

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

суставе. При этом изменяется походка, появляется некоторая косолапость либо тяжелая поступь.

3 степень, или выраженное плоскостопие, – это полная деформация стопы. Приводит это к нарушению работы опорно-двигательного аппарата, могут развиваться сколиоз, остеохондроз, артрозы или даже грыжи межпозвоночного диска. Боли становятся сильнее, человек испытывает трудности при ходьбе, а о занятиях спортом на этой стадии заболевания можно забыть.

Основными задачами ЛФК являются исправление деформации стоп и укрепление мышц стопы и голени. Под исправлением деформации стоп понимается уменьшение имеющегося уплощения сводов, пронираванного положения пяток, контрактуры переднего отдела стопы.

Специальные упражнения следует чередовать с общеразвивающими для всех мышечных групп и с упражнениями на расслабление. Применение общеразвивающих упражнений при плоскостопии особенно важно, так как оно развивается у физически ослабленных студентов.

Необходимо добиться выравнивания тонуса мышц, удерживающих стопу в правильном положении, улучшить координацию движений. Сложные деформации стоп требуют изготовления и ношения ортопедической обуви или оперативного лечения. Благоприятный результат проявляется в уменьшении или исчезновении неприятных ощущений и болей при длительном стоянии и ходьбе, в нормализации походки и восстановлении правильного положения стоп. Студенты с плоскостопием относятся к подготовительной медицинской группе. Специальные упражнения ЛГ направлены на укрепление длинной малоберцовой мышцы, осуществляющей пронацию переднего отдела стопы; большеберцовой мышцы и длинных сгибателей пальцев, усиливающих супинацию заднего отдела стопы и ротирующих голень кнаружи; длинного сгибателя большого пальца, коротких сгибателей пальцев и большеберцовой мышцы, способствующих углублению продольного свода.

Упражнения выполняются в исходном положении (и.п.) лежа, сидя, стоя, а также во время ходьбы, что дает возможность регулировать нагрузку на определенные мышцы голени и стопы. Вначале необходимо ограничиться выполнением упражнений в исходном положении лежа и сидя, с чередованием сокращения и расслабления мышц. В дальнейшем в занятия рекомендуется включать упражнения со статической нагрузкой.

Поскольку профилактика и реабилитация сопряжены с большими трудностями, чрезвычайно важной является профилактика развития плоскостопия. Очень полезна ходьба босиком по неровной почве, по песку, где происходит естественная тренировка мышц голени и активно поддерживается свод стопы – так называемый рефлекс щажения. Большое значение для предупреждения деформаций стопы имеет рационально подобранная обувь (строго по ноге). Медиальный (внутренний) край ботинка должен быть прямым, чтобы не отводить кнаружи первый палец, а носок – просторным. Высота каблука должна быть не более 3–4 см; подметка – из упругого материала. Противопоказано носить обувь с плоской подошвой, мягкую и валяную.

При начинающемся плоскостопии, кроме подбора обуви, необходимо уменьшить нагрузки на свод стопы при стоянии и ходьбе, вкладывать в обувь супинаторы. В конце дня рекомендуются теплые ванны с последующим массажем свода стопы и супинирующих мышц.

Занятия проводились 2 раза в неделю со студентами юридического факультета 1 курса. Определение степени плоскостопия у студентов проводилось при помощи плантаграфии, так же оценивалось функциональное состояние и физическая подготовленность. У большинства студентов было выявлено поперечное плоскостопие и только одна студентка с продольным плоскостопием. Все занятия учебного года

проходили с использованием в подготовительной части следующего примерного комплекса специальных упражнений ЛФК при плоскостопии:

1. И. п.: ноги на ширине ступни, руки вдоль туловища. Сгибать и разгибать пальцы ног с удержанием по 4–6 секунд. 8–12 раз

2. И. п.: то же, но под бедра положен валик. Разгибать колени одновременно вытягивая и подтягивая пальцы ног. 1–2 разгибаем колени, вытягивая пальцы ног, 3–4 сгибаем колени, подтягивая пальцы ног. 8–12 раз.

3. И. п.: ноги на ширине ступни. Подошвенное и тыльное сгибание стоп с удержанием по 4–6 секунд. 8–12 раз.

4. И. п.: ноги на ширине ступни, под бедра положен валик. Отдельно каждую ступню обхватите резиновыми жгутами, концы которых возьмите в руки. Выполнять движения как при езде на велосипеде, растягивая эти жгуты. 8–12 раз (каждой ногой).

5. И. п. - ноги на ширине ступни, руки вдоль туловища. Выполнять круговые движения в голеностопных суставах внутрь и наружу медленно с максимальной амплитудой. 8–12 раз.

6. И. п.: сидя на полу ноги прямые, руки в упоре сзади. Ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, стопы на полу. Захват стопами крупного предмета, 1–2 выпрямление ног в коленных суставах. 3–4 принятие И.П. 8–12 раз.

7. И. п.: сидя на полу ноги прямые. Передние отделы стоп зафиксированы резиновым жгутом. Концы резиновых жгутов потянуть на себя, преодолевая сопротивление стоп 4–6 сек 8–12 раз.

8. И. п.: сидя на полу ноги прямые, стопы параллельны друг другу. Передние отделы стоп и пальцы подтягивать к себе и поворачивать кнаружи движением голени. 1–2 стопы и пальцы подтягиваются 3–4 поворачиваем кнаружи. 5–6 стопы параллельны друг другу 7–8 принятие и.п, 8–12 раз

9. И. п.: стопы параллельны – поочередное поднимание пяток, без отрыва пальцев стоп от пола, ходьба на месте. 1–2 поднять пятку, 3–4 принять и. п., 8–12 раз (каждой стопой).

10. И. п.: стоя на гимнастической палке, стопы параллельны. Приседания и полуприседания. 1–2 полуприседание, 3–4 принять и. п., 5–6 приседание, 7–8 принять и. п., 8–12 раз.

11. И. п.: стоя на рейке гимнастической стенки с хватом рук на уровне груди. Приседания и полуприседания. 1–2 полуприседание, 3–4 принять и.п., 5–6 приседание, 7–8 принять и. п., 8–12 раз.

12. И. п.: стоя на гимнастической стенке на пальцах стоп. Приподнимание на носках и возврат в исходное положение. 1–2 приподняться на носках, 3–4 принять и. п., 8–12 раз.

13. И. п.: стоя на набивном мяче. Полуприседания и приседания. 1–2 полуприседание, 3–4 принять и. п., 5–6 приседание, 7–8 принять и. п., 8–12 раз.

Физические упражнения являются основным методом профилактики плоскостопия. Занятия физическими упражнениями укрепляют мышцы ног, особенно сгибатели стопы и пальцев, мышцы поворачивающие стопу подошвой внутрь. Применяя физические упражнения, нам удалось улучшить состояние свода стопы, а так же функциональное состояние и физическую подготовленность студентов.

Литература

1 Лечебная физическая культура / С. Н. Попов, Н. М. Валеев, Т. С. Гарасеева, [и др.]; под ред. С. Н. Попова. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 416 с.

2 Виленский, М. Я. Физическая культура в гуманитарном образовательном пространстве вуза / М. Я. Виленский – Москва, 1996. – 56 с. (Препринт / Физ. культура воспитание, образование, тренировка, 1996, № 1.)

3 Гишберг, Л. С. Применение лечебной физкультуры при заболеваниях плоскостопием / Л. С. Гишберг – М.: СМОЛГИЗ, 1998. – 130 с.

УДК 796.012.2:615.825.1:616.61

В. А. Пунтус

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ЗАНЯТИЯХ СО СТУДЕНТАМИ ГРУПП ЛФК ПРИ НЕФРОПТОЗАХ

В работе дано описание основных причин нефроптоза, его проявлений. Рассмотрены основные причины, средства профилактики и лечения нефроптоза средствами физической культуры. Предложены наиболее эффективные физические упражнения для ежедневного использования.

В настоящее время использование лечебной физкультуры в комплексной терапии различных заболеваний почек и мочевыводящих путей относится к наименее разработанным разделам теории и практики. Это связано с трудностями оценки непосредственного влияния отдельных средств лечебной физкультуры на почечную функцию и течение заболевания. В то же время инструктору ЛФК приходится сталкиваться с такими больными и самостоятельно определять методику и содержание занятий.

Некоторые данные, полученные в последние годы, могут быть положены в основу клинико-физиологических показаний к применению лечебной физкультуры в почечной патологии.

Знание и использование методов лечебной физкультуры в лечении болезней почек и мочевыводящих путей позволят в значительной мере увеличить шансы заболевших людей на выздоровление и восстановление трудоспособности.

Между мышечной деятельностью и работой мочевыделительной системы (выведения из организма продуктов жизнедеятельности, вырабатываемых клетками в ходе обмена веществ) существует тесная физиологическая и функциональная связь. Известно, что почки, как и любой орган нашего организма, нуждаются в тренировке. Недостаток движений (гиподинамия) губительно сказывается на деятельности мочевыделительной системы, нарушая ее функцию и ухудшая общее состояние человека. Поэтому лечебная физкультура является важнейшим компонентом оздоровления людей, страдающих заболеваниями почек.

Нефроптоз (опущение почки) – состояние, в котором почка смещается из своего ложа, располагается ниже, чем в норме, и ее подвижность при перемещении положения тела, особенно в вертикальное состояние, превышает физиологические границы подвижности. Отсюда синоним названия этого заболевания – патологическая подвижность почки. В удержании почки на нормальном уровне основную роль играют связки, мышцы брюшной стенки, диафрагма, околопочечная жировая ткань.

При нефроптозе, как правило, появляются характерные тупые боли в пояснице, усиливающиеся при физической работе и исчезающие в положении лежа или при отдыхе. Принято считать, что нефроптоз в настоящее время обнаруживают у 1,5 % женщин и у 0,1% мужчин, преимущественно в возрасте 25–40 лет, что объясняется особенностями конституции женского организма, в частности более широким тазом, а также нарушением