

Фізичне виховання в СМГ(спец.мед.групи)

Загальне вчення про хворобу.

Здоров'я і хвороба є формами життя з усіма притаманними їм різноманітностями. Основною характеристикою здоров'я є можливість пристосування організму до змін навколишнього середовища. Однак, адаптація організму до шкідливих дій на нього не є безмежною. Стан здоров'я може переходити у передпатологічний стан. Якщо організм справляється з ним, то здоров'я відновлюється. В тому випадку, якщо пристосувальні та захисні сили організму виявляються недостатніми, - його функції порушуються і виникає хвороба.

Головним біологічним призначенням хвороби є мобілізація захисних та пристосувальних механізмів організму. При захворюванні діє одночасно фактор, що його викликає та захисна реакція організму. **Хвороба – це боротьба факторів, що пошкоджують організм з його захисними силами.** Боротьба, в якій захисні сили перемагають хворобу, або тривалий час стримують розвиток патологічних процесів, чи капітулюють, тоді і хвороба розвивається поступово, або катастрофічно швидко.

Хвороба – це порушення нормальної життєдіяльності організму під впливом надмірних подразників, в результаті чого знижується його пристосувальні можливості.

Виникнення захворювання пов'язано із комплексом причин. Для маніфестації захворювання має значення реактивність(опірність) організму людини в даний момент, його спадковість, конституціональні особливості та шкідлива для організму дія зовнішнього середовища. Однак, в комплексі причин, що викликають захворювання завжди є одна – основна причина, наприклад туберкульозні бактерії являються основною причиною захворювання на туберкульоз. Однакові за силою причини не завжди викликають однаковий патологічний процес.

Причини захворювання діляться на дві групи: зовнішні і внутрішні.
Зовнішніми причинами хвороби можуть бути:

аліментарний фактор, що характеризується порушенням режиму харчування (переїдання, недоїдання);

фізичний (дія високої чи низької температури; атмосферний тиск тощо);

хімічні (отрути);

механічні (рани, розтяжіння, переломи, струси тощо);

біологічні (бактерії, віруси);

психічні фактори, які лежать в основі неврозів, психічних розладів та психосоматичних хвороб (виразка шлунково-кишкового тракту, стійкі гормональні порушення);

соціальні фактори які визначають суспільне середовище людини (забруднення зовнішнього середовища, гіпокінезія, падіння моральних підвалин).

Внутрішні причини захворювань пов'язані зі:

спадковістю - порушеннями хромосомного апарату, які характеризуються структурними або кількісними його змінами (дальтонізм, гемофілія);

конституцією людини, яка визначає її генетичний потенціал і, таким чином, схильність до певного захворювання (цукровий діабет, гіпертонія);

особливостями внутрішньоутробного розвитку, які обумовлюють вроджені хвороби (косопалість, дисплазія кульшового суглоба).

Відомо, що у 70% виникнення хвороб залежить від способу життя самої людини: шкідливих звичок, порушення санітарно-гігієнічних норм, режиму праці і відпочинку, харчування, забруднення довкілля тощо. Найбільш розповсюдженою причиною психосоматичних хвороб є переоцінка власних можливостей, спроба підняти соціальний

вантаж, який закінчується “психічною грижею”. Отже, хвороба, як правило, є наслідком спотвореного, нездорового способу життя

При захворюванні людини в її організмі відбувається *патологічний процес*, який характеризується тривалими реакціями органів систем, які виходять за межі фізіологічних норм і можуть залишати структурно-функціональні їх порушення.

Здоров'я –це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів.

В практиці медицини розрізняють декілька градацій здоров'я: *абсолютно здоровий, здоровий, практично здоровий і хворий.*

Для оцінки здоров'я дітей і підлітків у відповідності з існуючими сучасними уявленнями існує 5 критеріїв:

I рівень фізичного розвитку, ступінь його гармонійності, відповідність біологічного віку календарному (паспортному). **Фізичний розвиток** – це природний процес поступового становлення і зміни форм і функцій організму. З іншого боку – це ступінь дозрівання на кожному життєвому відрізку. Існує **три** фази процесу фізичного розвитку:

- підвищення його рівня (до 25р.),*
- відносна стабілізація (до 60р.)*
- поступове зниження фізичних можливостей людини.*

На фізичний розвиток впливають **три** групи факторів: *біологічні* (спадковість), *кліматогеографічні* (кліматичні і метеорологічні умови в різних кліматогеографічних зонах), *соціальні* (умови матеріального життя, трудової та навчальної діяльності, зміст фізичного виховання).

В кожному класі можна виділити **три** групи учнів: **акселерати** (діти, у яких біологічний вік випереджує паспортний вік); **медіанти** (діти, у яких біологічний вік відповідає паспортному) та **ретарданти** (діти, у яких паспортний вік випереджує біологічний). Цей факт необхідно враховувати при визначенні фізичного розвитку дітей та при підборі і дозуванні фізичних вправ (у акселератів спостерігається підвищена захворюваність).

II рівень функціонування основних систем організму. Рівень функціонування основних систем організму – критерій, що характеризує здоров'я дітей і підлітків з позицій морфологічної та функціональної зрілості організму з врахуванням вікових особливостей. У окремих дітей можуть виявлятися функціональні порушення при відсутності захворювання. Причини таких відхилень дуже різноманітні: швидкий темп росту у певні вікові періоди (6-7р.; 11-13р.(дівчата) та 13-15р.(хлопці)), що призводить до невідповідності структури і функцій органів; несприятливі сімейно-побутові умови; надмірні розумові та фізичні навантаження тощо.

При оцінці функціонального стану велика увага приділяється визначенню функціонального стану серцево-судинної системи, дихальної та нервової систем. Оцінюється також сон, апетит, настрої, емоційний стан, спілкування з іншими дітьми, особливості засвоєння навчального матеріалу тощо.

III рівень фізичної підготовленості. Виявлений значний рівень взаємозв'язку показників соматичного здоров'я дітей і підлітків з результатами рухових тестів, що характеризують силу (кисті і станову), швидкість, загальну витривалість та швидкісно-силові можливості). Цей факт можна використовувати для покращення рівня здоров'я

дітей шляхом дії на окремі складові фізичної підготовленості засобами фізичного виховання.

IV ступінь опірності організму несприятливим факторам. Ступінь опірності організму визначається кількістю і тривалістю перенесених дитиною гострих захворювань (або загострень хронічних) за рік. Гострі респіраторно-вірусні захворювання (ГРВІ) найбільш розповсюджені серед дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Слід виділити також гострі дитячі інфекції (вітряна віспа, краснуха, епідемічний паротит, кір тощо), гострі кишково-шлункові захворювання, алергічні реакції. За статистикою найбільш розповсюдженими захворюваннями серед дітей є хвороби органів дихання (до 50%) і систематичні ГРВЗ (90%), що свідчить про зниження опірності організму несприятливим фактором навколишнього середовища. *За кількістю перенесених гострих захворювань за рік дітей ділять на три групи: 1 – ті, що жодного разу не хворіли; 2 – ті, що хворіли епізодично (1-3р. протягом року); 3 – ті, що хворіли часто (4р. і більше). Відсутність гострих захворювань протягом року, або їх епізодичний характер свідчить про хорошу опірність організму дитини.*

V наявність або відсутність хронічних захворювань. За даними Міністерства охорони здоров'я біля 90% дітей шкільного віку мають відхилення у стані здоров'я. За останні 5 років на 41% збільшилось дітей, які належать до спеціальної медичної групи.

ОЗНАКИ НЕАДЕКВАТНОСТІ ДО ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ

Суб'єктивні:

- Задишка, ядуха
- Запаморочення, стан близький до втрати свідомості, орієнтації
- Сильна втома, поява різкої м'язевої слабкості, порушення координації
- Біль за грудиною, схожий на напад стенокардії
- Перемежаюча кульгавість
- Відмова виконувати фізичне навантаження

Об'єктивні:

- Похитування, неадекватні відповіді на запитання
- Блідість шкіри, синюха
- Поява шлуночкового ритму галопу (складність у вимірюванні ЧСС)
- Відсутність зростання систолічного і пульсового тиску на 20-30% від вихідного
- Велике підвищення САТ (більше 200 мм.рт.ст.)

Ступінь втоми учнів визначають за суб'єктивними висловлюваннями, візуальними спостереженнями (блідість або надмірне почервоніння шкіри, пітливість, порушення точності рухів та ін.), а також за даними ЧСС і характеру пульсу до початку уроку і наприкінці кожної його частини (фізіологічна крива уроку)

Під час заняття необхідно слідкувати за реакцією ССС на фізичне навантаження. Якщо немає індивідуальних медичних вказівок з цього приводу, викладач фізичного виховання орієнтується на нормальні показники ЧСС для даного віку. В спокої ЧСС у віці 7 років складає 85-90 уд/хв., в 10 років – 80-85 уд/хв., в 12 років – 75-80, 14-17 років 70-80 уд/хв. Максимальне підвищення ЧСС у відповідь на фізичне навантаження для здорової дитини не повинна перевищувати показник, що дорівнює 220-вік (років). Відомі рекомендації по дозуванню фізичного навантаження за якими ЧСС учнів 5-7-х класів повинна відповідати 130-140 уд/хв., учнів старших класів – 140-150 уд/хв. Головний показник адекватності фізичного навантаження відновлення ЧСС, характерний в нормі для індивідуума, протягом 3-5 хв після навантаження.

Адекватність регуляторних реакцій ССС може порушуватись в підлітковому віці. Можливим є поява юнацької гіпер-або гіпотензії. В цьому віці іноді відмічаються

порушення периферичного кровообігу (синюшність пальців, мраморність шкіри). Можуть спостерігатися порушення кровообігу при переході з положення лежачи в положення стоячи і при фізичних навантаженнях. Заняття фізкультурою, підвищуючи резервні можливості організму, сприяють усуненню цих тимчасових функціональних порушень. У віці 15-17 років підсилюється дихальна аритмія. Високий тонус блукаючих нервів у підлітків може супроводжуватись сповільненням серцевого ритму і предсердно-шлуночкового проведення. У підлітків з пониженим тонусом блукаючих нервів спостерігається тахікардія.

1. Загальне поняття про поставу. Характерні ознаки правильної постави.

Постава - це звичне положення тіла людини у спокої та в русі. Вона визначається під час стояння, сидіння, ходьби та виконання інших видів рухової діяльності. Відхилення від правильної постави називають порушенням або дефектом постави.

Однак, порушення постави - це не тільки косметичний дефект, існування якого є неприємним фактом. Порушення постави, до того ж, супроводжуються серйозними і складними наслідками у функціонуванні організму людини. Відбувається це внаслідок стискання внутрішніх органів, порушення їх правильного розташування в організмі. Неправильне положення тіла порушує легеневу вентиляцію, зменшує надходження кисню до мозку, утруднює приплив крові до нього. Порушення постави може, навіть, спричинити розвиток захворювань серцево-судинної (інсульт, інфаркт, гіпертонічна хвороба) та дихальної систем (бронхіт, бронхіальна астма, запалення легень).

Через неправильну поставу порушується робота нервової системи, оскільки у міжхребцевих отворах проходять багаточисельні нерви, що регулюють роботу окремих органів та організму в цілому.

Неправильна постава та хвороби, що її супроводжують можуть викликати у дітей психічні розлади. Отже, постава - це критерій стану здоров'я дитини.

Постава не передається по спадковості, а формується в процесі росту, розвитку і виховання дитини. Це починається ще в період раннього дитинства. У дітей паралельно із формуванням навичок утримання голови, сидіння, стояння поступово окреслюються фізіологічні вигини хребта. Людина народжується з грудним та крижово-куприковим кіфозами (за Смиковим А.С. грудний кіфоз з являється при формуванні навички сидіння). Шийний лордоз з'являється при формуванні навички утримання дитиною голови. Поперековий лордоз формується, коли дитина починає ставати та ноги і ходити. Всі фізіологічні вигини набуваються до того часу, поки малюк почне ходити. (За Козловим В.І. фізіологічні вигини хребта чітко проявляються до 5 - 6 років). Проте, фізіологічна хвилеподібна форма хребта лишається не зафіксованою до 7-12 років і зберігається лише завдяки активній роботі м'язів. Після 12 років вигини хребта фіксуються внаслідок зміни співвідношення кісткових та хрящових елементів. Остаточне формування і закріплення всіх вигинів хребта завершується до 18-20 років (до 20 - 25 років за Смиковим А.С.). Хвилеподібна форма хребта (та наявність буферних утворень у вигляді дисків) забезпечує ресорну (амортизаційну) функцію.

Розглядають такі характерні ознаки правильної постави:

- пряме розташування голови (лоб і підборіддя знаходяться в одній площині, перпендикулярній до підлоги, а мочка вух розташовані на одному рівні);
- симетричність плечового поясу (плечі опущені, дещо відведені назад і знаходяться на одній лінії, паралельній підлозі);
- симетричність обох лопаток (нижні кути лопаток розташовані на одному рівні);
- однакова довжина рук і ніг;

- однакова форма трикутників талії - простору що утворюються боковою поверхнею тулуба та внутрішньою поверхнею опущених рук;
- симетричне розташування тазу (гребені клубових кісток знаходяться на одному рівні; сідничні складки також розташовані на одному рівні);
- помірно окреслені фізіологічні вигини хребтового стовпа (живіт злегка підтягнутий, груди незначно виступають уперед, лордоз шийного та поперекового відділів знаходяться, відповідно, у межах до 2 та до 5 см);
- ноги в положенні стоячи помірно розігнуті в кульшових і колінних суглобах.

Для перевірки власної постави необхідно стати біля вертикальної площини, торкаючись її одночасно потилицею, лопатками, плечима, сідницями, литками та п'ятками. Якщо таке положення тіла є звичним для вас, то постава у вертикальній (сагітальній) площині є правильною. Щоби перевірити правильність постави у фронтальній площині, накресліть на дзеркалі вертикальну лінію. Станьте перед дзеркалом так, щоби така лінія проходила через середину тіла і оцініть симетричність лівої і правої його половин.

2. Причини порушення постави.

Використання профілактичних заходів порушень постави та визначення змісту засобів корекції її вад вимагають знань про причини порушень правильного звичного положення тіла для їх усунення.

Порушення постави спричиняються комплексом причин різного характеру, серед яких одні мають визначальне значення, а інші є сприятливим фоном для їх прояву. Групи причин, що пропонуються нижче, лежать в основі порушень правильного положення тіла, що мають автономний характер та тих, які є наслідком деформації хребта. Також пропонується зміст причин традиційного тлумачення та тих, що є результатами останніх наукових досліджень. Можна виділити такі групи причин порушень постави:

- вродженого характеру. До них належать: наявність у дитини клиновидного хребця, порушення росту та розвитку хребців, наявність додаткового ребра та інші. Через такі причини порушення постави супроводжуються деформацією хребта.
- Набуті, як наслідок інших хвороб. Порушення постави в цьому випадку можуть виникати через паралітичні зміни в м'язах, рахіт, патологічні стани суглобів (вроджений вивих кульшового суглоба, контрактури в кульшових суглобах), наявність великих опікових та іншого походження рубців на одній стороні тіла і також супроводжуються викривленням хребта. До цієї групи причин належать також і ожиріння, порушення зору, плоскостопість (через порушення опорної функції стоп, змінюється правильне положення тазу і хребта), тощо – патології, які можуть супроводжуватись порушеннями постави, але, як правило, без викривлення хребта.
- Набуті, внаслідок негармонійного розвитку окремих м'язових груп. Прикладом такої дисгармонії є переважання у розвитку м'язів грудей над м'язами спини. Від гармонії розвитку м'язів прикріплених до передньої і задньої поверхонь тазу також залежить постава людини. При скороченні квадратних м'язів попереку та м'язів передньої поверхні стегна збільшується кут нахилу тазу і поперековий лордоз. При розтягненні квадратних м'язів і м'язів передньої поверхні стегна кут нахилу таза зменшується і поперековий лордоз згладжується. Відхилення показників поперекового лордозу від фізіологічних норм є ознаками порушення постави.
- Набуті внаслідок звичайної неправильної пози, асиметричного статичного навантаження на фоні загального слабкого фізичного розвитку. Існує традиційна думка (Дубовис М.С.) про те, що найчастіше порушення постави у школярів виникають через неправильне положення тіла при сидінні за партою. Адже діти та підлітки сидять в школі за партами та вдома за столом, готуючи уроки, біля телевізора та ін. протягом 5,5 - 8,5 год. Робота за незручною -високою, або

занизькою партою - поступово створює умови для порушення постави і, навіть, викривлення хребетного стовпа, яке згодом фіксується внаслідок швидких процесів окостеніння, притаманних шкільному віку. У дітей, які сидять за високим столом, розвивається грудний сколіоз, оскільки тулуб нахиляється в один бік, плече піднімається, а хребет в грудному відділі викривлюється. Низький стіл спонукає дитину нахилити тулуб вперед, горбитися, лягати грудьми на парту, низько опускати голову внаслідок чого збільшується вигин хребта в грудному відділі.

Формуванню неправильної постави сприяють також такі шкідливі звички, як сидіння з піднятою на стілець ногою, або з закинutoю рукою за спинку стільця, чи сидіння на далеко відставленому стільці тощо.

Ця група причин стосується не лише дітей молодшого шкільного віку, який характеризується несформованістю опорно-рухового апарату та слабкістю м'язів, але й підлітків. Саме у підлітковому віці (дівч. 12-15 років; хлоп. 13-16 років) кісткова тканина активно розвивається. Особливо швидко ростуть трубчасті кістки верхніх і нижніх кінцівок, прискорюється ріст тіл хребців в висоту, а ріст кісток в ширину є незначним. Процес окостеніння скелета продовжується. Посилений ріст кісткового апарату у підлітків супроводжується відставанням розвитку м'язової тканини. Таким чином, саме у підлітковому віці незручні, напружені, тривалі пози, а також надмірні фізичні навантаження є небезпечними для постави дитини.

Результати наукових досліджень останніх років свідчать про те, що вищезазначені причини, на жаль, є не єдиними. Підтвердження цьому – статистика. Якщо донедавна сколіоз починав свій розвиток в школі і випадки цього захворювання були поодинокими, то сьогодні така хвороба та інші дефекти постави значно «помолодшали». Наукові дослідження, проведені на Україні в дитячих садочках міст Рівного, Києва, Обухова, Українки засвідчують, що лише 5-6 дітей з кожних 30 досліджуваних не мають порушень постави. Тому особливого значення набуває ще одна група причин.

- Умови життя: а) гігієнічні умови (м'яка постіль, одяг); б) екологічні умови; в) харчування; г) гіпокінезія.

Для розвитку дитячого організму і формування правильної постави необхідним є раціональне харчування. Недостатнє надходження з їжею кальцію та інших необхідних для побудови кісткових структур мікроелементів та вітамінів сприяє виникненню дефектів постави. Особливо ця причина є актуальною в зонах радіаційного забруднення. Радіонукліди накопичуються, в першу чергу, в «гарячих п'ятнах» - місцях зі слабкою мінералізацією, де недостатньо кальцію, особливо в губчастій кістковій тканині до якої, зокрема, належать і хребці.

Малорухомий спосіб життя сприяє виведенню кальцію із організму (кальційурії), що може стати причиною розвитку остеопорозу та порушення постави через викривлення хребта.

3. Характеристика видів порушень постави.

Порушення постави розрізняють в сагітальній та фронтальній площинах. Неправильні види постави в сагітальній площині визначаються при огляді учня в профіль. Існує 3-и фактори, які визначають вид порушення постави: стан хребта, кут нахилу таза, стан м'язової системи.

Плоска спина - характеризується зменшенням фізіологічних вигинів хребта (особливо в поперековій частині), недостатнім кутом нахилу таза, розтягнутими м'язами спини і грудей. Характерними ознаками плоскої спини є крилоподібні форма лопаток, недостатньо випукла (плоска) грудна клітка, нижня частина живота видається вперед, плоскі сідниці. Внаслідок зменшення всіх фізіологічних вигинів хребта погіршується його ресорна функція, що в свою чергу має негативний вплив на стан спинного та головного мозку, особливо при бігу, стрибках та ін. фізичних вправах, які викликають струшування

хребта. Тому діти з подібною деформацією скаржаться на швидку втомлюваність, головний біль, знижену працездатність.

Кругла спина - характеризується збільшенням грудного кіфозу, зменшенням шийного і поперекового вигинів (фізіологічних лордозів) та недостатнім кутом нахилу таза. Усі м'язи згиначі тулуба переважають над розгиначами: м'язи грудей, живота, задньої поверхні стегон - над м'язами спини і передньої поверхні стегон. Її проявами є нахилена вперед голова, дугоподібна спина, крилоподібні лопатки, звисаючі плечі, плоскі сідниці, злегка зігнуті в колінах ноги та живіт, що вип'ячується у нижній його частині. Де - хто з авторів (Горяная Г.А, Іваськів Б.К.) розглядають круглу спину та сутулість, як різні дефекти постави.

Сутула спина характеризується збільшеним грудним кіфозом при фізіологічних лордозах. Необхідно відрізнити справжню сутулість від несправжньої. Остання характеризується значним розвитком мускулатури спини, а не викривленням хребта, або слабкістю м'язів спини. Окремі автори (С.Н.Попов) вважають, що необхідно відрізнити кіфоз від круглої спини та сутулості. Кіфоз визначається ними, як фіксоване викривлення хребта внаслідок травми, рахіту тощо. Наслідком круглої спини та сутулості є зменшення глибини вдиху і видиху, менш економна робота дихальної системи. Неповноцінна екскурсія грудної клітки призводить до зменшення присмоктуючої сили грудної клітки, що ускладнює роботу серця. Ось чому так важливо якомога раніше розпочати боротьбу з цими дефектами, тим більше, що запущені їх форми важко піддаються виправленню.

Кругло-вгнута спина характеризується збільшенням фізіологічних вигинів хребта та надмірним кутом нахилу таза, недостатнім розвитком м'язів спини, живота та передньої поверхні стегон. Проявами кругло-вгнутої спини є дугоподібна її форма, крилоподібні лопатки, зведені вперед та опущені плечі, нахилена вперед голова, звисаючий живіт та сідниці, що різко виступають назад. Цей дефект піддається корекції легше, ніж кругла спина.

Плоско-вгнута (лордотична) спина. Це різновид плоскої спини. Він характеризується зменшеним грудним кіфозом та збільшеним поперековим лордозом. Проявами плоско-вгнутої спини є сильно нахилений вперед таз, вип'ячені назад сідниці, відвислий живіт, плоска грудна клітка, крилоподібні лопатки. Цей дефект постави зустрічається дуже рідко.

Дефекти постави у фронтальній площині визначаються при огляді учня зі сторони спини. Асиметрична (сколіотична) постава характеризується асиметрією між правою і лівою частинами тулуба. Вона проявляється у асиметричному розташуванні плечового поясу, лопаток, трикутників талії тощо.

При сколіотичній поставі на рентгенограмі відхилень хребта від норми не спостерігається. Однак м'язи спини розвинуті асиметрично - на стороні піднятого плеча - слабкі, розтягнуті, а на стороні опущеного плеча - скорочені. Це нестійке положення тіла може бути виправлене самою дитиною при напруженні певної групи м'язів.

Перелічені порушення постави не є захворюваннями, а функціональними розладами опорно-рухового апарату. Однак, вони змінюють стійкість хребта до деформуючих впливів, ослаблюють виснажені групи м'язів, порушують взаєморозташування внутрішніх органів і несприятливо діють на їх функцію, що робить хребет та організм в цілому схильними до різних захворювань.

При виявленні дефекту постави варто негайно приступити до його ліквідації.

1. Методика корекції дефектів постави.

Під корекцією слід розуміти комплекс лікувальних та оздоровчих заходів (режим дня, загартовування, гігієна меблів, харчування, загальнорозвиваючі вправи, ортопедичні заходи тощо), які застосовуються для повного або часткового усунення порушень опорно-рухового апарату. Розрізняють загальну і спеціальну; активну та пасивну; морфологічну і функціональну види корекції.

Загальна корекція включає в себе комплекс оздоровчих і загальнозміцнюючих заходів, які **впливають** на формування опорно-рухового апарату дітей і підлітків та їх загальний

розвиток. Це загальнорозвиваючі фізичні вправи, ігри, загартування, режим праці і відпочинку, раціональне харчування та інші.

Спеціальна корекція передбачає застосування **корегуючих вправ для виправлення** морфологічних і функціональних порушень опорно-рухового апарату.

Під *морфологічною корекцією* розуміють **виправлення** кривизни хребта, кута нахилу таза, асиметрії плечового поясу, лопаток.

Фізіологічна корекція передбачає використання фізичних вправ, спрямованих на нормалізацію функцій серцево-судинної, дихальної та нервової систем.

Змістом *активної корекції* є свідоме і цілеспрямоване використання учнем спеціальних корегуючих вправ у поєднанні з оздоровчими засобами фізичної культури.

Пасивна корекція - це ряд спеціальних впливів, що відбувається без активної участі дитини (пасивні рухи, масаж, корсети, супінатори тощо).

Комплексне використання заходів корекції є умовою раціональної організації роботи по ліквідації порушень постави у дітей.

Основними завданнями *фізичного виховання* дітей з порушеннями постави є:

- покращення емоційного стану і нормалізація основних нервових процесів;
- покращення діяльності серцево-судинної, дихальної та травної систем;
- покращення загального фізичного розвитку;
- виправлення дефекту постави через відновлення правильного взаєморозташування всіх частин тіла;
- виховання і закріплення навички правильної постави.

При підборі засобів фізичного виховання спеціальної корекції для вирішення завдання ліквідації порушень постави необхідно дотримуватись наступних *принципів*:

- *мобілізації хребетного стовпа* (який реалізується за допомогою вправ, спрямованих на збільшення рухливості в зоні викривлення);
- *витягнення хребетного стовпа* (який реалізується через виконання фізичних вправ на розтягнення зв'язкового апарату хребта);
- *вигинання хребетного стовпа* в напрямку викривлення;
- *створення м'язового корсету* (який реалізується через виконання фізичних вправ, спрямованих на зміцнення ослаблених м'язів тулуба, підвищення рівня їх силової витривалості). Роботу по підтриманню скелету в чітко визначеному положенні виконують біля 300 великих і дрібних м'язів. А у підтриманні лише хребта приймають участь біля 150 м'язів і два десятка м'язів забезпечують пряме утримання голови. Їх напруження повинно відбуватися із відповідною силою, що забезпечує правильне положення тіла. "Помилка" будь-якого м'яза чи групи м'язів спричиняють порушення постави. Таким чином, формування м'язового корсету має особливий сенс.
- *розвантаження хребта* (який реалізується через виконання фізичних вправ з вихідних положень лежачи на спині та животі, у висі і особливо в упорі стоячи на колінах, що дає можливість цілеспрямовано діяти на окремі відділи хребта. Вибір вихідного положення в кожному конкретному випадку визначається характером порушення постави).

Завдання формування правильної постави передбачає використання вправ на розвиток гнучкості та рухомості хребетного стовпа, кульшових і плечових суглобів; створення м'язового корсету; розвиток і удосконалення м'язово-суглобового відчуття через формування стереотипу правильного положення тіла під час ходьби, сидіння, стояння, виконання різних видів діяльності.

Навичка правильної постави формується на основі позних рефлексів. Найбільш вивченими серед них є шийно-тонічні рефлексі, які визначають положення голови відносно тулуба. Так, коли людина опускає голову вниз, у неї різко понижується тонус м'язів плечового поясу і верхньої частини тулуба, які підтримують тіло у вертикальному положенні. При цьому спина набуває дугоподібної форми, зводяться вперед плечі, вип'ячується живіт. При прямому положенні голови, людина мимовільно набуває правильної постави. Тому вправам, що тренують правильне положення голови відносно

тулуба необхідно приділяти особливу увагу. Розвивати статичну витривалість м'язів шиї допомагають вправи з утриманням на голові різних предметів (дерев'яних кружечків, мішечків вагою у 200-300г, наповнених дрібними камінцями, піском, чи сіллю).

Корегуючі фізичні вправи чергуються з розслабленням м'язів і дихальними вправами та добираються в залежності від виду порушення постави.

Ефективність корегуючої гімнастики значно підвищується при застосуванні плавання. У воді використовуються різноманітні вправи для розвитку сили і витривалості м'язів та виховання правильної постави. Для цього застосовують ласті, надувні круги, м'ячі, дошки з пінопласту та інші підтримуючі засоби, які фіксують на рівні тазу, що не дозволяє прогинатися дитині у поперековій ділянці і розвантажують хребет.

Вибір стилю плавання визначають характером дефекту. Для усунення сутулості рекомендують плавати вільним стилем чи способом брас на спині. Для корекції асиметричної постави варто плавати на боці та способом брас на грудях чи спині. Останній стиль є основним при порушенні постави, оскільки складається з симетричних, послідовних плавальних рухів руками і ковзання.

**Завдання для дистанційного навчання з дисципліни МЕТОДИКА
ВИКЛАДАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ У СПЕЦМЕДГРУПАХ**

для студентів II курсу з спеціальності 014,017 ОС «бакалавр».

Завдання № 1.,2.

Дайте розгорнуту письмову відповідь на нижче наведені питання, користуючись літературою та конспектом лекції, який надається. Надішліть електронною поштою на адресу antonina.spivak@uzhnu.edu.ua Вкажіть дату виконання, своє прізвище та ім'я.

1. Лекцію коротко законспектувати.
2. Виписати всі невідомі терміни і знайти їх значення.
3. Підготувати і законспектувати комплекс вправ з корегуючої гімнастики для профілактики порушень постави.
4. Плоска спина, Кругла спина, Кругло-вгнута спина, Плоско-вгнута – зобразити в конспекті схематично.

Конспект лекції додається.

Співак А.П.

18.03.2020 р.

