health-related quality of life in adults seeking orthodontic treatment. *European journal of orthodontics*. 2015; 37(6): 643-650.

### **ВПЛИВ ЗАГАРТОВУВАННЯ НА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ОРГАНІЗМУ ДО ПРОСТУДНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ**

**Соловйова Ю.С.,  
Атрохова К.В.,  
Луценко О.І.**

*Глухівський національний педагогічний університет  
ім. О. Довженка  
olena85lutsenko@gmail.com*

**Актуальність.** Загартовування – одна з форм адаптації, фізіологічна суть якої базується на вдосконаленні терморегуляційних механізмів для підвищення імунітету. При цьому досягається узгодженість процесів теплопродукції і тепловіддачі, які забезпечують адекватне пристосування організму до факторів навколишнього середовища [4].

Загартовування є активним процесом, що використовує штучно створені холодові впливи з метою тренування всіх захисних механізмів організму, яке забезпечує удосконалення ряду функціональних систем організму (серцевосудинна, дихальна, нервова система, кровоносна система, та інші). Загартовування холодом викликає в організмі два види ефектів: специфічний і неспецифічний [2].

Специфічний ефект полягає у підвищенні стійкості організму саме до холоду, тобто до його впливу, використовується в процесі загартовування [1]. Неспецифічний ефект полягає у зміцненні організму, підвищенні його стійкості і до деяких інших впливів, наприклад, до гіпоксії. Висока стійкість організму до холоду може перешкоджати досягненню високої стійкості до інших несприятливих впливів, наприклад, спеки. Тому доцільно разом з загартовуванням холодом використовувати паралельно теплові процедури, такі як парна.

Саме тому **метою** нашого дослідження стало вивчити вплив загартовування на резистентність дитячого організму до різноманітних простудних захворювань.

Вплив загартовування на людину проявляється насамперед у тому, що робить організм стійким до переохолодження і, як наслідок, до застудних та деяких інших захворювань. Інший позитивний вплив загартовування на організм людини проявляється в наступному [3]:

- збільшує теплопродукцію, тепло утримується внаслідок звуження шкірних судин (так звана гра вазомоториків - короткочасне розширення судин та посилення кровотоку);