

человечности, предельно насыщая свои пьесы гуманистическими нотами, не минуя понятие духовности.

Так, драматургия современных авторов, склонных к особому психологизму своих пьес, не предназначена для того, чтобы развлекать или увеселять публику. Она рассчитана на зрителя с подлинными духовными запросами, пытающегося после спектакля проанализировать самого себя. Подобную авторскую стратегию можно расценивать как психотерапевтическую. Как видно, «новая драма» – слишком яркое, непривычное, социально острое, временами эпатажное новое драматическое искусство. Поэтому золотой середины в отношении к ней не наблюдается. Кто-то ставит «новую драму» в оппозицию традиционному репертуарному театру, кто-то считает необходимой струей неприукрашенной жизненной правды на сцене, кто-то относит ее к авангардному искусству, кто-то видит в «новой драме» магистральное направление русского театра. В любом случае, в последнее время стало очевидно, что «новая драма» пережила стадию «полуподвальной» и претендует на нечто большее: в отношении театра, она призвана вернуть тот театр, в который нужно приходиться для того, чтобы с чем-то уйти, с тем «особым» внутренним состоянием; в отношении «своего» читателя, она готова у каждого попросить прощения за жизнь вообще, какого-то экзистенциального прощения, в том числе – наперед.

Литература

1 Вербицкая, Г. Я. Отечественная драматургия 70 – 90-х гг. XX века в контексте чеховской поэтики: автореф. дис. на соиск. уч. степ. канд. искусствоведения / Г. Я. Вербицкая. – Москва, 2008. – 20 с.

2 Прохорова, Т. Людмила Петрушевская [Электронный ресурс] / Т. Прохорова / Журнальный зал в РЖ, Русский журнал». – 2001. – Режим доступа: <http://magazines.russ.ru/voplit/2009/3/pro7.html>. – Дата доступа: 05.05.2013.

3 Коляда, Н. Николай Коляда. Вопросы – ответы [Электронный ресурс] / Н. Коляда / Проза, статьи. – 2010. – Режим доступа: <http://kolyada.ur.ru/prose/2003/04/voprosyi-i-otvety/> – Дата доступа: 05.05.2013.

УДК 797.2:616.728.5

М. Ю. Палашенко

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМЫ «КОЛЕНО ПЛОВЦА» В ПЛАВАНИИ

Статья посвящена проблеме спортивного травматизма в плавании на примере травмы «колени пловца». Рассмотрены основные причины, приводящие к данной травме, изменения, происходящие в связках коленного сустава, а также профилактические упражнения для укрепления этих связок и предотвращения специфической травмы высококвалифицированных пловцов.

В настоящее время спортивный травматизм является одной из самых серьезных проблем современного спорта, который, в связи с возросшим объемом соревновательной деятельности, участием спортсменов в большом количестве стартов, избыточными тренировочными и соревновательными нагрузками с каждым годом возрастает.

В результате полученной травмы многолетний самоотверженный труд даже выдающегося спортсмена может обесцениться в течение нескольких минут.

Спортивная травма в своём широком смысле представляет собой срыв адаптации организма спортсмена к возрастающим нагрузкам под воздействием неблагоприятных внешних факторов. Травма (срыв адаптации) возникает в результате «слабости» (врожденной или приобретенной) одной из функциональных систем организма.

У спортсменов травмы опорно-двигательного аппарата сопровождаются внезапным и резким прекращением тренировочных занятий, вызывает нарушение установившегося жизненного стереотипа, что влечет за собой болезненную реакцию всего организма. Внезапное прекращение занятий спортом способствует угасанию и разрушению выработанных многолетней систематической тренировкой условно-рефлекторных связей. Снижается функциональная способность органов и систем всего организма, происходит физическая и психическая детренированность. В свою очередь, отрицательные эмоции, связанные с воспоминаниями о травме, боязнь потерять спортивную работоспособность угнетающе действуют на психику и еще в большей степени ускоряют процесс детренированности [1].

Причины спортивного травматизма довольно разнообразны, но в целом их можно разделить на три группы:

Первую группу составляют организационные причины, к которым можно отнести недостатки материально-технического обеспечения, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия тренировок и соревнований, недостатки теоретической и практической подготовки тренера;

Вторую группу составляют методические причины, к которым относят нарушения общих принципов тренировки (постепенности и непрерывности и т. д.), ошибки спортивного отбора, недостатки врачебного контроля, недостаточную компетентность при использовании и подготовке упражнений из других видов спорта;

Третья группа – индивидуальные особенности спортсмена: Низкий уровень технико-тактической подготовленности, низкий уровень физической подготовленности [1].

Всем хорошо известно, что регулярные занятия плаванием оказывают благотворное влияние на организм и особенно полезны для опорно-двигательного аппарата человека.

Различные способы плавания отличаются различной степенью нагрузки на отдельные звенья опорно-двигательного аппарата, что часто приводит к их перегрузке и возникновению болезненного процесса.

При интенсивных тренировках в бассейне на коленные суставы спортсменов выпадает очень большая нагрузка, что может приводить к появлению заболевания, известному в профессиональной среде под названием «колени пловца».

Вращение голени наружу (ротация) и резкий толчок ногами у брассистов при плавании ведет к предельному напряжению связок, удерживающих коленный сустав.

В коленном суставе возможны вращательные движения вокруг продольной оси нижней конечности. Но эти вращательные движения возможны лишь при сгибании в коленном суставе до 90° . Наружная ротация возможна до $35\text{--}40^\circ$, а внутренняя – до $20\text{--}30^\circ$.

Спортсмены-брасисты, проплывая за тренировку около 5–6 км способом брасс, успевают сделать около 3 тысяч гребковых движений ногами, в результате чего могут появиться жалобы на боль в области медиальной коллатеральной связки и медиальной зоны сустава. Как следствие, возникает энтезопатия (патологические изменения в местах прикрепления сухожилий и связок к костям) медиальной большеберцовой связки, а также происходит воспаление и нарушается микроциркуляция в области сустава, что требует периодического отдыха или смены способа плавания.

При плавании брассом пловец при выполнении толчка, кроме отведения, выполняет еще и наружную ротацию голени для увеличения силы толчка. При этом в момент неполного разгибания в коленном суставе происходит незначительное соударение

внутреннего мыщелка бедра с внутренним мыщелком голени, сила которого смягчается мениском.

Регулярное и многократное выполнение таких движений в процессе тренировки и соревнований приводит к исключительно большой суммарной нагрузке суставных элементов и, с течением времени, развивается дегенерация мениска [2].

Все это требует серьезной постановки процесса реабилитации, который бы обеспечил восстановление поврежденного звена опорно-двигательного аппарата и восстановление общей и спортивной работоспособности.

Одним из самых эффективных способов сохранения функционирования и защиты суставов являются физические упражнения (а именно изометрические упражнения).

Рациональное чередование силовых упражнений статического и статодинамического характера способствуют укреплению связок и мышц, окружающих коленный сустав и вследствие этого помогают избежать в будущем болевых ощущений в мышцах, связках и суставах, нередко возникающих при применении в значительном объеме упражнений динамического характера.

Принцип изометрической силовой тренировки при травме «колени пловца» заключается в активном напряжении связок и групп мышц и поддержании этого напряжения в течение определенного времени.

Упражнения выполняются на вдохе. Время выполнения упражнения варьирует от 5 до 15 секунд, учитывая уровень тренированности спортсмена. Общее время изометрической тренировки по данному методу – не более 15 минут. Количество подходов каждого упражнения – 2–3 подхода.

Основу комплекса изометрической гимнастики составляет базовое упражнение, при котором в исходном положении стоя, спортсмен сгибает ноги в коленных суставах до угла от 45° до 90° и удерживает данное положение в течение определённого времени (т.е. находится в полуприседе, спина при этом прямая, руки внизу).

Для усиления тренировочного эффекта применяются резиновые жгуты (упражнения в сопротивлении) и набивные мячи, удерживаемые между коленями (здесь подключается внутренняя поверхность бедра).

Хороший эффект даёт выполнение упражнений с применением специальных полусфер или балансировочных подушек (можно заменять теннисными мячами). При таких упражнениях связки находятся в статическом режиме, но подключаются мелкие мышцы для того, чтобы сохранить равновесие на неустойчивой поверхности. За счёт выполнения этих упражнений будет усиливаться общая нагрузка на нижние конечности.

Усложнить предыдущие упражнения можно при помощи степ-ступеньки, установив балансировочную подушку на неё. В ходе выполнения специальных упражнений в статодинамическом режиме, спортсмен, также удерживая равновесие, дополнительно выполняет специальные упражнения (выполняет полуприседания на одной ноге, при этом стараясь коснуться пола другой (свободной) ногой спереди и по сторонам ступеньки) и др.

Помимо применения физических упражнений, необходимо руководствоваться следующими правилами, соблюдая которые, можно уменьшить или предотвратить болевые ощущения в области коленных суставов у пловцов:

- а) последовательное и постепенное повышение нагрузки на суставы в первые годы тренировки (это особенно важно для детей: у них суставы еще не окрепли);
- б) ограничение больших объемов плавания с высокой интенсивностью преодоления длинных дистанций;
- в) с детских лет в умеренных дозах применять специальные гимнастические упражнения, развивающие мышечно-связочный аппарат и увеличивающие силу, выносливость и гибкость суставов;

г) уменьшение в одной тренировке плавания брассом, заменяя его плаванием другими способами.

Одним из основных правил является недопущение перерастания первой фазы заболевания во вторую и тем более в третью. Для этого тренер или врач должен провести среди пловцов разъяснительную работу, потребовать, чтобы при появлении первых признаков заболевания (боли в суставе после тренировки) они не скрывали их, сразу сообщали об этом тренеру и врачу.

Если же болевые ощущения начинают носить стойкий хронический характер, необходимо полностью прекращать плавание способом брасс: вначале, время от времени (на несколько недель каждый раз), а при непрекращающихся жалобах – на 2–3 месяца и больше.

Несмотря на большое количество работ и опыт накопленный специалистами в сфере подготовки пловцов, вопросы реабилитации травм опорно-двигательного аппарата требуют более детального изучения. Необходима серьезная постановка процесса реабилитации, который бы обеспечил восстановление поврежденного звена опорно-двигательного аппарата спортсмена и восстановление общей и спортивной работоспособности организма на всех этапах процесса реабилитации.

Литература

1 Башкиров, В. Ф. Профилактика травм у спортсменов / В. Ф. Башкиров. – М. : Физкультура и спорт, 1987.

2 Платонов, В. Н. Спортивное плавание: путь к успеху: в 2 кн. / под общ. ред. В. Н. Платонова. – К. : Олимп. лит., 2012.

УДК 796.012.2:615.825.1:616.718

Д. С. Полякова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ЗАНЯТИЯХ СО СТУДЕНТАМИ ГРУПП ЛФК ПРИ ПЛОСКОСТОПИИ

Статья посвящена одной из наиболее серьезных проблем настоящего времени, а именно поперечному уплощению сводов стопы у молодых женщин. Рассмотрены основные причины, средства профилактики и коррекции сводов стопы. В работе предложены наиболее эффективные физические упражнения для ежедневного использования.

Деформация стопы – это уменьшение высоты ее продольных сводов, в сочетании с пронацией пятки и супинационной контрактурой переднего отдела стопы.

При плоскостопии появляются характерные боли в стопах и мышц голени, быстрая утомляемость ног, периодические судорожные сокращения мышц, отеки стоп.

Плоскостопие находится в прямой зависимости от массы тела: чем больше масса и, следовательно, чем больше нагрузка на стопы, тем более выражено продольное плоскостопие в основном у женщин. Продольное плоскостопие встречается чаще всего в возрасте от 7 до 25 лет, а поперечное – в 35–50 лет.

В развитии плоскостопия выделяют 3 стадии:

1 степень плоскостопия обычно называют слабовыраженным плоскостопием. В это время заболевание больше напоминает просто косметический дефект.

2 степень – перемежающееся, или умеренно выраженное плоскостопие – как правило, характеризуется изменениями, которые заметны невооруженному глазу. Заболевание набирает силу, и человек начинает испытывать боли в стопе, голеностопном