

та вербальної агресії – хлопці 9 кл.(18,6%). Всі інші види реакцій мають середні показники. Виняток становлять хлопці 11 кл., де показники образи та почуття вини складають 7,5%. У даному віці використання фізичної сили першочергове, ніж можливість переконання суб'єкта та образа на негативні дії.

Учнівська молодь, у переважній більшості, знаходяться в процесі становлення, пошуку свого місця в суспільстві, вибору майбутньої професії, в міжособистісному спілкуванні. Дуже часто реакцією на ці труднощі, особливо при невдачах, є прояви агресії, що погано відбивається як на конкретній особистості, так і на суспільстві в цілому.

ВИСНОВКИ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. У результаті проведеного дослідження за допомогою тестування було визначено стан агресії та ворожості у школярів. Встановлено, що динаміка показників змінюється з віком і здатністю розуміти, висловлювати та регулювати свої почуття. Рівень зрілості емоційно-вольової сфери є рушійною силою здорової та гармонійно розвинутої особистості. Подальшого дослідження потребує питання взаємозв'язку емоційно-вольової сфери школярів із фізичним здоров'ям.

ЛІТЕРАТУРА

1. Andreeva A. Analysis of motivational theories in agro salutem culturae et recreatio / A. Andreeva // Theoria et modos ludo et physica educatio. – 2004. – №12. – S. 49-51.
2. Bulenko T. Diagnosis personalitatem psychologist / T. Bulenko, M. Mushkevych, R. Fedorenko. – Lutsk : RIO «Turrim», 1996. – 331 s.
3. Haletska I. Psychology salutem : theoria et practice / I. Haletska, T. Sosnovskyy. – Lviv, 2006. – 338 s.
4. Kotsan I. Psychology salutem iura / I. Kotsan, G. Lozhkyn, M. Mushkevych. – Lutsk, 2011. – 352 s.
5. Панок В. Основи практичної психології / В. Панок, Т. Титаренко та ін. – К. : Либідь, 2003. – 536с.
6. Методическое пособие по валеологическим аспектам диагностики здоровья / Под. ред. М. С. Гончаренко. – Харьков, 2000. – 196 с.
7. Русинка І. І. Психологія : навч. посібник / І. І. Русинка. – К.: Знання, 2007. – 367 с.
8. Фенько А. Сьогодні, без оголошення війни: [Агресивна поведінка. Як уникнути агресії по відношенню до себе. Що робити з власною агресією] / А. Фенько // Комерсант. – 1998. – 24 жовтня. – С. 9.

**Демченко Катерина,
НПУ імені М.П. Драгоманова, м. Київ
Путров Олександр викладач Кафедри фізичної культури,
олімпійських та неолімпійських видів спорту Запорізького
Національного Технічного Університету**

ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ ІГРОВИХ ВИДІВ СПОРТУ 20-25 РОКІВ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ В ТИПОВОМУ МІСЦІ У ПІСЛЯЛІКАРНЯНОМУ ПЕРІОДІ

У статті обґрунтовано програму фізичної реабілітації спортсменів ігрових видів спорту 20-25 років після перелому променевої кістки в типовому місці у післялікарняному періоді

Ключові слова: фізична реабілітація, перелом променевої кістки у типовому місці, після лікарняний період, ігрові види спорту.

Демченко К., Путров О. Программа физической реабилитации спортсменов игровых видов спорта 20-25 лет после перелома лучевой кости в типичном месте в послебольничном периоде. В статье обоснована программа физической реабилитации для спортсменов игровых видов спорта 20-25 лет после перелома лучевой кости в типичном месте в послебольничном периоде.

Ключевые слова: физическая реабилитация, перелом лучевой кости в типичном месте, послебольничный период, игровые виды спорта.

Demchenko K. Putrov O. Program of physical rehabilitation of sportsmen of playing types of sport 20-25 years after the break of radius in a typical place in a after hospital period.

In the article the program of physical rehabilitation for athletes playing sports 20-25 years after a fracture of the radius in a typical place in after hospital period.

Fractures of the forearm up more than half of fractures of the upper extremity and 25% of all fractures of long bones. Damage wrist in athletes is most common when doing sports games. It fractured the radial bone in a typical place is the most common injury forearm and there is usually a fall on the outstretched hand. A frequent complication of this fracture is limited mobility of the joints of the fingers and the shoulder joint due to insufficient physical activity of the patient.

The problem of the treatment of these injuries and their consequences in athletes, despite the existence of different methods as conservative and operative nature. This leads to the loss of sports performance.

Analysis of sources makes it possible to note that there is insufficient amount of literature on physical rehabilitation athletes play sports at the turn radius in typical location, especially among local media, which led to the topic of our study.

Scientific studies in recent years indicate that medical practice is a lot of work on the issue of rehabilitation of patients with injuries of forearm, but the mechanical transfer of these techniques in the process of sports and physical rehabilitation is not possible. Available also work with sports traumatology and rehabilitation of athletes after injuries, mostly devoted to injuries of the lower extremities, spine and shoulder damage. Consequently, there is no scientific publications on physical rehabilitation of athletes playing sports on the next stages to the full restoration of sports performance after the fracture of the radial bone in a

typical place.

Keywords: Physical Rehabilitation, fractured bones in typical location, after hospital period, game types of sports.

Постановка проблеми. Переломи кісток передпліччя складають більше половини переломів кісток верхньої кінцівки і до 25% переломів усіх довгих кісток. За даними В.Ф. Башкірова ушкодження зап'ястка у спортсменів найбільш часто зустрічається при заняттях спортивними іграми (61,4 %) [1, с. 30]. Епіфізарні та діафізарні переломи променевої кістки в типовому місці зустрічаються доволі часто – 15-20% всіх переломів кісток верхньої кінцівки.

Саме перелом променевої кістки в типовому місці є найбільш частим пошкодженням кісток передпліччя і виникає зазвичай в результаті падіння на витягнуту вперед руку. Частим ускладненням при даному переломі є обмеження рухливості в суглобах пальців і в плечовому суглобі в зв'язку з недостатньою руховою активністю хворого.

На думку, Н.М. Валеєва, проблема лікування даних ушкоджень та їх наслідків у спортсменів, незважаючи на існування різноманітних методів як консервативного, так і оперативного характеру, залишається досить актуальною, тому що кількість незадовільних результатів становить близько 30% [2, с. 16-19]. Це призводить до втрати спортивної працездатності.

Аналіз використаних джерел дає змогу відзначити те, що існує недостатня кількість спеціальної літератури щодо фізичної реабілітації спортсменів ігрових видів спорту при переломі променевої кістки у типовому місці, особливо серед вітчизняних видань, що і зумовило тему нашого дослідження.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Наукові дослідження останніх років свідчать, що у медичній практиці є немало робіт, присвячених проблемі відновного лікування хворих з травмами кісток передпліччя, але механічне перенесення цих методик в процес спортивної і фізичної реабілітації не можливий [4, с. 28]. Д. Шойлев зазначає, що наявні ж роботи зі спортивної травматології і реабілітації спортсменів після травм, в основному, присвячені травмам нижніх кінцівок, ушкодженням плеча і хребта [3, с. 42]. Отже, немає наукових робіт щодо фізичної реабілітації (ФР) спортсменів з ігрових видів спорту на наступних етапах до повного відновлення спортивної працездатності після перелому променевої кістки у типовому місці.

Мета і завдання дослідження полягали у розробці і обґрунтуванні програми фізичної реабілітації спортсменів ігрових видів спорту 20-25 років після перелому променевої кістки в типовому місці у післялікарняному періоді.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури; педагогічне спостереження; педагогічний експеримент; методи статистики.

Результати дослідження.

Увесь комплекс досліджень виконаний в період з вересня 2015 р. по грудень 2016 р. у м. Києві на базі Українського центру спортивної медицини.

Під наглядом знаходилась 21 особа чоловічої статі віком 20-25 років з переломами променевої кістки в типовому місці. Хворі знаходились в періоді пізньої постімобілізації та раннього відновлення. Даний контингент складався з чоловіків, які займалися ігровими видами спорту. У досліджуваних після консервативного методу лікування в наявності була тугорухливість променезап'ясткового, ліктьового суглобів, атрофія м'язів передпліччя, а також із цим пов'язане зменшення амплітуди рухів і сили м'язів.

За словами Р. Renstrom, відновлення працездатності хворих з різноманітними травмами, в тому числі і переломами променя в типовому місці, може бути досягнуто лише при застосуванні набору доповнюючих один одного лікувальних засобів, спрямованих на покращення функціональних можливостей [6, с. 42]. Найбільшою відновлювальною цінністю в зв'язку з потужною патогенетичною дією на функції різноманітних систем організму володіє комплекс засобів, що включає різні види фізичних вправ, використовуваних з лікарською метою у поєднанні з медикаментозною терапією, фізичними факторами, санаторно-курортним лікуванням.

Вищевикладене слугувало підставою для побудови програми реабілітаційних заходів із застосуванням різних засобів фізичної реабілітації і нетрадиційних методів відновлення, в суворій відповідності з динамікою перебігу фізіологічних процесів організму, регенерації кістки, для попередження виникнення можливих ускладнень і стимуляції швидкого відновлення працездатності спортсменів.

Запропоновану нами програму реабілітації, від стандартних наявних програм, відрізняв комплексний підхід до вирішення проблеми реабілітації спортсменів 20-25 років ігрових видів спорту з переломом променевої кістки в типовому місці, оскільки вона включала засоби і методи, що впливають як на стан м'язів верхніх кінцівок, так і м'язів тулуба. Окрім цього запропоновано використання нетрадиційного методу – японського масажу «Шіацу».

Виявлені функціональні порушення зумовили різноманітний підхід до методики занять лікувальною гімнастикою, фізіотерапії і масажу, хворих обидвох груп. Досліджувані контрольної групи займалися за загальноприйнятою методикою заняття лікувальною гімнастикою для людей з переломами кісток передпліччя в типовому місці, включаючи пасивні і активні динамічні вправи, вправи з опором і невеликим обтяженням.

Дозування фізичних вправ проводилося диференційовано шляхом вибору початкових положень, характеру вправ і їх тривалості, темпу виконання, кількості м'язових груп, що беруть участь у вправі, кількості пауз для відпочинку і дихальних вправ і так далі. **Амплітуда рухів обмежувалася появою больових відчуттів.**

Комплексна програма фізичної реабілітації для спортсменів ігрових видів спорту з переломом променевої

кістки включала:

- Лікувальну гімнастику (процедура проводилася щодня протягом всього курсу реабілітації; 45 хв – в періоді відновлення спортивної парцездатності. Перехід пацієнта з одного періоду в інший і, відповідно, кількість процедур залежала від індивідуальних особливостей хворого).
- Ортопедичні заходи щодо методик лікувальної установи.
- Фізіотерапію за методикою лікувального закладу (УВЧ №3, по повздовжній методиці електрофорез новокаїну, кальцію і фосфору – 10 процедур по 10 хв, парафінові апплікації – 10 процедур по 10 хв).
- Класичний масаж (процедура проводилася через день в загальній кількості 15 сеансів по 10 хв – для контрольної та експериментальної груп);
- Нетрадиційний східний масаж (терапія) «Шіацу» (щодня, 10 сеансів 40-50 хв – лише для експериментальної групи).

Структура кожного заняття складалась з підготовчої, основної і заключної частини, тобто була поділена за тривалістю, характером вправ, навантаженням, щільністю тощо.

У підготовчій частині заняття ЛФК використовувались загальнорозвиваючі вправи, корегуючі, вправи на координацію, в рівновазі і дихальні вправи. В основній частині заняття призначались спеціальні вправи для розробки суглобів і ліквідації атрофії м'язів, а також дихальні в співвідношенні 2:1 або 3:1. В заключній частині використовувались вправи на увагу, координацію рухів, дихальні та вправи на розслаблення. Тривалість кожного заняття складала приблизно 40 ± 5 хвилин.

З фізіотерапевтичних процедур постраждалим експериментальної та контрольної груп у диспансері призначались парафінові чи озокеритові апплікації в області перелому за 10-15 хв до заняття лікувальною гімнастикою.

Лікувальний масаж починався відповідно до класичної методики, запропонованій для хворих з травмами верхньої кінцівки – гіпертрофією м'язів і тугорухливістю, контрактурою в суглобах.

Згідно цієї методики проводили масаж паравертебральних зон D6-D1, C7-C3 – погладження, розтирання, розминання, вібрацію.

Були запропоновані програми стимуляції гіпертрофованих м'язів пошкодженої верхньої кінцівки – пасивний розтяг, потряхування; пасивні рухи – в ліктьовому суглобі і погладження, розтирання періартикулярних тканин тугорухливого променезап'ясткового суглоба. Всього на курс хворі спортсмени отримали 15 процедур лікувального масажу тривалістю по 10 хвилин, що проводились через день.

Тривалість фізіотерапевтичної процедури складала 10 хвилин. Заняття проводились тільки індивідуальним або малогруповим методом під контролем методиста ЛФК або фахівця з фізичної реабілітації (за відсутності згаданого вище – медсестри).

У відновному періоді застосовувалася механотерапія та працетерапія. Одним з критеріїв відновлення працездатності травмованих спортсменів була задовільна амплітуда і координація руху в суглобах при позитивній характеристиці мускулатури пошкодженої кінцівки. При оцінці функції останньої враховували також якість виконання елементарних побутових і трудових операцій.

Слід відмітити, що розроблена нами програма фізичної реабілітації мала диференційовану спрямованість, з урахуванням спеціалізації ігрового виду спорту [5, с. 22].

ВИСНОВКИ: При розробці і обґрунтуванні програми фізичної реабілітації для спортсменів 20-25 років ігрових видів спорту після перелому променевої кістки у типовому місці нами було враховано, що найбільшою відновлювальною цінністю в зв'язку з потужною патогенетичною дією на функції різноманітних систем організму володіє комплекс засобів, що включає різні види фізичних вправ, використовуваних з лікарською метою у поєднанні з медикаментозною терапією, фізіотерапією та масажем, що і було запропоновано. Щодо фізіотерапії та масажу, то вони застосовувались за традиційними методиками при переломах кісток верхньої та вільної верхньої кінцівки для обидвох груп. Крім того у запропонованій програмі фізичної реабілітації із застосовувалася нетрадиційна японська методики – «Шіацу», яка застосовувалась лише в експериментальній групі. Всі запропоновані засоби і методи фізичної реабілітації дозволили зняти напругу, зробити глибокі м'язи еластичнішими, поліпшити кровопостачання, циркуляцію крові, зняти м'язовий гіпертонус, забезпечити дію через біологічні активні точки на рефлекторному рівні у спортсменів ігрових видів спорту після перелому променевої кістки у типовому місці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Башкиров В. Ф. Комплексная реабилитация спортсменов после травм опорно-двигательного аппарата / В. Ф. Башкиров. — М.: Физкультура и спорт, 1987. — 127 с.
2. Валеев Н. М. Особенности реабилитации спортсменов после травм опорно-двигательного аппарата / Н. М. Валеев // Теория и практика физической культуры. 2008. — № 1. — С. 16-19.
3. Шойлев Д. Спортивная травматология / Д. Шойлев. — София: Медицина в физкультуре, 2006. — 82 с.
4. Durrschmid V. Die Stellung des Sports in der Pathogenese der mesrus Verletzung // V. Durrschmid, C. Crasselt / Beilt. Orthop und Traumatol. — Berlin 20, 2013. — P. 270-276.
5. Hoyt C. S. Basketball player's hand traumas and rehabilitation. — Azch. Neurol., 2006. — 372p.
6. Renstrom P. Swedish research in sport traumatology // Clin. Orthop. — 2004. — P. 144-158.