

необхідно враховувати, що група може і негативно впливати на її працівників, ігноруючи, заперечуючи оригінальні ідеї талановитих людей, спонукати службовців до вчинків, які не узгоджуються з їхніми етичними та іншими нормами. При цьому можуть бути використані нелегітимні психологічні, матеріальні механізми впливу (вербування, підкуп, шантаж, наклеп тощо). Керівники, що дотримуються демократичного стилю, такі методи впливу вважають для себе недопустимими.

3. Ліберальний стиль часто кваліфікують як бездіяльний, що породжує всюдозволеність, анархію. Невпливовість людини-ліберала може бути наслідком суб'єктивних особливостей особистості (невпевненість, слабка сила волі, надмірна довірливість тощо), непрофесіоналізму. Ліберальний стиль керівництва може бути ефективним, а керівник впливовим, якщо робота має індивідуалізований характер, у групі інтелектуалів, де понад усе цінується вільна, творча атмосфера, у колективі з високим рівнем індивідуальної та свідомої відповідальності.

4. Слід пам'ятати, що ефективний вплив керівника на групу та окремих службовців не допускає бездумного наслідування будь-якого стилю, а потребує вироблення власного неповторного стилю діяльності та впливу. Ефективний лідер допомагає його членам набувати відповідальності і компетентності. Для цього йому важливо знати, на якій стадії розвитку перебуває колектив, як відбудуватиметься його розвиток і чим він особисто може цим посприяти.

5. Керівник має бути достатньо гнучким у виборі того чи іншого стилю керівництва, який повинен бути об'єктивно доцільним. Він має завжди бути готовим змінити свою думку і, якщо необхідно, змінити стиль керівництва. Керівник, який вибрав певний стиль лідерства і чітко його дотримується (оскільки цей стиль добре зарекомендував себе у минулому) може виявитися не здатним здійснювати ефективне керівництво в іншій ситуації і на іншій посаді. Керівник, який хоче працювати якомога ефективніше, отримати від своїх підлеглих максимальну віддачу, не може дозволити собі застосовувати якийсь один стиль впродовж всієї кар'єри.

Сучасний державний службовець повинен адаптувати свій стиль управління для конкретної ситуації, оскільки найефективніші керівники - це ті, хто уміють поводити себе по-різному – залежно від вимог реальності.

6. Кожен державний службовець повинен пам'ятати: якого б стилю він не дотримувався в своїй роботі, він зобов'язаний дотримуватись етичних норм поведінки, які знайшли своє відображення у Законах України «Про державну службу», «Про боротьбу з корупцією», в Загальних правилах поведінки державного службовця, у Конституції України та інших законодавчих документах.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Гончарук Н.Т. Стилі управління: переваги та недоліки (Актуальні проблеми державного управління), збірник ДРІДУ НАДУ, 2002, №3 (9).
2. Коломінський Н.Л. Психологія менеджменту в освіті (соціально-психологічний аспект). Монографія. – К.: МАУП, 2000. – 286 с.
3. Крисюк С.В. Державне управління освітою: навчальний посіб. – К., 2009, Розділ 4. – С. 65-207.
4. Окса М.М. Стратегічний менеджмент в освіті: Навч. посібник. – Мелітополь: МДПУ, 2007. – 178 с.
5. Цимбалюк І.М. Психологія управління. – К., 2008.
6. Arvindh Kumar from Vanguard Business School [Electrons portal] – <http://www.mbaskool.com/business-articles/human-resource/7176-human-resource-role-of-hr-in-building-business-leadership.html>
7. Gosling Jonathan. The Five Minds of a Manager/Gosling Jonathan, Mintzberg Henry. - Harvard Business Review. - 2003, November
8. Heifetz R., Laurie D. The work of leadership// Harvard business review Jan.-Feb. 1997. – P. 124-134.
9. Hersey P. Management of organizational behavior /Hersey P., Blanchard K. – 1995. – 250 p.
10. Hodgkinson C. Philosophy of Leadership. – Oxford, 1983.
11. Mintzberg L. The nature of leadership. – 1985. – 254 p.

*Дугіна Л.В.*

*Харківська академія фізичної культури*

#### ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ ПІСЛЯ ЧАСТКОВОЇ АРТРОСКОПІЧНОЇ МЕНІСКЕКТОМІЇ

*Розглянуто актуальне питання щодо пошкоджень менісків колінного суглоба у спортсменів. Охарактеризовані найбільш часті травматичні uszkodження колінного суглобу, механізми пошкодження меніску, можливі функціональні порушення у спортсменів після артроскопічної меніскектомії в ранньому реабілітаційному періоді. Наведено основні підходи до призначення засобів лікувальної фізичної культури у процесі фізичної реабілітації спортсменів з пошкодженнями менісків після часткової артроскопічної меніскектомії за трьома періодами перебігу хвороби. Надані методи оцінки ефективності фізичної реабілітації за допомогою рухових тестів.*

**Ключові слова:** пошкодження менісків, артроскопічна меніскектомія, фізична реабілітація, лікувальна фізична культура.

*Дугіна Л.В. Лечебная физическая культура в комплексной реабилитации спортсменов после частичной артроскопической менискэктомии. Рассмотрен актуальный вопрос поврежденный менисков коленного сустава у спортсменов. Охарактеризованы самые частые травматические повреждения коленного сустава, механизмы повреждения мениска, возможные функциональные нарушения у спортсменов после артроскопической менискэктомии в раннем реабилитационном периоде. Приведены основные подходы к назначению средств лечебной физической культуры в процессе физической реабилитации спортсменов с повреждениями менисков после частичной артроскопической менискэктомии по трем периодам течения болезни. Представлены методы оценки эффективности физической реабилитации с помощью двигательных тестов.*

**Ключевые слова:** повреждение менисков, артроскопическая менискэктомия, физическая реабилитация, лечебная физическая культура.

*Dugina L. Therapeutic physical training in the comprehensive rehabilitation of athletes after arthroscopic partial meniscectomy. The current issues regarding the increased incidence of diseases of the musculoskeletal system in athletes, among which a*

special place is occupied by injuries and diseases of the knee joint. This paper described the most common traumatic injuries of the knee joint, including first place is occupied meniscus damage. Expand meniscus damage mechanisms that occur during the performance of physical exercises in certain sports. We characterize the possible severe functional disorders in the body injured athletes as a result of prolonged akinesia after arthroscopic menisectomy early rehabilitation period, which often lead to disability. Theoretical analysis of modern methods of treatment and follow-up of complex rehabilitation of victims for speedy restoration of the anatomical structures of the knee joint, improving the functionality of the organism and sports activities. Restoration of disturbed function of the knee joint should be integrated with the use of medication, surgery and physical rehabilitation. The main modern method of treatment of meniscal damage – random using minimally invasive arthroscopic surgery methods that allow to start in early comprehensive rehabilitation. The basic approach to the appointment of medical physical training in the physical rehabilitation of athletes with injuries after partial arthroscopic meniscal menisectomy held in the hospital and physiotherapy stages and are intended for the three periods of the disease: early postoperative period; late postoperative period; restoration and coaching period. Provided for each period of therapeutic physical training objectives, means and forms of learning physiotherapist, reveal features methods of medical gymnastics in the room, exercise room, independent study, aimed at returning athletes as soon as possible to the complete occupation. During the whole postoperative period is recommended to conduct classes in the pool. Available methods for evaluating the effectiveness of physical rehabilitation, clinical and functional recovery of knee joint using motor tests.

**Key words:** damaged meniscus, arthroscopic menisectomy, physical rehabilitation, therapeutic physical training.

**Постановка проблеми.** Неухильне зростання спортивних досягнень, підвищення інтенсивності тренувального процесу призводять до збільшення числа спортивних травм, зростанню частоти захворювань опорно-рухового апарату, серед усього спектра патології якого особливе місце займають травми і захворювання колінного суглоба [5, 8]. Особливості анатомічної будови і розташування колінного суглоба, його значення в біомеханіці рухів створюють велику ймовірність перевантаження, травматизації, розвитку захворювань в порівнянні з іншими суглобами організму. Травми опорно-рухового апарату є основною причиною перерви в тренувальному процесі, що відповідно веде до стійкого зниження рівня фізичної працездатності і якості життя спортсменів [7].

За даними різних авторів [4, 9, 10], найбільш часто у спортсменів фіксуються такі травматичні uszkodження колінного суглоба як пошкодження менісків, розриви внутрішньої і зовнішньої бокових зв'язок, хрестоподібних зв'язок. При цьому пошкодження менісків складають 21,4% всіх травм колінних суглобів і близько 20% від загальної кількості всіх травм опорно-рухового апарату. Частіше трапляється розрив внутрішнього меніска, що пов'язано з вальгусним з'єднанням його з бічною зв'язкою і капсулою. Найчастіше цей вид uszkodжень зустрічається у спортсменів ігрових видів спорту (33,11%), складно-координаційних видів (18,36%) і єдиноборств (від 20,1% до 55,6 %). Пошкодження менісків часто поєднуються з пошкодженням зв'язок і хряща колінного суглоба, що веде до функціональних розладів, при яких потрібне тривале відновне лікування.

Актуальність проблеми пов'язана з досить значною частотою пошкодження менісків колінного суглоба у спортсменів, що потребує розробки ефективних методик післяопераційної фізичної реабілітації.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Меніски відіграють велику роль у функції колінного суглоба, особливо в процесі інтенсивних фізичних навантажень, забезпечують рівномірний розподіл навантаження по всій суглобовій поверхні, є внутрішньосуглобовим буфером. При розривах меніска порушується біомеханіка рухів колінного суглоба. Несвоєчасно зроблена операція спортсмену загрожує надалі розвитком деформуючого артозу (гоноартоза) [2].

В результаті uszkodжень менісків колінного суглоба у постраждалих осіб внаслідок тривалої акінезії, пов'язаною з ліжковим режимом, розвиваються важкі функціональні порушення, що нерідко приводять до інвалідності. Ці порушення виявляються в зменшенні об'єму рухів в колінному суглобі, появу тугорухомості, контрактури і атрофії м'язів стегна і гомілки, ведуть до втрати здібності до пересування, виконання ряду побутових навичок і трудових функцій, а, іноді, до припинення занять спортом. Окрім рухових порушень у постраждалих унаслідок тривалого вимушеного ліжкового режиму можуть швидко розвиватися патологічні зміни в кардіореспіраторній та травній системах (застійні пневмонії, атонія кишечника) [1].

Найчастіший комбінований механізм uszkodження менісків: відведення, внутрішня ротація в положенні згинання в колінному суглобі (провертання тулуба на фіксованій опорній нозі); приведення, зовнішня ротація в положенні згинання в колінному суглобі; перерозгинання з ротацією в суглобі; передньо-заднє зміщення гомілки при прямому механізмі травми [9]. Проте типовим механізмом пошкодження менісків є згинання і ротація ноги в колінному суглобі при навантаженні кінцівці, падіння з висоти на прями ноги, надмірне перерозгинання ноги в колінному суглобі. При фізичних вправах раптово виникає ситуація, коли один із кінців колінного суглоба виявляється фіксованим при зігнутому коліні, а другий неочікувано різко згинається при ротації з варусним, а частіше – з вальгусним відхиленням. Присередній (внутрішній) меніск травмується у 8-9 разів частіше, ніж бічний (зовнішній), оскільки він з'єднаний із зв'язками і обмежений у зміщеннях під час функціонування колінного суглоба.

Ушкодження менісків часто супроводжується з розривом обхідної великогомілкової та передньої схрещеної зв'язки. Воно може мати вигляд поздовжнього середнього розриву за типом ручки лійки або відриву переднього чи заднього рога. Передній відділ травмується частіше. Поєднані uszkodження менісків і зв'язок зумовлюють нестабільність колінного суглоба, що спричиняє розвиток остеопорозу [3, 7].

Найбільш часто пошкодження менісків спостерігаються в видах спорту, де має місце безпосереднє зіткнення противників (зіткнення, удари, блокада і ін.), тобто в спортивних іграх (футбол, хокей, баскетбол, ручний м'яч та ін.) і єдиноборствах (різні види боротьби). Подальше місце по частоті пошкодження менісків займають складно-координаційні види спорту (гімнастика, акробатика, фрістайл та інші).

Відновлення порушених функцій, побутових і спортивних навичок та умінь після пошкодження менісків колінного суглоба може бути лише за умови застосування комплексу лікувальних засобів і методів, спрямованих не тільки на відновлення анатомічної структури колінного суглоба, але і на поліпшення функціональних можливостей організму постраждалих [5].

Пошкодження менісків колінного суглоба лікують комплексно з використанням медикаментозного лікування, ортопедичних методів, хірургічного втручання та широко застосовують фізичну реабілітацію.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Робота виконувалась за пріоритетним напрямком, згідно з законом України «Про пріоритетні напрями розвитку науки та техніки» за номером 3.5. «Науки про життя, новітні технології профілактики та лікування найбільш розповсюджених захворювань».

**Мета роботи:** розглянути основні підходи до призначення засобів лікувальної фізичної культури у процесі фізичної реабілітації спортсменів з пошкодженнями менісків після часткової артроскопічної менісдектомії.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз і узагальнення сучасних науково-методичних літературних даних щодо методик комплексної реабілітації спортсменів після ушкодження менісків.

**Виклад основного матеріалу.** Відновлення спортивної працездатності при пошкодженні менісків, особливо в ускладнених випадках, можливо за допомогою оперативного методу лікування з наступною етапною фізичною та спортивною реабілітацією.

В останній час оперативні втручання при пошкодженнях меніска в переважній кількості випадків проводяться з використанням малоінвазивних артроскопічних методів хірургічного лікування, що дозволяє в ранні терміни приступати до проведення реабілітаційних заходів, що розглядаються сьогодні спортивною медициною в якості найважливішого етапу обґрунтованої програми повернення спортсменів в найкоротші терміни (4-5 місяців) до повноцінної професійної діяльності. Після артроскопії можливе раннє навантаження на кінцівку, рання розробка рухів в суглобі, а також раннє повернення до занять спортом.

У спортсменів після артроскопічної менісдектомії в ранньому реабілітаційному періоді висока частота діагностування функціональних контрактур суглобів, гіпотрофії м'язів і порушення опорної функції пошкоджених кінцівок, що супроводжується дисфункцією системного імунітету, погіршенням функціонування нейром'язового апарату, значимим порушенням процесів психорегуляції. У зв'язку з цим травматологи та фізичні реабілітологи з перших днів після артроскопічної менісдектомії призначають комплекс засобів фізичної реабілітації: лікувальну фізичну культуру, лікувальний масаж і фізіотерапію [9, 11].

Найчастіше у спортсменів відбуваються надриви меніску, при лікуванні яких застосовують часткову артроскопічну менісдектомію, після якої іммобілізація кінцівки не проводиться. У зв'язку з цим, призначають ранні пасивні та активні рухи оперованою кінцівкою, що має важливе значення для профілактики можливих ускладнень та скорочує терміни відновлення спортсменів. Особливістю фізичної реабілітації спортсменів з ушкодженням меніска колінного суглоба є не тільки ранній початок, а й прагнення з перших же днів після операції використовувати поряд з традиційною лікувальною гімнастикою (якщо дозволяє стан пацієнта) спеціально-підготовчих і навіть спеціальних вправ тренувальної спрямованості [10].

Враховуючи вищесказане фізична реабілітація спортсменів після часткової артроскопічної менісдектомії повинна проводитися на лікарняному та післялікарняному етапах за трьома періодами перебігу хвороби: ранній післяопераційний період; пізній післяопераційний період; тренувально-відновний період.

**Ранній післяопераційний період** при частковій артроскопічній менісдектомії починається з 1-2 доби після операції і продовжується в середньому біля 2-3-х тижнів.

Завданнями реабілітації в цьому періоді є:

- нормалізація трофіки тканин колінного суглоба;
- прискорення процесів регенерації тканин;
- профілактика згинальної і розгинальної контрактури суглоба;
- стимуляція скоротливої здатності м'язів стегна; підтримка загального тону організму.

Після часткової артроскопічної менісдектомії лікувальна фізична культура призначається з 1-ої доби після операції спочатку на ліжковому руховому режимі, через 2-3 доби – на палатному, а через 5-6 діб на вільному режимі – у залі ЛФК.

**Форми проведення ЛФК** в цьому періоді – заняття лікувальною гімнастикою індивідуальним або малогруповим методом, ранкова гігієнічна гімнастика, самостійні заняття, лікувальна дозована ходьба на милицях або за допомогою палиці [6].

Із засобів ЛФК в перші 6-7 діб використовуються:

- активні загальнорозвиваючі вправи для верхніх кінцівок, плечового поясу, тулуба, шиї і здорової нижньої кінцівки;
- з 1-ої доби – дихальні статичні і динамічні вправи;
- з 2-ої доби після операції включаються пасивні та активні вправи для пальців стопи та гомілковостопного суглоба, а з 2-3-ої доби – для тазостегнового суглоба оперованої ноги;
- з 2-3-ої доби призначаються обережні згинання та розгинання в колінному суглобі оперованої ноги, ізометричні вправи для чотириохлового м'язу стегна. У перші дні виконуються короткочасна (1-2 с) напруга м'яза, яка чергується з розслабленням (2-3 с), кількість повторень їх 10-20 разів. В перебігу доби хворий самостійно повторює ці вправи 3-4 рази. Через декілька днів тривалість періоду напруги зростає до 6-8 секунд, а пауза розслаблення 10-12 секунд, кількість повторень – до стомлення;
- з 5-6-ої доби проводиться спеціальне укладання оперованої ноги в положення розгинання, для чого під п'яту підкладають валик, а на колінний суглоб накладають вантаж – мішечок з піском або з сіллю від 1 до 3 кг.

Експозиція такого укладання поступово збільшується від 3-5 до 7-10 хвилин. У разі тенденції до формування розгинальної контрактури колінного суглоба проводять укладання на згинання на матерчатому гамачку, підвішеному на балканській рамі.

Ходьба за допомогою милиць або трості, не приступаючи на оперовану ногу, дозволяється з 2-3 доби після операції. Тривалість заняття лікувальною гімнастикою до 6-8 доби після операції по 20-30 хвилин, вихідне положення при проведенні вправ – лежачи на спині, на здоровому боці або сидячи в ліжку.

Через 8-10 діб раннього післяопераційного періоду заняття лікувальною гімнастикою можна проводити не тільки в палаті, але і в залі ЛФК, в басейні, тривалість заняття складає 45-60 хвилин. У цей період на фоні загальнорозвиваючих і дихальних вправ хворому в різних вихідних положеннях призначаються спеціальні вправи для розробки колінного суглоба і зміцнення чотириохлового м'язу стегна. Рухи в колінному суглобі поступово збільшують, доводячи розгинання до 180°, а згинання до 80°. У комплекс вправ входять махові і кругові рухи, напівприсідання, вправи у гімнастичній стінки.

Заняття в басейні в ранньому післяопераційному періоді можна проводити, починаючи з 7-8 доби після операції. Завдяки властивостям води практично знижується вагове навантаження на суглобовий хрящ колінного суглоба і в ранні терміни стає можливою ходьба у водному середовищі. У воді виконуються спеціальні полегшені вправи для боротьби з контрактурою, призначаються і швидкі рухи ногою в різних площинах для тренування силової витривалості м'язів тазового поясу. З перших же днів заняття включається повільне плавання кролем, а після ліквідації контрактури – брасом [11].

**Пізній післяопераційний період** після часткової артроскопічної менісдектомії починається через 2 тижні і продовжується до 3-4 тижнів після операції. Цей період характеризується купіруванням післяопераційних ускладнень.

Основними завданнями реабілітації в цьому періоді є:

- повна ліквідація контрактури колінного суглоба;
- усунення м'язової атрофії стегна;
- відновлення нормальної ходи;
- адаптація організму до ходьби;
- загальнотонізуюча і зміцнююча дія.

ЛФК в цьому періоді проводиться у формах: заняття лікувальною гімнастикою, самостійні заняття, дозована ходьба, плавання, механотерапія.

Із засобів ЛФК крім 25% загальнорозвиваючих і дихальних вправ призначаються 75% спеціальних для повної ліквідації згинально-розгинальної контрактури колінного суглоба і атрофії м'язів стегна. Призначаються вправи з фізичним навантаженням і опором, робота на спеціальних тренажерах і всі види ходьби без милиць [6].

При порушеннях ходи необхідно з'ясувати їх причину. Вони можуть бути пов'язані з наявністю контрактури колінного суглоба або з порушенням рухового стереотипу. У першому випадку необхідно продовжувати укладання ноги на розгинання з вантажем у поєднанні з тепловими аплікаціями і масажем. У другому випадку потрібне перенавчання, відновлення нормального типу ходьби за допомогою спеціальних вправ. Ці спеціальні вправи для відновлення правильної ходи рекомендується проводити перед дзеркалом. Окремо розучуються і освоюються фази ходьби: заднього поштовху, перенесення, одиночної опори. Звертається увага на правильну паралельну постановку стоп, однакову довжину кроків кожної ноги, ритмічність ходи. Після відновлення нормальної ходи рекомендується приступати до тренування в ходьбі, спочатку по рівній, гладкій поверхні, в повільному темпі (80-90 кроків в 1 хвилину), не більше 10 хвилин в день. За відсутності болів тривалість ходьби поступово збільшують до 30-45 хвилин, а темп зростає до середнього (100 кроків в хвилину).

Широко використовуються вправи для м'язів згиначів гомілки, при цьому використовуються гантелі, або силовий тренажер. Силові вправи необхідно чергувати з вправами на розслаблення.

Заняття лікувальною гімнастикою для спортсменів проводяться в залі ЛФК 2 рази на день, тривалістю до 45-60 хвилин. У занятті використовуються інтенсивні загальнорозвиваючі вправи для здорових сегментів і спеціальні вправи – для тренування м'язів стегна застосовуються вправи в ізометричному режимі, вправи для силового тренування м'язів стегна при малих величинах фізичного навантаження, вправи на велоергометрі. Тривалість роботи на велоергометрі збільшують від 3-5 до 20-25 хвилин, потужність також поступово зростає від 50-75 Вт до 150-200 Вт.

Впродовж всього другого післяопераційного періоду рекомендовано хворим продовжувати заняття в басейні. Плаванням кролем і брасом повинні виконуватися вже в швидкому темпі, а в кінці періоду можливе використання ластів. Використовуються у воді різні варіанти ходьби і до кінця періоду – бігові вправи [5, 6].

**Третій післяопераційний період (відновно-тренуючий)** починається через 3-4 тижня після операції – часткової артроскопічної менісектомії і продовжується до 4-6 тижнів після операції.

Завдання реабілітації в цьому періоді є:

- повне відновлення функцій колінного суглоба;
- максимальне тренування силової витривалості м'язів стегна;
- адаптація до бігу та фізичних навантажень;
- відновлення побутових навичок та трудових умінь;
- загальнозміцнююча дія.

Використовуються ті ж форми ЛФК, що і в другому періоді і додаються різні варіанти бігу, рухомі і спортивні ігри, працетерапія.

У заняттях лікувальною гімнастикою, що проводяться в залі ЛФК використовують, в основному, спеціальні вправи для відновлення повної амплітуди рухів в колінному суглобі і силової витривалості чотирьохголового м'язу стегна – силові вправи, швидкісно-силові вправи, вправи на спеціальних тренажерах, різні варіанти ходьби та бігу в середньому і швидкому темпі, імітаційні вправи з різних видів спорту у воді. Глибина напівприсідань поступово збільшується і доводиться до повної амплітуди.

Починаючи з 2-го місяця після операції спортсмен тренується у швидкій ходьбі. За 1-2 тижні дистанція ходьби збільшується до 5 км. Потім включається в тренування повільний біг. Тривалість повільного бігу протягом 7-10 днів з 1-2 хв. доводиться до 10-15 хв., поступово підвищується швидкість бігу.

У воді використовується плавання різними стилями, підскоки, бігові та імітаційні вправи. Плавання виконується в швидкому темпі, «без рук», з ластами. Використовують звичайний біг, біг спиною вперед, біг з приставними кроками, біг стрибками, біг з високим підняттям стегон, із захлестом гомілок. При виконанні стрибкових вправ завдяки фізичним властивостям води знижується швидкісний і посилюється силовий компонент вправи. Послідовно застосовуються підскоки, виплигування з напівприсіда, стрибки з поворотом тулуба і т. д.

У реабілітації спортсменів після видалення меніска велике значення мають імітаційні вправи, що виконуються в умовах рухового полегшення. До цих вправ відносяться імітація бар'єрного бігу, перегони на ковзанах, лижах, імітація ударів по м'ячу різними відділами стопи, передня і задня підсічка, кидки партнера через спину і через груди і т.д. [3, 6, 10].

Повна реабілітація осіб після надривів менісків настає через 4-5 місяців після операції – часткової артроскопічної менісектомії.

Ознаками клініко-функціонального відновлення колінного суглобу є виконання наступних рухових тестів:

1. Присідання з повною амплітудою.
2. Ходьба в повному присіді («гусяча ходьба»).
3. Присідання на оперованій нозі – (75% від кількості присідань на здоровій нозі визнається хорошим результатом).
4. Біг протягом 30 хв., що не викликає болю і синовіту.
5. Здатність виконувати імітаційні та спеціальні підготовчі вправи [7].

#### ВИСНОВКИ

1. Пошкодження менісків колінного суглоба – один з найбільш часто зустрічаємих видів патології опорно-рухового апарату спортсменів, які вимагають оперативного лікування і подальшого тривалого періоду реабілітації.

2. Відновлення порушених функцій колінного суглоба повинно бути комплексним, з використанням медикаментозного лікування, хірургічного втручання та обов'язкового застосування засобів фізичної реабілітації.

3. Заняття лікувальною гімнастикою після часткової артроскопічної менісектомії розпочинаються відразу після операції за трьома періодами перебігу хвороби (ранній післяопераційний, пізній післяопераційний, тренувально-відновний) та направленні на повернення спортсменів в найкоротші терміни до повноцінної професійної діяльності.

**ПЕРСПЕКТИВОЮ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ** є впровадження комплексного підходу до побудови програми фізичної реабілітації для спортсменів зі складними розривами менісків колінного суглоба після повної артроскопічної менісектомії.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Анкин Л.Н. Травматология / Л.Н. Анкин, Н.Л. Анкин. – М.: МЕДпресс, 2005. – С. 213-216.
2. Древинг Е.Ф. Травматология: Методика занятий ЛФК / Е.Ф. Древинг. – М.: Познавательная книга плюс, 2002. – 224 с.
3. Епифанов В.А. Реабилитация в травматологии / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 224 с.
4. Котельников Г.П. Травматология и ортопедия: [учебник] / Г.П. Котельников, С.П. Мирасов, В.Ф. Мирошниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 400 с.
5. Лечебная физическая культура: [учебник для студ. высш. учебн. заведений] / С.Н. Попов, Ю.М. Валева, Т.С. Гарасеева [и др.] / под ред. С.Н. Попова; [5-е изд. переаб. и дополн.]. – М.: Издат. центр «Академия», 2008. – 416 с.
6. Мятига О.М. Фізична реабілітація в травматології: [навчальний посібник] / О.М. Мятига. – Х.: СПДФЛ Бровін А.В., 2012. – С.54-59.
7. Скляренко Є.Т. Травматология і ортопедія: [підручник для студ. вищих. медичн. навч. закладів] / Є.Т. Скляренко. – К.: Здоров'я, 2005. – С. 74-81.
8. Травматология и ортопедия: [учебник] / под ред. Х.А. Мусалатова, Г.С. Юмашева. – М.: Медицина, 1995. – 564 с.
9. Травматология та ортопедія: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / за ред.: Голки Г.Г., Бур'янова О.А., Климовицького В.Г. – Вінниця: Нова Книга, 2014. – 416 с.: іл.
10. Физическая реабилитация / под общ. ред. проф. С.Н. Попова. – Ростов н/Д: Изд-во «Феникс», 2005. – 608 с.
11. Фізична реабілітація при патології опорно-рухового апарату / В.А. Левченко, І.П. Вакалюк, Д.В. Сарабай, В.М. Бондаренко. – Івано-Франківськ: Плай, 2008. – 410 с.

**Жигadlo Г.Б.**

*Миколаївський національний університет імені В.О. Сухомлинського*

### СУТНІСТЬ ТА АСПЕКТИ КОМПЕТЕНТІСНОГО ПІДХОДУ У ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ СПОРТИВНИХ ІГОР

*Автором статті розглянуті сутність та аспекти освітніх компетенцій, визначені та проаналізовані загальні та спеціальні компетенції у процесі професійної підготовки майбутніх учителів фізичної культури до організації спортивних ігор.*

**Ключові слова:** компетенція, фахівець, фізичне виховання.

**Жигadlo Г.Б. Сущность и аспекты компетентного подхода в профессиональной подготовке будущих учителей физической культуры к организации спортивных игр.** Автором статьи рассмотрены сущность и аспекты образовательных компетенций, выделены и проанализированы общие и специальные компетенции в процессе профессиональной подготовки будущих учителей физического воспитания к организации спортивных игр.

**Ключевые слова:** компетенция, специалист, физическое воспитание.

**Zhygadlo G.B. The essence of competencies approach to preparation specialist on physical education.** In article are considered questions to orientation of the contents of the formation on development of competencies beside future specialist on physical education. To save health competencies is determined as main in work of given specialist.

**Key words:** competencies, specialist, physical education.

**Актуальність.** Сучасний стан соціально-економічного розвитку України характеризується значними змістовними та структурно-організаційними змінами, які спрямовані на формування національної системи освіти та її інтеграцію в міжнародний освітній простір. Тому наукові пошуки сьогодення мають враховувати зміни особливостей буття, діяльності й ролі людини в умовах нової технічно-інформаційної реальності. Людина має не тільки адаптуватися до нової реальності, але й бути ефективною у своїй професійній діяльності, ініціатором активності, суб'єктом життя і праці. За таких обставин надзвичайно зростає роль учителя як вирішального фактора, що забезпечує формування й розвиток всебічно розвиненої, творчої особистості. Це вимагає постійного зростання професійного рівня педагогів та їх фахової майстерності. Розвиток світового, зокрема європейського, освітнього простору об'єктивно потребує від української вищої школи безпосереднього її реформування відповідно до загальноприйнятих законів та адекватної реакції на процеси, що відбуваються у провідних країнах світу. Загальною тенденцією розвитку вищої школи є її орієнтація на компетентнісний підхід у підготовці фахівця. Його сутність полягає в тому, що навчальна діяльність в кінцевому підсумку повинна не просто дати людині сукупність знань, умінь та навичок, а й формувати її компетентність. Більшість авторів пов'язують поняття «компетентність» з професійною діяльністю людини. Компетентність розглядається як сукупність знань, умінь, навичок, способів і засобів досягнення цілей, а також уміння актуалізувати опановані знання в потрібний момент і використати їх у процесі реалізації професійних функцій. Компетентності є, власне, тими індикаторами, що дозволяють визначити готовність студента-випускника до життя, подальшого особистісного розвитку й активної участі в житті суспільства, бути готовим змінюватися, пристосовуватися до нових потреб ринку праці, оперувати й управляти інформацією, активно діяти, швидко приймати рішення, навчатися упродовж життя. Тому прогресивна освітня спільнота сьогодні ставить перед собою нове завдання - сформувати у людини вміння вчитися.