

ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ У ЮНИХ ФУТБОЛІСТІВ

Світлана М'ЯЛУК

Національний університет фізичного виховання і спорту

Постановка проблеми. Постава людини є одним із показників здоров'я та гармонійного розвитку, яка багато в чому визначає її красу та привабливість. Здавалося б, хто як не спортсмени повинні бути носіями цього еталону краси та здоров'я. Але, на жаль, як показує практика, заняття спортом не гарантують формування правильної постави, і більше того, часто є однією з причин її порушень, а дефекти постави – це не лише естетичний недолік, але й суттєвий ризик захворювання та травматизму спортсмена.

Вивченню дитячої та юнацької постави присвячено багато робіт [5,7,9,10,11,12,14,15], але особливості постави спортсменів окремих спеціалізацій вивчені недостатньо, що, зокрема, стосується і юнацького футболу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Несприятливим фоном виникнення порушень постави може бути як обмеження рухової активності (гіпокінезія та іподинамія), так і інтенсивні фізичні навантаження, притаманні сучасному спорту. І те, і інше особливо небезпечно в дитячому та юнацькому віці коли відбувається формування та ріст опорно-рухового апарату [5, 9, 10].

Кожен віковий період має, як правило, характерні особливості будови та функцій окремих систем організму, які переживають певні зміни у процесі спортивної діяльності [1,2]. У юнацькому віці відбувається енергійний ріст кісткової та м'язової тканин, при цьому інтенсивні фізичні навантаження, притаманні сучасному юнацькому футболу, без урахування вікових особливостей, можуть мати негативний вплив на формування постави спортсмена. Відомо, що зміни функціональних навантажень при нерівності сил, які діють на кістку та зв'язки, в результаті асиметричного м'язового тонусу, є одним з основних формоутворюючих факторів [15]. Досліджено загальнобіологічну закономірність: з одного боку, та частина опорно-рухового апарату, яка несе на собі менше навантаження, відстає у розвитку, підлягаючи процесам гіпотрофії та гіпоплазії. З іншого боку, надмірно навантажена частина опорно-рухового сегменту гіпертрофується, але з часом може підлягати атрофічному враженню [5,16].

У процесі учбово-тренувальних занять та змагань опорно-руховий апарат юного футболіста переносить великі, часто асиметричні, статичні та динамічні навантаження, що за відсутності раціонально побудованої загальної фізичної підготовки сприяють розвитку асиметричного м'язового тонусу, що може призводити до порушень постави. Адже відомо, що в регуляції м'язового тонусу беруть участь різноманітні різноманітних рівнів – від зору та вестибулярного апаратів до рецепторів рецептивних рецепторів різноманітних структур. А от механізмом, який регулює всі регуляторні процеси, є м'язова система, тобто її активна сила, що діє на збереженню рівноваги, а опорний апарат у цьому випадку виступає як пасивна сила [5]. Крім того, термографічні та електроміографічні дослідження [15] свідчать, що при не фізіологічних викривленнях хребта порушуються зусилля м'язів даного сегменту по всьому кінематичному ланцюгу, які, на нашу думку, можуть ускладнювати оптимальну координаційну взаємодію локомоторної системи спортсмена [10], а також вплив на прояв компонентів, важливих для досягнення високих результатів.

Вищесказане підтверджує доцільність дослідження постави юних футболістів, також виявлення зв'язку між порушеннями постави та проявом якостей, важливих для реалізації спортивної майстерності футболіста.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано згідно із зведеним планом НДР у сфері фізичної культури та спорту.

Мета роботи. Дослідити поставу юних футболістів та визначити зв'язок ігрового амплуа та прояву швидко-силових якостей з порушеннями постави.

Організація досліджень. Для досягнення поставленої мети використовували такі методи досліджень: аналіз спеціальної науково-методичної літератури, педагогічні спостереження та експерименти з використанням комплексу методів: соматоскопія, антропометрія, гоніометрія, педагогічне тестування та методи математичної статистики.

Для соматоскопічної оцінки нами було використано карту рейтингу постави Хоу і Френкса, яка містить у собі десять соматоскопічних ознак [6]. Антропометрично визначалась ширина плечей та плечова дуга для розрахунку плечового індексу, виявлення сутулості, довжина нижніх кінцівок та асиметрія лопаток та трикутників талії. За допомогою спеціальних тестів визначалась гнучкість хребта у нахилі вперед назад та в бік. Статична силова витривалість м'язів спини визначалась з вихідного положення спортсмена лежачи на животі, оцінювали час утримання тулуба під кутом 30°. Для визначення статичної силової витривалості м'язів живота замірювали час утримання спортсменом прямих піднятих під кутом 45° ніг, з вихідного положення лежачи на спині.

Гоніометром Гамбурцева визначали глибину вигинів хребта в сагітальній площині. Для цього вимірювали кути нахилу до вертикалі, що з'єднують наступні точки: 1) ініон та хребець C_v ; 2) хребець C_v та хребець Th_{VII} ; 3) хребець Th_{VII} та хребець L_v ; 4) хребець L_v та хребець S_{IV} . Далі за формулами вираховувались кути грудного лордозу, грудного кіфозу та поперекового лордозу. У педагогічному тестуванні оцінювались: стартова швидкість (біг 15м з місця, с); комплексний пробіг швидкості (біг 30м з місця, с); силові якості (стрибок з місця обома ногами, м; стрибок п'ятерний з місця, м) [3].

Дослідження проводилось на базі Державного Олімпійського учбово-спортивного центру (Конча-Заспа) у 2003 році. На першому етапі у дослідженні брали участь юні футболісти, які входили до складу академічної групи 1987 року народження футбольного клубу «Динамо» Київ, чисельність обстежуваних – 16 спортсменів.

Соматоскопічне, антропометричне та гоніометричне обстеження команд юних футболістів виявило присутність порушень постави у 16 (76%) чоловіків досліджуваної нами групи, причому виявлено порушення постави, як у сагітальній, так і у фронтальній площинах. Плечовий індекс в середньому дорівнював $93,0 \pm 4,36$, рейтинг постави склав $76,7 \pm 15,68$ балів, статична силова витривалість м'язів спини становила 83 ± 24 секунди, статична силова витривалість м'язів живота – 42 ± 15 секунди (табл.1). Асиметрію лопаток виявили у 11 спортсменів, а трикутників талії – у 9-ти спортсменів, що свідчить про наявність порушень у фронтальній площині. Порушення рухливості хребта при згинанні не виявлено, в середньому показник рухливості склав $11,6 \pm 3,7$ см., але виявлено порушення рухливості хребта при розгинанні у 10-ти спортсменів, та асиметричну бокову рухливість хребта у 7-ти спортсменів, так рухливість хребта назад у досліджуваної групи становила $11,6 \pm 3,7$ см.

10,7±3,3см, а різниця бокової рухливості дорівнювала 2,3±0,7см. Проведення гоніометричних вимірів у сагітальній площині дало змогу отримати наступні результати: кут шийного лордозу в середньому склав 1576°, кут грудного кіфозу – 152±6,5°, а кут поперекового лордозу – 156,5±5,3°, що вказує на тенденцію до збільшення всіх сагітальних вигинів хребта юних футболістів і підтверджує результати соматоскопічного огляду, за яким збільшення грудного кіфозу виявлено у 8 чоловік (у 4-х визначено сутулу, а у 4 – кіфозну поставу), збільшення поперекового лордозу (лордозна постава) – у 2 спортсменів, та у 6-ти футболістів відмічено збільшення як грудного кіфозу, так і поперекового лордозу, тобто кругловігнуту спину, та лише у 4-х спортсменів виявлено нормальну поставу.

При оцінці рейтингу постави обстежених футболістів залежно від ігрового амплуа ми отримали такі результати. Рейтинг постави в нападників у середньому склав 77±18 балів, у воротарів – 68±14,4 балів, у захисників – 95±8,7 бала, у півзахисників – 73,5±13,9, тобто проявляється деяка різниця у показниках, але при статистичній обробці вона виявилась не достовірною, тобто рейтинг постави в обстежуваної нами групи спортсменів не залежить від ігрового амплуа.

Результати педагогічного тестування для визначення швидкісно-силових якостей у юних футболістів представлено в таблиці 3. Для визначення зв'язку між рейтингом постави та проявом швидкісно-силових якостей ми використовували кореляційний аналіз, за результатами якого між рейтингом постави футболістів та комплексним проявом швидкості існує середній зв'язок, а між стартовою швидкістю та силовими якостями зв'язок малий (табл. 3).

Можна виділити декілька факторів, які, на наш погляд, сприяють формуванню неправильної постави у юних футболістів. По-перше, це неправильно сформований у дитинстві динамічний стереотип пов'язаний із соціально-гігієнічними умовами. По-друге, заняття футболом у дитячому та юнацькому віці припадають на період росту та формування опорно-рухового апарату, і порушення постави є одним із проявів пристосування до постійно діючих на молодий організм надмірних фізичних навантажень. Крім того дослідження [4] показують деяку перевагу нижньої частини тіла футболістів над верхньою, слабкість трапецевидного, ромбовидного та середнього зубчатого м'язів, як результат – “крилоподібні” лопатки та схильності до надмірного кіфозу грудного відділу хребта. А постійна робота м'язів нижніх кінцівок переважує клубово-поперековий відділ, що, можливо і сприяє формуванню надмірного лордозу поперекового відділу хребта. Слід зазначити й особливості тренувального режиму юних футболістів, часті та довгі переїзди, а також зміна побутових умов, які не завжди відповідають гігієнічним нормам, недооцінка значущої фізичної підготовки безперечно, впливають на поставу, особливо в періоди інтенсивного росту. Також важливе значення має недооцінка порушень постави тренерами команд юних спортсменів, коли за вирішенням завдань підвищення спортивної майстерності та досягнення високих результатів здоров'я спортсменів збиває далеко не провідну позицію.

Висновки

Проведене дослідження показало, що у 76% спортсменів із обстежуваної команди юних футболістів є порушення постави; 38% з яких мають порушення в сагітальній площині; 62% – як у сагітальній, так і у фронтальній площинах. Це

підкреслює доцільність вдосконалення технології управління тренувальним процесом футболістів шляхом розширення комплексного контролю методами оцінки постави, а також корегуючими заходами.

Залежність між рейтингом постави та ігровим амплуа юних футболістів виявилась статистично не достовірною. Результати гоніометричного обстеження постави вказують на тенденцію до збільшення фізіологічних вигинів хребта у юних футболістів.

За результатами кореляційного аналізу виявлено незначний зв'язок між рейтингом постави та проявом швидкісно-силових якостей у юних футболістів.

Дослідження підкреслило необхідність розробки поставокорегуючих технологій з урахуванням особливостей побудови програм підготовки юних футболістів.

Таблиця

Інтегральна таблиця досліджуваних показників постави

| № п/п | Показники | Норма | $\bar{x} \pm \sigma$ (n=21) | Кількість футболістів з порушеннями | % |
|-------|--|------------|--------------------------------|-------------------------------------|----|
| | Плечовий індекс(%) | 89.9 – 100 | 93.0±4.36 | 6 | 24 |
| | Силова витривалість м'язів спини (с.) | 60–120 | 83±24 | 10 | 47 |
| | Силова витривалість м'язів живота (с.) | 40–60 | 42±16 | 9 | 43 |
| | Рухливість хребта при згинанні (см) | 0 і < | 11.6±3.7 | 0 | 0 |
| | Рухливість хребта при розгинанні (см) | 6–12 | 10.7±3.3 | 10 | 47 |
| | Бокова рухливість хребта вправо/вліво (см) | симетрична | 2.3±0.7 | 7 | 33 |
| | Рейтинг постави, бали | 100 | 76.7±15.68 | 16 | 76 |

Таблиця

Результати педагогічного тестування юних футболістів

| Вид тесту | $\bar{x} \pm \sigma$ (n=21) |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Біг 15м з місця, с | 2,28±0,11 |
| Біг 30м з місця, с | 4,07±0,13 |
| Стрибок місця обома ногами, м | 2,5±0,13 |
| Стрибок п'ятерний з місця, м | 12,47±0,5 |

Таблиця 3

Зв'язок між рейтингом постави та швидкісно-силовими якостями юних футболістів

| Співставлені показники | | Коефіцієнт кореляції,г |
|-------------------------------|-----------------|------------------------|
| Біг 15м з місця | Рейтинг постави | -0,29* |
| Біг 30м з місця | | -0,51** |
| Стрибок місця обома ногами, м | | 0,27* |
| Стрибок п'ятерний з місця – | | 0,28* |

* – слабкий зв'язок; ** – середній зв'язок

Література

1. Аланасенко Г.Л. Физическое развитие детей и подростков. – Киев: Здоровье, 1985. – 80 с.
2. Аршавский И.А. Физиология развития детей. – Москва: Пуцино, 1985.- 36 с.
3. Вихров К., Догадайло В. Педагогический контроль в процессе тренировки. – К.: Изучно-методический отдел Федерации футбола Украины, 2000. – 65 с.
4. Глевская Н.Д., Шафеева Н.Г. Врачебные наблюдения над футболистами. – М.: Физкультура и спорт, 1957. – 176 с.
5. Ивановичев Г.А. Мануальная терапия. Руководство. Атлас. – Казань – 1997. – 448 с.
6. Кляшуба В.А. Биомеханика осанки. – К.: Олимпийская литература, – 2003.- 278 с.
7. Калесниченко В. А., Стауде В. А. Вертебрологические аспекты спортивного отбора и ориентации спортсменов // Спортивная медицина. – 2005. – №1. – С.171 – 175.
8. Лисенчук Г. А. Управление подготовкой футболистов. – К.: Олимпийская литература – 2003.- 271 с.
9. Лонейко И.Д. Формирование осанки у школьников (Пособие для учителей и школьных врачей). – М.: Просвещение, – 1970.– 95 с.
10. Марченко, С. Мялук. Здоровьекорректирующие методы в современном спорте// Наука в олимпийском спорте. – 2005. – №2. – С.86 – 92.
11. Петров В.Н. Позвоночник и спорт // Теория и практика физической культуры. – 1972. – №9. – С.12-13.
12. Пондичук А.А., Дидур М.Д. Осанка и физическое развитие детей: программы профилактики и коррекции нарушений. – СПб.: Питер, 2001. – С.5 – 82.
13. Спортивные травмы. Основные принципы профилактики и лечения/ Под ред. П. Ренстрема. – Киев: Олимпийская литература, 2002. – 379 с.
14. Факлан В.Д., Абальмасова Е.А. Сколиоз и кифозы. М.: Медицина. 1979. – 225 с.
15. Шатиков Т.А. Реабилитация детей и подростков с нарушениями осанки и функциональными деформациями методами мануальной терапии. – Днепропетровск: Вірний друк, 2005.- 121 с.
16. Simefeit M. Bases fisiological dr. la osteopatia. – Barselona –1997. –254 p.
17. Schmid J. Orthopedic and sports physical theory. – St. Luis: Mosby – Year Book. – 1987. – 635 p.

ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ У ЮНИХ ФУТБОЛІСТІВ

Світлана М'ЯЛУК

Національний університет фізичного виховання і спорту

Анотація. Представлено результати дослідження постави юних футболістів. Підкреслено актуальність проблеми порушень постави у сучасному юнацькому футболі. Досліджено зв'язок між рейтингом постави та ігровим амплуа, а також зв'язок між швидкісно-силових якостей у академічній групі юних футболістів.

Ключові слова: постава, футболісти

НАРУШЕННЯ ОСАНКИ У ЮНИХ ФУТБОЛІСТОВ

Светлана МЯЛУК

Национальный университет физического воспитания и спорта

Аннотация. Представлено результати дослідження осанки юних футболістів. Підкреслена актуальність проблеми порушення осанки в сучасному юнацькому футболі. Досліджено зв'язок між рейтингом осанки та ігровим амплуа, а також зв'язок між швидкісно-силових якостей у академічній групі юних футболістів.

Ключевые слова: осанка, футболісти

CARRIAGE DISORDERS AMONG YOUNG FOOTBALL PLAYERS

Svitlana MYALUK

National University of Physical Education and sport

Abstract. In this article we present our research on carriage disorders among young football players. This research proves the actuality of this problem for young athletes. We underline the actuality of this problem in a modern junior football. We have researched the relation between carriage disorders and player's position on the field, as well as carriage disorders and speed-power characteristics among a group of junior football players.

ВАЛЕОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНИХ ПРОГРАМ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ

Ярослав ОСТАФІЙЧУК, Ганна ПРЕЗЛЯТА, Богдан МИЦКАН

Івано-Франківський державний медичний університет

Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника

Постановка проблеми. Валеологічна освіта дає важливу інформацію, яка відповідає за цілу низку актуальних питань сьогодення і головне на те, як поводити себе в умовах, що обумовлені станом довкілля, вимогами професійної діяльності й дозвілля.