

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО
ВИХОВАННЯ І СПОРТУ УКРАЇНИ
КАФЕДРА КІНЕЗИОЛОГІЇ ТА ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня магістра
за спеціальністю 017 Фізична культура і спорт
освітньою програмою «Фізкультурно-спортивна реабілітація»
на тему: **«Корекція порушень постави у дітей дошкільного віку засобами
фізкультурно- спортивної реабілітації»**

здобувача вищої освіти
другого (магістерського) рівня
Дяченко Вікторії Олександрівни

Науковий керівник: Шевчук О.М.
доцент кафедри кінезіології та
фізкультурно-спортивної реабілітації

Рецензент: _____

Рекомендовано до захисту на засіданні
кафедри
(протокол № ... від11.2024 р.)
Завідувач кафедри: Кашуба В.О.
доктор наук з фізичного виховання та спорту,
професор

ЗМІСТ

ВСТУП		4
РОЗДІЛ 1.	ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ФІЗКУЛЬТУРНО- СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	5
1.1.	Анатомо-фізіологічна характеристика особливостей формування постави у дітей дошкільного віку	7
1.2	Фактори, які впливають на поставу дітей дошкільного віку	10
1.3.	Класифікація та клінічна характеристика порушень постави та супутніх захворювань	14
1.4.	Профілактика та лікування порушення постави засобами фізкультурно- спортивної реабілітації	15
	Висновки до 1 розділу	28
РОЗДІЛ 2.	МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ	27
2.1.	Методи досліджень	27
2.2.	Організація дослідження	29
РОЗДІЛ 3.	ОБГРУНТУВАННЯ ПРОГРАМИ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ФІЗКУЛЬТУРНО–СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	31
3.1.	Теоретико-методичне обґрунтування вибору фізичних вправ, для фізкультурно–спортивної реабілітації порушень постави дітей дошкільного віку	31
3.2.	Експериментальна програма реабілітації порушень	

	постави у дітей молодшого шкільного віку	34
3.3.	Обґрунтування ефективності експериментальної програми корекції постави дітей дошкільного віку	46
	Висновки до розділу 3.	54
	ВИСНОВКИ	55
	СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	57

ВСТУП

Актуальність. В Україні щорічно збільшується кількість дітей дошкільного віку з проблемами опорно-рухового апарату. На даний час результати планових обстежень це діти від 4-6 років, показують що порушення постави мають 65% майже дів третини обстежених дітей. Таким чином, чим раніше буде виявлено проблема, тим легше її виправити. Порушення постави дуже часто діагностують у дітей дошкільного віку, приблизно в 3 роки та у більш старшому віці [55].

Будь-яке порушення постави негативно впливає на наш опорно-руховий апарат призводить до: порушень дихальної системи; травної системи; серцево-судинної системи; репродуктивної системи. Профілактика, та лікування дітей, з порушеннями постави є однією із головних проблем, що визнає МОЗ.

Діти дошкільного віку вимагають більш прискіпливого нагляду та частішого огляду опорно-рухового апарату, та зміни постави, тому що в цей період дитина активно росте, та активно розвивається скелетна та м'язова системи [36].

Самі по собі порушення постави у дітей не є небезпечними для життєдіяльності дитини, а на ранніх стадіях сколіозу, або викривлення лопаток вони дуже легко виправляється та піддаються корекції. Але якщо не звертати на них увагу в початкову стадію, викривлення набуває більш явного характеру.

В зв'язку з цим в дитячих садочках та інших закладах почали більше уваги приділяти фізичним вправам для дітей дошкільного віку. Що в деякій мірі покращує фізичний стан дітей. Проте такі заходи є недостатніми. Так наприклад, часто використовують фізичні вправи та проводять заняття, що не співпадають зі спеціальними програмами лікувально-оздоровчої фізкультури, та не сприяють усуненню порушень постави [29].

Тому все що сказано вище свідчить про те, що проблема порушення постави у дітей дошкільного віку є дуже актуальною в наш час. Що і сформувало мету нашого дослідження.

Метою дослідження розробка та обґрунтування програми корекції та профілактики порушень постави у дітей дошкільного віку засобами фізкультурно- спортивної реабілітації та оцінка її ефективності.

Згідно поставленої мети було сформовано задачі дослідження.

Задачі дослідження:

1. Визначити особливості формування постави та розвиток її порушень у дітей дошкільного віку та вивчити сучасні методи корекції постави.
2. Визначити засоби фізкультурно- спортивної реабілітації та їх придатність для корекції постави дітей дошкільного віку.
3. Розробити та обґрунтувати програму корекції та профілактики порушень постави у дітей дошкільного віку засобами фізкультурно- спортивної реабілітації та оцінити її ефективність.

Зв'язок роботи з науковими планами та темами. Робота виконана згідно з науковим планом у держбюджетній НДР за темою 3.2. "Теоретико-методичні основи біомеханічних технологій у фізичному вихованні, спорті, реабілітації з урахуванням індивідуальних особливостей моторики людини".

Об'єкт дослідження – процес корекції постави у дітей дошкільного віку.

Предмет дослідження – засоби та методи фізкультурно-спортивної реабілітації, при порушеннях постави у дітей дошкільного віку.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що:

- вперше розроблено та обґрунтовано програму корекції та профілактики порушень постави у дітей дошкільного віку засобами фізкультурно- спортивної реабілітації та оцінити її ефективність;
- доповнено дані, щодо порушень постави дітей дошкільного віку.

Теоретична значимість: розширено теоретичні відомості про корекцію постави дітей дошкільного віку засобами фізкультурно-спортивної реабілітації.

Практична значимість: розроблена програма корекції та профілактики порушень постави дітей дошкільного віку може бути використана в дитячих садочках та реабілітаційних центрах.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та практичних рекомендацій, представлена на 61 сторінці комп'ютерного тексту, робота містить 8 рисунків та 7 таблиць. У роботі використано 56 джерел літератури.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1.1 Анатомо-фізіологічна характеристика особливостей формування постави у дітей дошкільного віку

Постава – звичайне положення тулуба, поза, яка обумовлена конституційними, спадковими факторами, що залежить від тону м'язів, стану зв'язкового апарату, вираженості фізіологічних вигинів хребта.

Хребетний стовбур служить твердою опорою скелету, та складається з 33, або з 34 хребців. В залежності від розташування та функцій хребців мають специфічні особливості в будові (рис. 1.1)

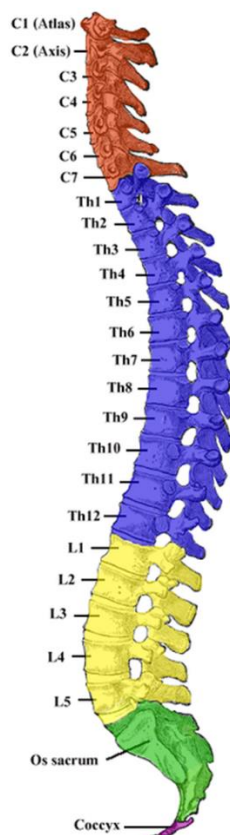


Рис. 1.1 – Будова хребцевого стовпа

Хребцевий стовп складається з п'яти відділів: шийного відділу, який складається з 7 хребців, С1—С7; грудного відділу (12 хребців, Th1—Th12); поперекового відділу (5 хребців L1—L5); крижового відділу (5 хребців, S1—S5); куприковий відділ (3-4 хребців, Со1—Со4), іноді до 5 (Со5).

При розвитку хребта в процесі онтогенезу прийнято розрізняти наступні стадії: кісткову, хрящову та перетинчасту [15].

Даний період починається розвиватись ще у ранньому періоді, ембріональному. В процесі розвитку формується 4 фізіологічні вигини. Два вигини вперед, два назад. Вперед називаються шийним та поперековим лордозом, а назад називаються грудним та крижовим кіфозом.

Завдяки вигинам хребта ми маємо змогу сидіти, стояти, ходити. Завдяки вигинам хребет людини виконує ресорну та захисну функції для спинного та головного мозку, збільшується стійкість та рухливість хребта. У діток до року хребет рівний без вигинів [16].

В перші місяці розвивається шийний лордоз, це пов'язано з тим що дитина піднімає голову. На другому році життя, коли дитина починає ходити у дитини з'являється поперековий лордоз, під дією м'язів, яке забезпечують вертикальне положення тулуба, та кінцівок під час ходіння та стояння. Після того як з'явилися вигини шийний лордоз та поперековий лордоз, між ними відбувається розвиток проміжного вигину хребта -тобто грудного кіфозу. Крижово- куприковий кіфоз він формується ще в ембріональному розвитку, під дією м'язів тазового дна. У 6-7 років фізичні кривизни намічаються вже досить чітко ,а до 20-25 років, формування закінчується [14].

Правильна постава є однією з обов'язкових фаз розвитку. Хороший фізичний розвиток та повноцінне здоров'я дітей можливе тільки при правильній поставі.

Визначається вертикальне положення голови – підборіддя злегка підняте, лінія, що з'єднує нижній край орбіти очі і козілок вуха, горизонтальна; шийно-

плечові кути, утворені бічною поверхнею шиї і надпліччя, однакові; плечі розташовані на одному рівні, злегка опущені і розведені; грудна клітка симетрична і трохи виступає, живіт підтягнутий, лопатки притиснуті до тулуба, розташовані на одній горизонтальній лінії [24].

При огляді збоку правильна постава характеризується трохи піднятою грудною кліткою і підтягнутим животом, прямими нижніми кінцівками, також помірно вираженими фізіологічними вигинами хребетного стовпа. У перші роки життя дитини необхідно повноцінне харчування, масаж та фізкультура для здоров'я в цілому і нормального формування хребта. Регулярні візити до лікаря дозволяють своєчасно виявити порушення опорно-рухового апарату.

Здорова дитина повинна багато рухатися (через особливості дитячої нервової системи і м'язів). Якщо знаходитися в одній позі в положенні сидячи або стоячи доводиться довше декількох хвилин, дитина «обвисає», вертикальна навантаження переноситься з м'язів на зв'язки і між хребцеві диски, починається формування неправильного рухового стереотипу і поганої постави. Невелика, регулярне фізичне навантаження (плавання, домашні тренажери, більше рухливих ігор і трохи менше телевізора, щоденна фізкультура) – необхідні умови нормального розвитку опорно-рухового апарату [33, 43].

У різні вікові періоди постава дитини має свої особливості. Так, для постави дошкільнят найбільш характерними є плавний перехід лінії грудної клітини в лінію живота, який виступає на 1-2 см, а також слабо виражені фізіологічні вигини хребта. Для постави школярів характерні помірно виражені фізіологічні вигини хребта з незначним нахилом голови вперед, кут нахилу тазу у дівчат більше, ніж у хлопчиків: у хлопчиків – 28 °, у дівчат – 31 °. Найбільш стабільна постава відзначається у дітей до 10-12 років [35].

1.2. Фактори, які впливають на поставу дітей дошкільного віку

Постава – звичне положення тіла невимушено стоячої людини. Правильна постава забезпечує оптимальні умови для функції всіх органів і систем організму як єдиного цілого.

Найбільшу роль у формуванні постави відіграють хребет і таз. Крім того, мають значення зріст, маса тіла, окремі розміри тіла, ступінь розвитку мускулатури, підшкірного жирового шару та ін.

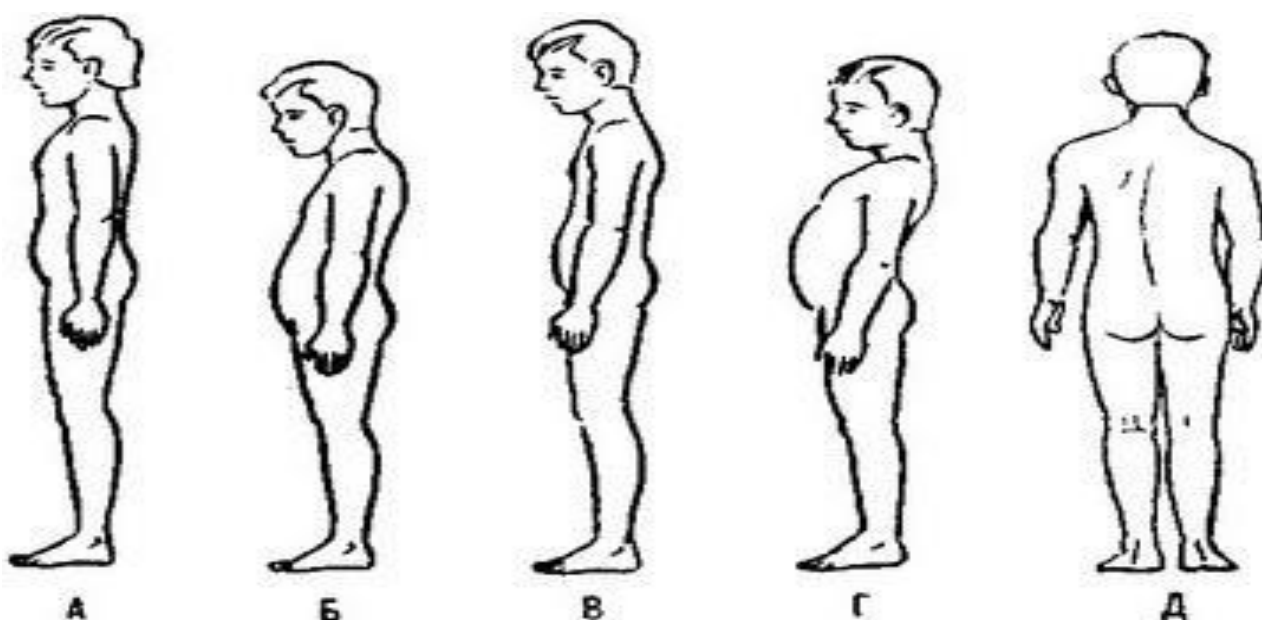


Рис. 1.2 – А- правильна постава, Б- кругла спина, В – плоска спина, Г- кругло ввігнута спина, Д- порушення постави у фронтальній площині.

Правильна постава характеризується симетричним розташуванням частин тіла щодо хребта, при цьому голова дивиться прямо, підборіддя злегка підняте, плечі розгорнені, надпліччя розташовані на одному рівні, кути, утворені бічною поверхнею шиї і надпліччя, симетричні, живіт підтягнутий, ноги розігнуті в колінних і кульшових суглобах; грудна клітка не має западання або випинань і

симетрична відносно середньої лінії; лопатки притиснуті до тулуба, їх кути розташовані на одній горизонтальній лінії; трикутники талії симетричні [32].

Умови зовнішнього середовища (тривалість і величина навантаження, положення тулуба під час навчальних занять, роботи) і функціональний стан мускулатури роблять певний вплив на форму хребта. Можуть змінитися його фізіологічні вигини (збільшуватися або зменшуватися), положення поясу верхніх і нижніх кінцівок, з'явиться схильність до асиметричного положенню тіла. Таке положення тіла поступово приймає характер стереотипу, і неправильна звична установка може закріпитися. У формуванні дефектів постави істотну роль відіграють неправильне фізичне виховання і пов'язаний з ним недостатній фізичний розвиток дитини, погані гігієнічні умови (замалий одяг, м'яке ліжко та ін.), а також перенесені в ранньому дитинстві захворювання (рахіт, туберкульоз, інфекційні захворювання). Постава може змінюватися під впливом несприятливих робочих поз (кругла спина у слюсаря, токаря) або занять такими видами спорту, як велосипедний спорт, бокс та інші, а також в процесі деяких захворювань (наприклад, радикуліту, виразкової хвороби) [27].

Порушення постави можуть бути в сагітальній та фронтальній площинах. У сагітальній площині розрізняють дефекти постави, пов'язані зі збільшенням фізіологічних вигинів хребетного стовпа (кругла спина, кругло-увігнута спина) і з їх зменшенням (плоска спина, плоско-ввігнута спина).

Кругла спина характеризується зменшенням вигинів шийного і особливо поперекового відділів і збільшенням вигину грудного відділу хребта.

Зовнішні ознаки круглої спини: голова нахилена вперед, спина дугоподібна, плечі звисають, крилоподібні лопатки, дещо звисаючий живіт, сплюснені сідниці, злегка зігнуті в колінах ноги. При круглій спині зв'язки і м'язи спини розтягнуті, а грудні м'язи вкорочені. Від круглої спини потрібно відрізнити кіфоз [30].

Кіфоз – це фіксоване викривлення хребта назад, що виникає в результаті будь-якого патологічного процесу (рахіту, посттравматичних порушень тощо), тоді як кругла спина є в більшості випадків результатом неправильної постави, шкідливих впливів неправильної пози під час навчальних і професійних занять, сну та ін.

При круглій спині розтягнуті слабкі зв'язки і м'язи спини не забезпечують максимального розгинання хребта, що зменшує глибину вдиху і дихальну екскурсію грудної клітки. Укорочені м'язи черевної стінки погано розтягуються і ускладнюють екскурсію діафрагми, а це, в свою чергу, знижує життєву ємність легень. Неповноцінна екскурсія грудної клітки і пов'язане з цим поверхневе дихання призводять до зменшення присмоктувальної сили грудної клітки і ускладнюють роботу серця [47].

У зв'язку з несприятливим впливом круглої спини на функціональний стан внутрішніх органів необхідно якомога раніше почати боротьбу з цим дефектом постави, використовуючи як профілактичні засоби, так і фізичні вправи. Запущені форми круглої спини можуть придбати стійкий характер і дуже важко піддаються корекції [55, 56].

Плоска спина характеризується зменшенням всіх фізіологічних вигинів хребта, особливо в поперековій області, внаслідок чого його ресорна функція знижена, а це, в свою чергу, негативно позначається на стані спинного і головного мозку при бігу, стрибках та інших пересуваннях.

У зв'язку з цим люди з подібною деформацією скаржаться на швидку стомлюваність, головні болі, зниження фізичної працездатності та ін. Грудна клітка у них сплюснена, вузька, м'язи спини ослаблені, лопатки найчастіше відстоять від хребта. Діти з такою поставою особливо схильні до бічних викривлень хребта. Основною причиною сплюснення спини є недостатній кут нахилу таза. Лікування плоскої спини повинно полягати в наданні тазу нормального кута нахилу і зміцненні всіх м'язів тулуба [23].

Кругло увігнута спина характеризується збільшенням фізіологічних вигинів в передньо-задньому напрямку. У верхній половині тулуба відзначаються майже ті самі зміни, що при круглій спині. У нижній половині внаслідок збільшення кута нахилу таза різко збільшена поперекова кривизна, поперекова область сильно прогнута вперед, черевна стінка розтягнута (відвислий живіт). Цей дефект постави може виникнути через тривале перебування в положенні сидючи або лежачи, коли м'язи задньої поверхні стегон і сідничні м'язи розтягнуті, а м'язи передньої поверхні стегон, навпаки, вкорочені. Положення таза в значній мірі залежить від рівномірної тяги цих м'язів, при їх порушенні нахил таза і, отже, поперекова кривизна хребта збільшуються, що і відзначається в положенні стоячи. Цей дефект піддається корекції легше, ніж кругла спина [19].

Плоско- увігнута спина є варіантом плоскої спини, зустрічається не часто і характеризується зменшенням грудного кіфозу при нормальному або декілька збільшеному поперековому лордозі. При цьому дефекті постави таз сильно нахилений вперед і зміщений к заду, сильно випнуті к заду сідниці, м'язи живота ослаблені, грудний та шийний відділи хребта сплюснені.

До порушень постави у фронтальній площині ставиться так звана асиметрична постава (рис. 1.3. Д). Вона характеризується асиметрією між правою і лівою половинами тулуба. При цьому дефекті постави на рентгенограмі хребта як в положенні лежачи, так і в положенні стоячи відхилень від норми не спостерігається. Це відхилення нестійке, воно може бути виправлено самостійно шляхом напруги м'язів.

Всі перераховані типи порушень постави є функціональними розладами опорно-рухового апарату і несприятливо позначаються не тільки на діяльності серцево-судинної, дихальної та нервової систем [10].

1.3. Класифікація та клінічна характеристика порушень постави та супутніх захворювань.

Дефекти які виникають в грудному відділі полягають в тому що збільшується грудний кіфоз, шляхом створення гіперкіфозу грудної клітки. Коли хребет вигинається назад то виходить тотальний кіфозу. Причиною можуть бути декілька факторів: - це м'язова дистонія коли іде порушення балансу тону м'язів спини [14].

Вторинні захворювання , які спричиняють загострення грудного кіфозу, це хвороба: Шейермана- Мау; рахіт; посттравматичні ураження; туберкульоз хребта.

Характеристики: Слабкість та розтягнення м'язів спини; Великі та малі грудні м'язи та зубчасті м'язи дуже перенапруженні та стискаються; Порушення функції дихальної клітки; Голова та плечі виступають вперед; Нерівні лопатки від лінії хребта; Зниження фізіологічного нахилу таза [20].

Люди з округлою формою спини, частіше хворіють на запальні захворювання, верхніх дихальних шляхів. Тоді люди страждають на головокружіння, головного болю, розлади шлунково-кишкового тракту.

Різновиди округлої спини- патологічний кіфоз, вроджений остеогенний кіфоз, кіфо-сколіоз, та набутий патологічний кіфоз.

Посттравматичний кіфоз може бути наслідком перелому хребта, або виникнути після травми.

Фітозний кіфоз (в простому значенні горб) є наслідком дитячого рахіту. Туберкульозний кіфоз є наслідком туберкульозу хребта в грудному сегменті, з'являється він до 10 років (Рис. 1.3).

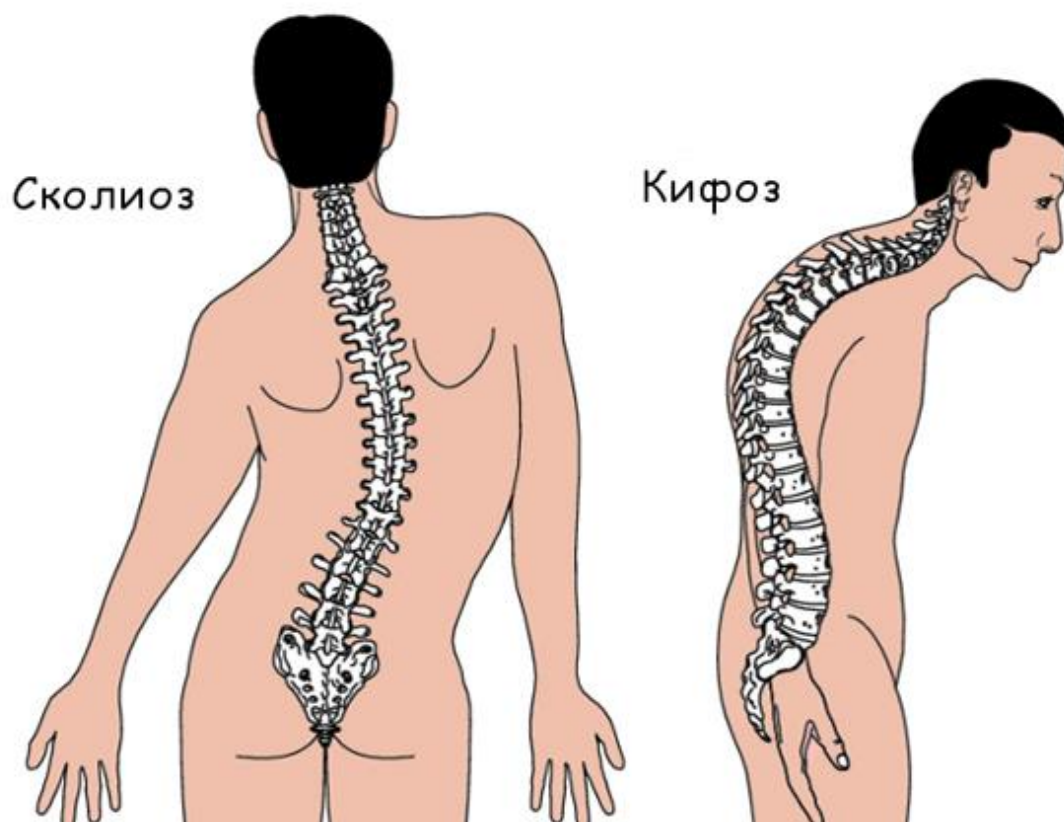


Рис. 1.3 – порушення постави у фронтальній та сагітальній площинах

Вправи застосовують для корекції постави гіперкіфозу грудної клітки, спрямовані на корекцію м'язів для того щоб вони змогли правильно тримати поставу дитини.

1.4. Профілактика та лікування порушення постави засобами фізкультурно- спортивної реабілітації

Фізкультурно-спортивна реабілітація – це система заходів, розроблених із застосування фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення і компенсацію за допомогою занять фізичною культурою і спортом функціональних можливостей її організму для поліпшення фізичного і психологічного стану [57]. До засобів фізичної реабілітації відносять всі форми

ЛФК - різноманітні фізичні вправи, елементи спорту, масаж, мануальну терапію [29, 47]. Ідеальна постава – це не просто зовнішня естетика тіла людини, а й запорука здоров'я хребта. А отже, і багатьох інших органів і систем організму. Однак ідеальна постава є не у всіх. Хтось народжується з патологіями, а багато людей набувають порушення постави з різних причин.

Більш детальний аналіз причин виникнення, різних порушень постави і профілактику цих патологій викладено далі за текстом.

Причини порушення постави. Порушення постави – це будь-яке відхилення тулуба від природного положення внаслідок порушення фізіологічних вигинів хребта (згладжування або навпаки посилення) [40].

Порушення постави не вважають хворобою. Однак воно є прямою передумовою для розвитку серйозних хвороб. Наприклад сколіоз, патологічний кіфоз і патологічний лордоз. Багато інших хвороб опорно-рухового апарату також можуть бути спровоковані «банальними» порушеннями постави. Тому ігнорувати порушення постави не можна ні в дитячому, ні в дорослому віці.

Причини порушень постави можуть бути вродженими (різні аномалії розвитку хребців) і набутими. Набуті порушення постави зустрічаються набагато частіше.

Найбільш поширені причини набутих порушень постави: Неправильне положення тіла за столом протягом тривалого часу. Тому порушення постави – біда школярів, студентів і представників сидячих професій.

Неправильне співвідношення висоти столу і стільця на робочому місці щодо зросту людини [37].

Тривале напруження спини в одному положенні в поєднанні з недостатньою фізичною активністю може викликати значний перелік супутніх захворювань, таких, як:

- Травми шиї, спини;
- Деякі інфекційні захворювання;

- Хвороба Бехтерева (хронічне запалення суглобів хребта);
- Рахіт;
- Плоскостопість;
- Дисплазія кульшових суглобів.

Перші ознаки порушення постави у дорослого або дитини неважко помітити, якщо бути уважним. Це сутулість, занадто сильний поперековий вигин, висунута вперед шия, неприродньо округла спина. Або навпаки – рівна, як дошка, спина [24].

Різновиди порушень постави розрізняють в залежності від викривлення різних відділів хребта, рисунок 1.4.

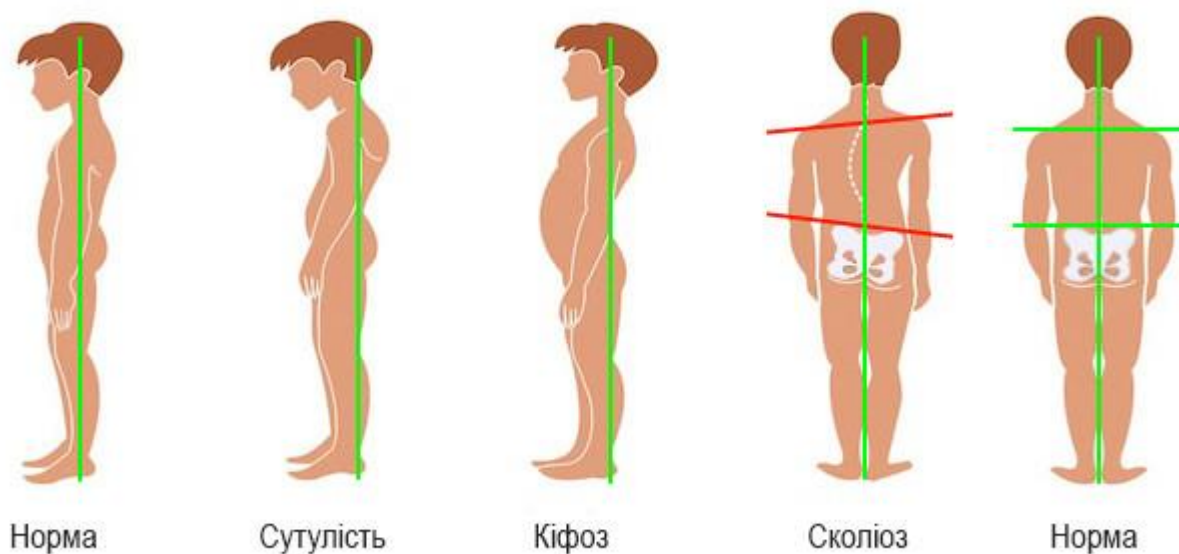


Рис. 1.4 – Порушення постави в залежності від викривлення різних відділів хребта

Наприклад, при сутулості збільшується кіфоз і зменшується лордоз. Якщо кіфоз збільшується ще сильніше, а лордоз при цьому практично повністю відсутній, лікарі говорять про круглу спину. Зустрічається також кругло-

ввігнута спина. При цьому збільшується і кіфоз, і лордоз (не тільки попереку, але і шиї). За аналогією з попередніми прикладами, є плоска (згладжені абсолютно всі природні вигини) і плоско-ввігнута (зменшений кіфоз і нормальний або збільшений лордоз) спина [21].

Діагноз «сколіоз» зустрічається найчастіше серед дітей шкільного віку. І це вже не просто вид порушення постави, а хвороба хребта. Вона характеризується викривленням хребта вправо або вліво від своєї природної осі. При цьому зсуваються хребці, які здавлюють нервові корінці, викликаючи біль, утруднюючи повноцінне дихання.

Сколіоз розрізнити легко: одне плече вище, ніж інше, трикутники талії асиметричні у вертикальному положенні тіла, вісь хребта викривляється у формі літери S, з часом формується реберний горб.

А починається сколіоз з асиметричної (сколіотичної) постави. Якщо вчасно помітити дугоподібне викривлення хребта в бік, поки хребці ще не почали скручуватися, повернути здорову поставу буде набагато простіше і швидше.

Діагностика і профілактика порушення постави. Зазвичай порушення постави легко діагностувати за допомогою зовнішнього огляду та інструментальної діагностики. Раніше це була рентгенографія, але в наш час набагато ефективніше, інформативніше і безпечніше використовувати РТ.

Магнітно-резонансна томографія безпечна навіть для маленьких дітей і вагітних жінок, тому що не має шкідливого випромінювання, на відміну від рентгену. Профілактика порушень постави нескладна, але вона заслуговує на особливу увагу. Особливо якщо мова йде про школярів, студентів або офісних працівників.

Батькам школярів потрібно ретельно підбирати стіл і стілець з урахуванням росту дитини. Правильно організувати ергономічне навчальне місце з освітленням. Щоб хребет дитини не страждав від вантажів, необхідний

якісний ортопедичний портфель. Також важливе хороше ортопедичне взуття, яка попередить розвиток плоскостопості. Слідкуйте, щоб дитина не засиджувалася за столом годинами – кожні 30-40 хвилин необхідно вставати і розминатися.

Багато з цих рекомендацій відмінно підходять і для дорослих. Наприклад, правильна організація робочого місця, перерви в роботі на розминку і компенсація сидячої роботи фізичною активністю у вільний час стануть досить ефективною профілактикою порушень постави (рис. 1.5) [49].

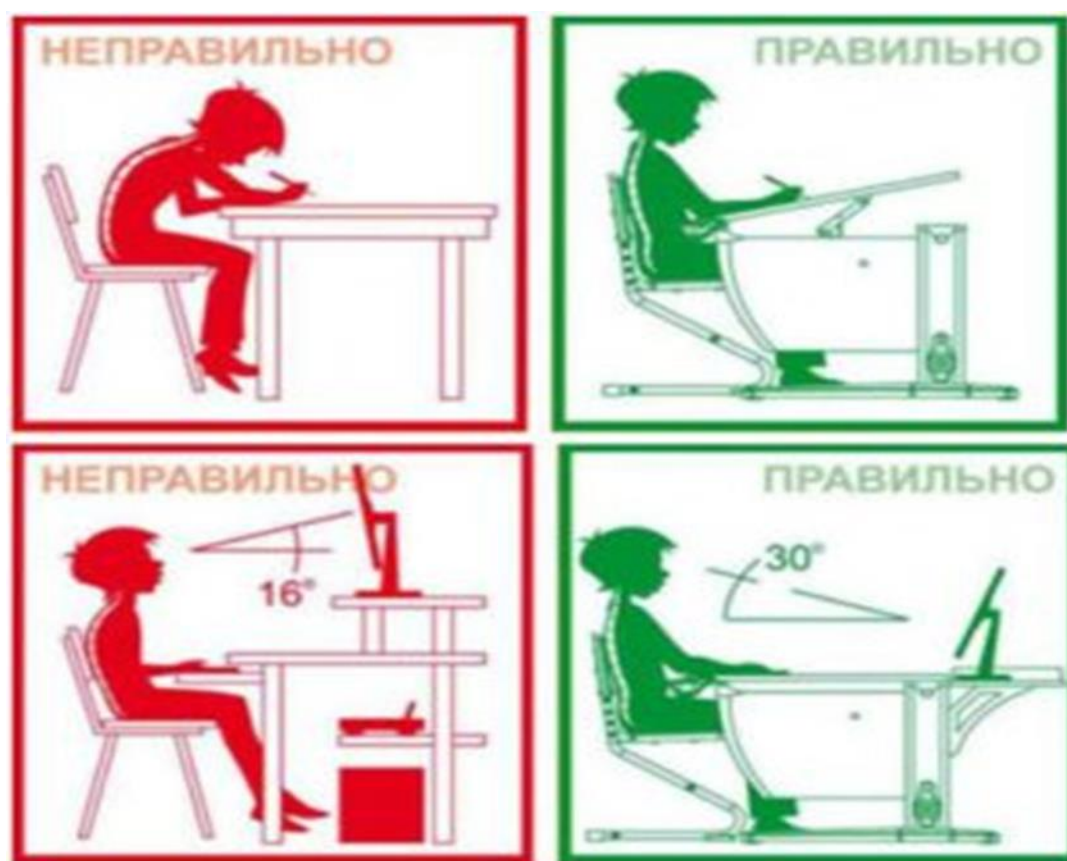


Рис. 1.5 – Варіанти організації робочого місця дитини

Діагностика дітей можна використати такі назви тестів: Шкала болю ВАШ Візуально-аналогова шкала (ВАШ) — метод суб'єктивної оцінки болю. Пацієнта просять відмітити на неградуйованій лінії довжиною 10 см точку, яка відповідає ступеню вираженості болю. Ліва межа лінії відповідає визначенню

«болю немає», права — «найгірший біль, який можна собі уявити». Мануально-м'язове тестування - це науково обґрунтований метод визначення тону та сили скелетного м'яза, який має зв'язок з відповідним внутрішнім органом, хребцем, меридіаном, нейролімфатичною, нейроваскулярною зонами тощо. М'язовий тест – це можливість біологічно зворотного зв'язку з тілом досліджуваного. Правильно оцінений тест допомагає виявити структурні, обмінні та психоемоційні порушення, встановити основний дисбаланс та причину захворювання, зрозуміти, що необхідно внутрішнім органам для нормальної роботи, провести індивідуальну корекцію виявлених порушень та цілеспрямоване лікування.

Кінезіотерапія – це метод, що допомагає діагностувати та лікувати пацієнта. Цей метод використовується для всіх груп та враховує функціональні особливості організму. Кінезіотерапія виключає з себе не лише медикаментозне лікування, та хірургічні втручання, а дозволяє корегувати поставу за допомогою фізичних вправ [18].

Комплекси необхідних вправ можуть виконуватися на різноманітних тренажерах таких, як кросовер. Навантаження на якому легко дозується, тому на цьому тренажері можуть займатися в рівній мірі такі як літні люди, так і діти до 6 років, а також люди що мають різноманітні травми. Профілактор Євмінова це профілактичний тренажер, або як його ще називають дошка Євмінова – це просте, та достатньо ефективне обладнання для корекції постави та лікування хребта. Принцип роботи полягає в поступовому розтягуванні хребта, яке відбувається завдяки власній вазі людини [19]. Також, цей тренажер призначений для розслаблення спазмованих м'язів, нормалізації їх тону за допомогою розтягування. Зовнішній вигляд профілактора Євмінова представлено на рисунку 1.6.



Рис. 1.6 – Зовнішній вигляд профілактора Євмінова

Також, разом з виконанням фізичних вправ, в процесі корекції та профілактики порушень постави, в значному обсягу використовуються пасивні фізіологічні та лікувальні процедури. Наприклад, масаж, тейпування та фізіопроцедури.

Масаж — сукупність прийомів механічної і рефлекторної дії на тканини і органи, у вигляді розтирання, тиску, вібрації або погладження, що проводяться безпосередньо на поверхні тіла людини, як руками, так і спеціальними апаратами, через повітряне, водне чи інше середовище, з метою досягнення лікувального ефекту. Масаж є активним лікувальним методом, суть якого полягає в нанесенні дозованих механічних подразнень на тіло пацієнта різними, методично виконуваними спеціальними прийомами, що можуть виконуватися рукою масажиста або за допомогою спеціальних апаратів [12, 13, 21].

Масаж можливо робити дітям з починаючи з 1.5 місячного віку. Дитячий масаж дуже відрізняється від дорослого масажу. Завдяки масажу ми можемо затребувати поставу дітей дошкільного віку ,та шкільного. Тим не самим допомагаючи та розслабити м'язи, які не встигають рости при активному скачку дитини. Найбільш часті стану при дефектах постави, що вимагають

комплексної, цілеспрямованої терапії, включаючи масаж, - слабкість і гіпотрофія м'язового і зв'язкового-суглобового апаратів, гіпертонус окремих м'язових груп, деформація тих чи інших відділів хребта, больовий синдром, опущення внутрішніх органів, низький життєвий тонус, знижена фізична і психічна працездатність.

Завдання масажу: поліпшення загального обміну речовин, крово- і лімфообігу в м'язах всього тіла і місцях їх переходу в сухожилля; пом'якшення больового синдрому; зниження стомлюваності при заняттях фізкультурою і спортом; пасивна корекція хребта, загальне зміцнення м'язового апарату; зниження тонусу різних груп постуральних м'язів; поліпшення психоемоційного стану хворого; поліпшення функціонального стану дихальної, нервової та інших систем; підвищення фізичної і психічної працездатності [7].

Показання до масажу: всі види порушень постави в будь-який їх стадії. Область масажу. Масаж при порушеннях постави - це практично загальний масаж, що включає тулуб, пояс нижніх і верхніх кінцівок, шийний відділ, голову. Однак в силу різного характеру порушень в ОДА масаж повинен бути досить диференційований: обов'язкове чітка діагностика стану м'язового апарату - виявлення м'язів ослаблених і перерозтягнутому, напружених і укорочених, тригерних точок, больових синдромів. Це вимагає застосування індивідуалізованих процедур масажу. Велика частина локальних порушень відзначається в м'язах, що забезпечують правильне положення хребта, і в нижніх кінцівках (м'язи спини, попереку і шиї, косі і прямі м'язи живота, клубово-поперекові і сідничні, всі групи м'язів ніг, в тому числі гомілки і стопи), тому основна увага спрямована на масаж даних областей.

Три варіанти масажу при порушеннях постави: Загальний масаж з частотою 1-2 рази на тиждень, тривалість 30-40 хв; Локальний масаж, спрямований на м'язи і суглоби, на які падала основне навантаження при заняттях спортивними і лікувально-гімнастичними вправами. Він включає

вплив на сегментарні зони при їх наявності, звичайно в попереково-крижовій області. Такий масаж тривалістю 15-20 хв може проводитися щодня; Попередній масаж, який готує нервово-м'язовий і зв'язковий-суглобової апарати пацієнта до фізичних вправ і забезпечує тим самим можливість застосування фізичних навантажень більшої інтенсивності та тривалості. Тривалість 5-10 хв. Застосування тальку, олій не рекомендується, так як це ускладнює використання прийомів сегментарного масажу, ішемічного компресії та інших прийомів диференційованого масажу, а також діагностику стану м'язів.

Використовують всі прийоми масажу - прогладжування, розтирання, розминку, вібрацію, проте строго диференційовано, залежно від стану м'яких тканин тіла. Обов'язково використовуються прийоми сегментарного, точкового масажу та методи постізометричної релаксації. Так, в разі укорочення, спазмування м'язів проводять їх розтягування і розслаблення такими прийомами класичного масажу, як прогладжування (прямолінійний, почергове, спиралевидне і граблевидне по міжреберних проміжків на грудній клітці), розтирання, розминка (в основному розтягнення), лабільна і стабільна ніжна вібрація напружених м'язів (можливе застосування механічної вібрації), а також прийомами сегментарного масажу (вгвинчування, зміщення) і гальмівними прийомами точкового масажу.

Для активації розтягнутих, ослаблених м'язів використовують різні варіанти прогладжування, розтирання. Прийоми розминання тут більш різноманітні (одинарне, подвійне кільцеве, цікулярне і т.д.) і проводяться зі значною інтенсивністю. Підключають такий активний прийом масажу, як вижимання. Вібраційні прийоми проводяться також інтенсивно з включенням ударних прийомів і грубої вібрації. Завершує обробку ослаблених м'язів точковий масаж по тонізуючої методикою.

Для активації загальних обмінних процесів більше уваги приділяють розминці і переривчастої вібрації великих м'язових груп [11].

Ретельно опрацьовують місця переходу м'язів в сухожилля, апоневрози, місця прикріплення м'язів до кісткової тканини, між м'язового простору. Через слабе кровопостачання ці ділянки найбільш сильно страждають в ході занять фізичними вправами.

Також одним з ефективних засобів профілактики, корекції та лікування порушень постави є тракційні системи. Спинальна тракція – це форма декомпресійної терапії, яка знімає тиск на хребет. Тракція може виконуватися вручну або механічно. Це витягує хребет і покращує здатність організму до самолікування. Пацієнти із захворюваннями хребта отримують перевагу від цієї терапії, оскільки тракція знімає силу тяжіння. На рисунку 1.7 представлено зовнішній вигляд тракційної системи.



Рис. 1.7 – Зовнішній вигляд тракційної системи

Спинальну тракційну терапію можна проводити вручну або механічно, залежно від потреб пацієнта. При ручній – фізичний терапевт використовує руки, щоб ввести пацієнта в положення витягнення. Потім застосовують ручну силу на суглоби та м'язи, щоб розширити проміжки між хребцями. При

механічній –пацієнт лежить на столі, який має спеціальні інструменти для розтягування хребта. Фізioterапевт прикріпить до пацієнта ряд мотузок і строп, щоб механічно зняти тиск.

Спинальна тракція – це нехірургічний спосіб зняти біль і виправити проблеми в хребті. Незважаючи на те, що він має деякі потенційні побічні ефекти, витягнення хребта виконує постійне полегшення для більшості пацієнтів.

Спинальна тракція часто працює як доповнення для інших методів терапії, за допомогою інших фізичних методів терапії багато пацієнтів мають великий успіх при спінальному витягненні. Лікування зменшує біль і організм здатний самолікування. Деяким пацієнтам потрібна терапія лише протягом короткого періоду часу. Іншим це потрібно протягом усього життя.

Результати спінальної тракції включають в себе полегшення болю, правильне вирівнювання хребта та декомпресія суглобів, розтягує м'язи спини.

Висновки до розділу 1.

Аналіз наукової і науково-методичної літератури показав, що думки всіх практично всіх фахівців щодо необхідності нормалізації та корекції постави є практично однаковими. При визначенні дефектів постави у дослідників також не спостерігається істотних розбіжностей. Порушення постави в сагітальній площині залежить від зміни фізіологічних вигинів хребта. Останні виникають у результаті неправильної постави організації умов статичного навантаження і слабого фізичного розвитку дитини. Для виправлення дефектів постави цілеспрямоване використання засобів фізичного виховання виявляється недостатнім. Необхідною умовою є також вживання заходів, які сприяють покращенню фізичного розвитку дитини. До таких заходів перш за все належить організація сприятливих для дитини умов. Зовнішнього середовища – умов статичного навантаження, харчування, режиму дня, гігієнічних умов.

На підставі аналізу науково-методичної літератури виявлено, що Найбільш ефективними засобами і сучасними методами фізичної реабілітації дітей з порушенням постави є: кінезіотерапія, фізичні вправи, в тому числі на тренажерах, масаж та використання тракційних систем. Всі названі засоби реабілітації сприяють корекції постави і усунення її дефектів.

РОЗДІЛ II. МЕТОДИ І ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Для вирішення зазначених вище завдань використовувалися педагогічні та фізіологічні методи дослідження:

- аналіз і узагальнення науково-методичної літератури;
- соматоскопія;
- тестування;
- педагогічне спостереження;
- метод математичної статистики.

2.1. Аналіз і узагальнення науково-методичної літератури. Аналіз науково-методичної літератури дозволив узагальнити результати досліджень фахівців, які стосуються процесу формування правильної постави та її корекції, зіставити отримані в ході дослідження матеріали з наявними даними по реабілітації порушень постави і підвищення фізичної підготовленості дітей молодшого шкільного віку.

Було проаналізовано понад 56 джерел наукової та навчально-методичної літератури, що дозволило визначити основний напрям роботи, здійснити підбір оптимальних засобів і методів для проведення педагогічного експерименту.

Встановлення взаємозв'язку і взаємодії процесів підвищення фізичної підготовленості та формування правильної постави підтвердило доцільність включення в дослідження засобів і методів фізичної підготовки.

2.2. Соматоскопія. Соматоскопія – це зовнішній огляд, який проводиться лікарем, щоб визначити особливості постави і стану опорно-рухового апарату.

Огляд здійснюється при дуже гарному та рівномірному освітленні на фоні сітки. Обстеження здійснюється в двох площинах: сагітальній та фронтальній.

Дитина під час огляду повинна була стати в зручну для неї позу, а після цього необхідно зробити повний вдих – видих та розслабитися, ноги при цьому

повинні бути випрямлені, а стопи зімкнуті носками та п'ятами, пояс верхніх кінцівок розслаблений.

При огляді в фронтальній площині (вентральної) приділяли увагу положенню голови, рівню плечей, формі грудної клітини, рівень розміщення сосків, положенню тазу (рівень виступів клубових кісточок та зміщення вправо або вліво, скрутки). Огляд у фронтальній площині (дорзальної) дав більшу інформацію про поставу.

Спочатку обстежували положення голови, рівень плечей рівень нижніх кутів лопаток. В залежності від сторони зміщення від центральної осі верхнього плечового поясу можна було визначити правобічний або лівобічний сколіоз у грудному відділі. Далі фіксували рівень сідничних складок, також симетричність колінних та гомілковостопних суглобів (чи закручені коліна, наявність вальгусної та варусної стоп).

Далі огляд проводився в сагітальній площині правим та лівим боком. Тут визначали круглу спину, кругло-увігнуту, гіперкіфоз, гіперлордоз, гіполордоз за такими ознаками: кут нахилу голови, плечового поясу і таза; скрученість плечей вперед, за формою грудини та живота.

Для більш ясній і точній картині дітей просили підняти руки вгору, якщо спина випрямляється в одну лінію з руками – це сутулуватість, якщо не випрямляються, то це вже кругла спина або гіперкіфоз.

Педагогічне спостереження. Є одним з методів оцінки і реєстрації досягнень в процесі реабілітації порушень постави. Воно проводилося під час навчально-тренувальних занять. Особлива увага приділялася емоційному стану дітей, бажанням займатися, особливостям освоєння нових вправ.

Тестування. Тестування фізичних якостей проводилося за допомогою фізичних вправ, завдяки яким визначалася статична силова витривалість м'язів-розгиначів тулубу та сила м'язів-згиначів тулубу (за Горяноюю Г.О.) м'язів тулубу, тобто методом функціональних проб. Визначався рівень розвитку сили

та силової витривалості м'язів тулуба у дітей дошкільного віку за допомогою наступних фізичних вправ: 1) статична силова витривалість м'язів-розгиначів тулубу — «утримання тулуба у висі»: В.П. — лежачи животом на кушетці, руки за головою, ноги закріплені. Прогнутися. Торкатися кушетки лише животом (гребнем вертлюжної кістки). Вимірювався час утримання тулуба не нижче горизонталі у секундах. 2) силу м'язів-згиначів тулуба: В.п. — упор лежачи на спині, руки за головою, ноги зігнуті і закріплені. 1 — сід; 2 — В.п. Реєструється кількість рухів за хвилину. Ліктями торкатися колін, лягати на спину, лікті притискати до килима. 3) гнучкість тулуба Нахил тулуба вперед з положення сидячи Накреслена на підлозі лінія та перпендикулярна до неї розмітка в сантиметрах (на повздовжній лінії) від 0 до 50 см. Учасник тестування сидить на підлозі босоніж так, щоб його п'яти торкалися лінії. Відстань між п'ятами – 20-30 см. Ступні розташовані до підлоги вертикально. Руки лежать на підлозі колінами, долонями донизу. Партнер тримає ноги на рівні колін, щоб уникнути їх згинання. За командою «Можна» учасник тестування плавно нахиляється вперед, не згинаючи ніг, намагається дотягнутися руками якомога далі. Положення максимального нахилу необхідно утримувати протягом 2 с, фіксуючи руки на розмітці. Результатом тестування є позначка на перпендикулярній розмітці в сантиметрах, до якої учасник зміг дотягнутися кінчиками пальців рук.

Методи математичної статистики. Нами було використано метод середніх величин з визначенням середнього арифметичного та стандартного відхилення, а також не параметричний критерій Мана-Уїтні для визначення відмінностей між групами.

2.2. Організація дослідження

На першому етапі за даними науково-методичної вітчизняної та закордонної літератури досліджувались симптоми, діагностика, етіологія, патогенез, класифікація порушень постави дітей шкільного віку. Особлива увага

приділялась дослідженню основних положень фізичної реабілітації при порушеннях постави дітей шкільного віку, визначенню Найбільш дієвих методів та засобів фізичної реабілітації дітей шкільного віку. За результатами досліджень вітчизняних і закордонних вчених, наведених у науково-методичній літературі, досліджений стан питання з фізичної реабілітації дітей шкільного віку.

На другому етапі по роботах вітчизняних і закордонних авторів вивчалися методи дослідження, відбиралися найбільш інформативні. На третьому етапі по результатах дослідження визначали особливості Фізичної реабілітації дітей шкільного віку, розробляли програму фізичної реабілітації.

У дослідженні взяли участь діти різного шкільного віку з різними порушеннями постави, які були розподілені на 2 групи: експериментальну групу (ЕГ), контрольну (КГ) по 20 осіб у кожній. В ЕГ увійшли діти, які в період експерименту займалися кінезіотерапією за розробленою нами програмою на спеціальних тренажерах, відвідували масажні процедури, тейпувалися. Діти КГ займалися за спеціально підібраними програмами, які включили в себе стандартні вправи силового характеру, вправи на гнучкість. Експеримент проводився в ОЦК “Здоровий Рух” м. Київ. На третьому етапі були підведені підсумки експерименту, систематизація матеріалів дослідження, сформульовані висновки.

РОЗДІЛ 3: ОБГРУНТУВАННЯ ПРОГРАМИ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ФІЗКУЛЬТУРНО–СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

На сучасному етапі розвитку наукових знань фізкультурно-спортивну реабілітацію необхідно розглядати, як систему заходів, розроблених із застосування фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення можливостей людини та компенсацію функцій організму за допомогою занять фізичною культурою або спортом покращення функціональних можливостей організму людини та поліпшення її фізичного та психологічного стану.

Розглядаючи більш детально засоби фізичної реабілітації, ми можемо виділити наступні: різноманітні фізичні вправи, елементи спорту та змагальної діяльності, масаж та мануальну терапію.

3.1 Теоретико-методичне обґрунтування вибору фізичних вправ, для фізкультурно-спортивної реабілітації порушень постави дітей дошкільного віку

Програми і методики фізичної реабілітації та лікувальної фізичної культури, спрямованих на корекцію постави, містять велику кількість різноманітних фізичних вправ . Серед них, як фізіологічно більш вигідні, в основному, застосовуються симетричні вправи динамічного характеру. Але, незважаючи на це, багато авторів вказують на доцільність використання та статичних вправ, які мають позитивний вплив на м'язи спини, черевного преса та на формування правильної постави.

На думку Аболішина, А.Г. (2005), доцільно поєднання динамічних і статичних вправ для розвитку витривалості організму [1]. Дані вправи сприяють

розвитку силової витривалості, покращують кровообіг в м'язах і сприяють формуванню правильної постави. Після статичних зусиль рекомендується вводити вправи на розслаблення і активні рухи .

Ряд авторів запропонував розділити вправи на дві групи:

- загальні
- спеціальні.

Вправи першої групи надають загальну зміцнювальний вплив, сприяють гармонійному розвитку рухового апарату, зміцнюють і розвивають все м'язові групи.

Вправи, віднесені до другої групи, спрямовані на вироблення м'язово-суглобового відчуття правильної постави, на розвиток і тренування різних аналізаторів, які беруть участь в процесі підтримки правильної постави.

Підхід до використання вправ, спрямованих на формування правильної постави та її корекцію у різних авторів індивідуальний.

На думку Ловейко І.Д., будь добре виконане вправу сприяє формуванню правильної постави і її корекції [28, 29].

Шаханова А.В. переконана, що використання вправ, що розвивають статичну і силову витривалість на тлі виховання загальної витривалості, є важливою умовою профілактики різних порушень постави . У свою чергу, Аболішін А.Г. пропонує до основних засобів формування правильної постави віднести не тільки вправи на гнучкість, але і на розвиток швидко-силових якостей і на зміцнення певних груп м'язів, що беруть участь у формуванні правильної постави [1]. Арсланов В.А. стверджує, що для формування правильної постави важлива не сила м'язів взагалі, а рівномірність м'язового тону [2, 3].

Деякими авторами встановлено, що виконання симетричних вправ надає більшу напругу ослаблених м'язів на стороні опуклості, сприяє розтягуванню

м'язів на стороні угнутості і, тим самим сприяють рівномірному розподілу м'язового тонусу.

В ході досліджень, проведених поруч авторів, було встановлено, що повністю симетричних вправ немає. При різних вправах симетричного характеру м'язи активізуються по-різному.

Необхідно відзначити, що при підборі загальнорозвиваючих вправ велику увагу варто приділяти вихідним положенням. Правильне вихідне положення є необхідною умовою для подальшого виконання вправ. Фахівці з лікувальної фізичної культури використовують вихідні положення лежачи (на спині, на животі, на боці, які сприяють розвантаженню і випрямляння хребта, а так само симетрично розташовують тіло і вибірково зміцнюють м'язи спини і черевного преса. Перераховані вихідні положення дозволяють фіксувати лопатки в найбільш вигідному і сприятливому для них положенні, розташувати грудну клітку і реберні дуги в правильному положенні і виключити випинання живота і збільшення поперекового лордозу.

Й.Д. Ловейко для корекції постави пропонує використовувати упори лежачи на його думку, вони сприяють збільшенню м'язової роботи, а скорочення м'язів живота протидіє прогинанню тулуба [28].

У питанні використання у фізичній реабілітації для корекції постави вправ з вихідного положення упор стоячи на колінах думки авторів і фахівців різні. Так, І.Д. Ловейко вважає, що це положення і повзання можуть сприяти поглибленню вже наявних дефектів постави. Інші автори навпаки, відзначають їх благотворний вплив в зв'язку з розвантаженням хребта.

У зв'язку з усім вище сказаним в центрі кінезіотерапії "Здоровий рух" вправи виконуються у таких вихідних положеннях: лежачи, лежачи на животі, сидячи та у коліно-ліктьовому положенні.

Вправи виконуються на декомпресійних анти гравітаційних тренажерах, як силового характеру, так і на розвиток гнучкість, завдяки чому досягається позитивний результат в лікуванні порушень постави.

Всі вправи суворо дозуються і підібрані з урахуванням виду порушень постави.

3.2. Експериментальна програма корекції порушень постави у дітей дошкільного віку.

На першому етапі експериментальних досліджень нами було проведено констатуючий експеримент, щодо виявлення та класифікації порушень постави у дітей до шкільного віку, в якому брали 50 дітей.

У дослідженні на етапі констатуючого експерименту брали участь 50 дітей 4-5 років. В подальшому дослідженні (при проведенні формуючого експерименту), яке проводилося 60 днів, взяли участь 40 дітей дошкільного віку з різними порушеннями постави, які в формуючому експерименті були розподілені на 2 групи: експериментальну групу (ЕГ), контрольну (КГ) по 20 осіб у кожній. Вік дітей в контрольній та експериментальній групах становив 5 років.

В ЕГ увійшли діти, які в період експерименту займалися кінезіотерапією за розробленою нами програмою на спеціальних тренажерах, відвідували масажні процедури, та тейпування. Діти КГ займалися тільки за стандартними індивідуальними програмами. Експеримент проводився в ОЦК “Здоровий Рух” м. Київ. Для того, щоб визначити ефективність дії всіх засобів корекції постави у дітей дошкільного віку з порушенням постави, нами було розроблено спеціальну програму, яка підвищення цікавості дітей включала елементи гри.

Для проведення експериментального дослідження попередньо було вивчено контингент дітей дошкільного віку для відбору їх в експериментальну і контрольну групи, виходячи з патології дефектів постави (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1

Розподіл дітей дошкільного віку за типами порушень постави

№	Тип порушення постави	дівчата		хлопчики		Всього	
		К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%
1.	Сутулість	8	36	10	36	18	36
2.	Кругла спина	7	32	6	21	13	26
3.	Кругло-ввігнута спина	3	14	5	18	8	16
4.	Плоска спина	3	14	4	14	7	14
5.	Плоско-ввігнута спина	1	4	3	11	4	8
	Всього	22	100	28	100	50	100

Як ми бачимо з даних приведених в таблиці 3.1, найбільшу питому вагу серед усіх типів порушень постави складають випадки виявлення сутулості 36%, найменший - кругло - уввігнутої спина, плоско- уввігнута спина і плоскої спина. Збільшення грудного кіфозу (кругла спина) виявилось більш характерним для дівчат, ніж для хлопчиків (32% і 21% відповідно).

Для складання програми корекції постави необхідно враховувати весь комплекс змін: морфологічних, психологічних. При розробці реабілітаційної програми для пацієнтів з дефектами постави необхідний індивідуальний підхід з постановкою реально досяжних цілей і завдань. Комплексна програма профілактики та корекції порушень постави для дітей дошкільного віку включала різні засоби фізичних впливів: кінезіотерапію, масаж, кінезіотейпування.

До спеціальних завдань рухової реабілітації при дефектах постави відносяться: нормалізація трофіки м'язів тулуба, вироблення загальної і силової витривалості цих м'язів; виправлення (коригування) наявного дефекту постави; виховання і закріплення навички правильної постави; розвиток і підвищення якості рухових навичок відповідно фізіологічного рівня психомоторного розвитку; підвищення загального рівня фізичної працездатності. Для вирішення поставлених завдань можна використовувати такі форми рухової реабілітації: ·прави для зміцнення м'язового корсету; вправи для формування та закріплення навички правильної постави; вправи в рівновазі; вправи на покращення гнучкості; вправи на витягнення; антигравітаційні вправи.

Така різноманітність форм рухової реабілітації має велике значення для лікування і профілактики порушень постави у дітей, тому що вони роблять заняття насиченими, цікавими, яскравими та емоційними. Викликають великий інтерес і бажання займатися, що і призводить до позитивних результатів .

Можна сказати, що основними патогенетичними факторами порушень постави є: морфофункціональна недостатність м'язової системи, обумовлена дефіцитом м'язової тканини і, відповідно, недостатністю її корсетній, гемодинамічної (м'язевий насос) і метаболічної функцій; недостатність міофасціальних і суглобових сполучнотканинних структур, що виявляється в асиметрії їх розвитку і відставанні в рості від відповідних кісткових структур; функціональна недостатність аеробної системи, що виявляється недостатністю трофіки зростаючого організму дітей дошкільного віку.

Встановлено, що основним етіологічним фактором цієї патології є недостатність у дітей фізичних навантажень трьох типів: навантажень з обмеженими обтяженнями, які мають параметри (структури, дози), необхідні для стимуляції формування м'язової маси; навантажень на розтягування, що мають певні параметри, необхідні для стимуляції росту фасцій, сухожиль, зв'язок; а також, аеробних навантажень.

Тому, враховуючи вищевикладені фактори, розроблена нами методика корекції порушень постави повинна бути більш ефективною чим звичайна ЛФК. Кінезіотерапія як невід'ємна частина в комплексній корекції порушень постави в своїй основі була спрямована на тренування м'язового апарату для формування м'язового корсету суглобів. Корекційні вправи виконувалися з розвантажувальних вихідних положень лежачи на спині, животі, боці, стоячи в коліно- ліктьовому положенні.

До групи вправ для формування м'язового корсету входили фізичні вправи для м'язів спини і черевного преса. Однією з основних завдань використання вправ було підвищення силової витривалості. Для м'язів передньої поверхні грудної клітки виконувалися вправи на розтягування великих грудних м'язів.

Так, при плоскій спині відзначається слабкий розвиток мускулатури м'язів спини. Відповідно акцентована увага приділялася підвищенню функціональної здатності м'язів спини і живота. При сутулій спині відзначається зниження сили і тонусу м'язів задньої поверхні тулуба, особливо м'язів, що приводять лопатки до хребетного стовпа.

При цьому м'язи передньої поверхні тулуба вкорочені. Отже, в цьому випадку акцент робився на розвиток м'язів задньої поверхні спини, особливо м'язів, що зближують лопатки, і підвищення еластичності м'язів передньої поверхні тулуба. При кіфотичній поставі відзначається зниження сили і тонусу м'язів, що випрямляють хребет, розташованих уздовж всього хребетного стовпа. Причому зв'язки і м'язи передньої поверхні тулуба вкорочені, а зв'язки і м'язи задньої поверхні тулуба розтягнуті. При даному типі постави, крім зміцнення м'язів спини і плечового поясу, використовувалися вправи для збільшення рухливості грудного відділу хребта і плечових суглобів. При кругло-увігнутому типі постави у верхній половині тулуба спостерігаються майже ті ж зміни, що і при кіфотичній спині: в нижній половині м'язи задньої поверхні стегна і

сідничні м'язи розтягнуті, а м'язи передньої поверхні стегон вкорочені. При фізичній реабілітації порушень постави дітей з даним типом постави використовувалися вправи, що коригують зазначені відхилення від норми. При лордотичній поставі відзначається розтягнення м'язів черевного преса. При цьому, а також при кругло-увігнутому типі постави використовувалися, в першу чергу, вправи для зміцнення м'язів живота і сідниць.

Зміна положення таза є в більшості випадків наслідком зниження тонусу прямих м'язів живота, сідниць і згиначів колінного суглоба. Коригуючі вправи в цьому випадку були направлені на розвиток зазначених м'язових груп. Таким чином, види і характер вправ підбиралися індивідуально з урахуванням порушень постави випробовуваних, виявлених в ході попереднього обстеження. В основному увага була акцентована на вправах, що зміцнюють м'язи спини, живота і сідничні м'язи, а також м'язи, які зближують лопатки і сприяють розширенню грудної клітини.

Заняття проводилися 3 рази на тиждень по 30-45хв і склалися з трьох частин: підготовча, основна і заключна. У кожній з частин вирішувалися певні завдання. У підготовчій частині здійснювалася підготовка до майбутньої м'язової роботи і тренування основних м'язових груп, в основній корекція постави та зміцнення м'язів, заключній нормалізація стану дітей. Для вирішення завдань різних частин заняття виконувався спеціальні комплекси вправ. Приклади приведено нижче.

Загальнорозвиваючі фізичні вправи, приклад 1

1. В.П. – основна стійка 1 – відставити ліву ногу на крок вбік, поставити ноги нарізно, руки до плечей; 2 – підйом на носки, руки нагору; 3 – опускання на повну стопу, руки до плечей; 4 – приставити ліву ногу у В.П. 5–8 – В.П. Те саме правою ногою. Повторити 4–6 разів. *Методичні вказівки.* Стежити

за правильним положенням рук, тулуба та голови. Тягтися вище, ноги прямі, спина пряма, не нахилитися, підборіддя підняте. Темп: повільний.

2. В.П. – стійка, руки на поясі; 1 – випад правої руки в сторону; 2 – В.П.; 3 – те ж лівою; 4 – В.П. – 5–6 – напівприсід, руки за голову; 7–8 – в.п. Повторити 6–8 разів. *Методичні вказівки.* Темп повільний. Спина пряма, не нахилитися, руки паралельні підлозі, лопатки притиснуті, не відривати п'яту позаду ноги від підлоги.

3. В.П. – основна стійка; 1 – руки в сторони; 2 – руки вгору; 3 – руки вперед; 4 – в.п.; 5–8 – те саме у зворотному порядку. Повторити 6–8 разів. *Методичні вказівки.* Темп: середній. Стежити за правильним положенням рук, тулуба та голови. Руки прямі, пальці зімкнуті, точно витримувати задані положення рук, спина пряма.

4. В.П. – стійка, ноги нарізно, руки на поясі; 1 – крок правою ногою, нахил тулубу прогнувшись, руки в сторони; 2 – прийняти В.П.; 3 – те ж повторювати лівою ногою; 4 – прийняти В.П.; 5 – поворот тулуба на право, руки за голову; 6 – прийняти В.П.; 7 – те ж вліво; 8 – прийняти В.П. Повторити 6–8 разів. *Методичні вказівки.* Темп: середній. Руки паралельні підлозі, при нахилі дивитись прямо, не відривати ноги від підлоги, лопатки притиснуті.

5. В.П. – стійка, руки на поясі; 1–2 – два підскоки на правій нозі; 3–4 – те саме на лівій нозі; 5–6 – два підскоки на двох ногах; 7 – стрибок вгору ноги нарізно; 8 – прийняти В.П. Повторити 6–8 разів. *Методичні вказівки.* Темп: швидкий. Підскоки вище, носки тягнути, не нахилитися, виконувати під рахунок.

6. Вправа для відновлення дихання в ходьбі на місці. *Методичні вказівки.* Темп: повільний.

Загальнорозвиваючі фізичні вправи, приклад 2

1. В.П. – основна стійка; 1 – крок у право, руки в сторони; 2 – приставити ліву ногу, стійка на носках, руки вгору; 3 – крок у право, руки вперед; 4 –

прийняти В.П. 5–8 – те саме у ліву сторону. Повторити 4–6 разів. *Методичні вказівки.* Темп: повільний.

2. В.П. – основна стійка; 1 – крок правою ногою, коло руками вперед; 2 – приставити ліву ногу, прийняти В.П.; 3 – крок лівою ногою, коло руками назад; 4 – прийняти В.П. *Методичні вказівки.* Темп середній.

3. В.П. – стійка, руки на поясі; 1 - крок правою ногою, нахил прогнувшись, руки в сторони; 2 - приставляючи ліву ногу, прийняти В.П.; 3 – те саме з лівої ноги; 4 – приставляючи праву ногу, прийняти В.П.; 5 – крок правою ногою, поворот тулуба на право, руки в сторони; 6 – приставляючи ліву ногу, прийняти В.П.; 7 – те саме з лівої ноги; 8 – прийняти В.П. Повторити 4–6 разів. *Методичні вказівки.* Темп: повільний.

4. В.П. – основна стійка; 1 – упор присів; 2 – розгинаючись, упор лежачи; 3 – упор присів (стрибком); 4 – прийняти В.П. Повторити 6–8 разів. *Методичні вказівки.* Темп: середній.

5. В.П. – стійка, руки на поясі; 1 – випад правою ногою, руки в сторони; 2 – випрямляючи праву ногу, хлопок під нею; 3 – згинаючи праву ногу, руки за голову; 4 – прийняти В.П.; 5–8 – те саме з лівої ноги. Повторити 4–6 разів. *Методичні вказівки.* Темп: повільний.

6. Вправа для відновлення дихання в ходьбі на місці. *Методичні вказівки.* Темп: повільний.

Вправи, направлені на зміцнення м'язів – розгиначів спини.

1. В. П. – лежачи на животі, у витягнутих руках палиця. 1-2 -покласти палицю на лопатки; 3-4 – прийняти В. П. Повторити 4–6 разів.

2. В. П. – лежачи на животі, ноги зафіксовані, руки убік. 1-2 Підняти тулуб та руки; 3-4 – прийняти В. П. Повторити 6–8 разів.

Вправи, що розвивають функцію грудної клітки.

1. В. П. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Руки в сторони – вдих, повернутися у вихідне положення – видих. Повторити 6–8 разів.

2. В. П. – о.с., ноги нарізно. 1-2 – прогнутися, відвести руки в сторони – вдих; 3 – 4 – повернутися у вихідне становище – видих. Повторити 6–8 разів.

Зміцнення сідничних м'язів, чим сильніші сідничні м'язи, тим легше людині тримати правильну поставу.

1. В. П. – стійка ноги нарізно, руки в сторони пальці в замок; 1 – піднятися на носки, руки нагору; 2 – прийняти В. П. *Методичні вказівки.* Дивитися на кисті рук. Повторити 6–8 разів.

2. В. П. – широка стійка, ноги нарізно, нахилитися та прогнутися, руки вперед; 1 – руки нагору; 2 – руки убік; 3 – руки нагору; 4 – прийняти В. П. *Методичні вказівки.* Голову не опускати. Повторити 4 – 6 разів.

3. В. П. – упор, стоячи на колінах; 1 – праву ногу назад, прогнутися, голову назад 2 – прийняти В. П. 3 – 4 – теж саме лівою ногою. *Методичні вказівки.* Відводячи ногу, колінний суглоб прямий. Руки в ліктювих суглобах не згинати, тулуб прямий. Повтор 5 – 6 разів.

4. В. П. – упор присів; 1 – 2 – піднятися на носки, руки убік, прогнутися; 3 – 4 – прийняти В.П. *Методичні вказівки.* Тримати правильну поставу. Помірне дихання, середній темп виконання. Повторення 3 – 4 рази.

5. В. П. – лежачи на животі, руки нагору; 1 – 2 – прогнутися, руки та ноги відірвати від підлоги; 3 – 4 – прийняти В. П. *Методичні вказівки.* Ноги та руки прямі, голову не опускати (5 – 6 с).

6. Ходьба. *Методичні вказівки.* Звернути увагу на правильне дихання (10–15 с).

7.

Вправи направлені на корекцію сколіотичної постави.

1. В. П. – о.с. з предметом вагою 150-500 г на голові. Ходьба.

2. В. П. – о.с., в опущених руках палиця. 1-2-підняти палицю вгору, потягнутися; 3-4 - прийняти В.П. *Методичні вказівки.* Повторити 4 – 6 разів.

3. В. П. – о.с. – палиця на лопатках ззаду. Ходьба.

4. В. П. – о.с., кисті до плечей. Обертання в плечових суглобах уперед і назад. *Методичні вказівки*. Повторити 4 – 6 разів.

5. В. П. – лежачи на животі, у витягнутих руках м'яч. 1-2 – руки вгору; 3-4 – прийняти В. П. *Методичні вказівки*. Повторити 4 – 6 разів.

Крім симетричних рухів, залежно від наявної асиметрії, можна використовувати додаткові асиметричні рухи, приведено приклад наступний комплекс вправ:

1. В. П. – лежачи на правому боці. 1-2-підняти ліву руку вгору - вдих; 3-4 - опустити руку – видих. *Методичні вказівки*. Повторити 4 – 6 разів.

2. В. П. – лежачи на животі, ліва рука на потилиці, права вздовж тулуба. 1-2-3-підняти тулуб; 4 – опустити. *Методичні вказівки*. Повторити 4 – 6 разів.

3. В. П. – стійка, палиця внизу за спиною, ліва рука хватом знизу (за кінець палиці). 1-2 – піднімаючи ліву руку, потягнутися вгору за палицею; 3-4 – прийняти В. П. *Методичні вказівки*. Повторити 4 – 6 разів.

4. Кидки м'яча лівою рукою в ціль.

5. В. П. – о.с., палиця вертикально на підлозі, ліва рука над правою. Присідання. *Методичні вказівки*. Повторити 4 – 6 разів.

Кінезіотерапія є ефективним методом лікування та корекції порушень постави у дітей дошкільного віку. Порушення постави можуть бути спричинені різними факторами, такими як неправильне розташування м'язів, слабкість м'язів, неправильне розподілення ваги тіла та інші причини.

Кінезіотерапія включає в себе комплекс вправ та рухових активностей, спрямованих на відновлення правильної постави, зміцнення м'язів спини, корекцію дефектів та усунення дисбалансу в розвитку м'язів. Цей метод також сприяє покращенню координації рухів, розвитку рухових якостей. В основній частині використовувалися спеціальні вправи для тренування м'язового корсету, що виконуються з розвантажувальних вихідних положень лежачи на спині, животі, боці та коліно-ліктьовому положенні. До групи вправ для формування

м'язового корсету входили фізичні вправи для м'язів спини і черевного преса. Вправи для м'язів спини і черевного преса застосовувалися з метою підвищення силової витривалості даних м'язових груп. Для м'язів передньої поверхні грудної клітини застосовувалися вправи на розтягування великих грудних м'язів для зменшення м'язового тонуусу цих м'язів. Вправи забезпечували під час занять стимуляцію і нормалізацію тонуусу м'язів поясу верхніх кінцівок, м'язів тазового поясу, м'язів нижніх кінцівок. Також в комплекс були включені антигравітаційні вправи ігрового характеру на повне розвантаження спини та тракцію м'язів тулубу. Приклад комплексу корекційного заняття представлено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Приклад комплексу заняття для корекції порушень постави для дітей дошкільного віку

Назва частини заняття та її тривалість	Завдання, що необхідно виконати	Зміст заняття
Підготовча 10-113 хв	<ol style="list-style-type: none"> 1. Помірна загально тонізуюча дія на організм. 2. Організація уваги і підготовка до виконання складних рухів. 3. Фіксування уваги на виконанні вправ. 	комплекс вправ з акцентом на діафрагмальне дихання. Вправи для стоп на м'ячах міофасціального релізу та вправи для ніг і спини на ролах
Основна 25-35 хв	<ol style="list-style-type: none"> 1. Корекція основних, а також і супутніх дефектів постави. 2. Зміцнення різних м'язових груп. 3. Покращення діяльності дихальної та серцево-судинної систем. 4. Формування 	Вправи на розвиток сили ніг, сідничних м'язів, а також тулуба та спини, які виконуються без осьового навантаження (виконуються з нижнього блоку тренажера кросовер, симетричного та асиметричного

	<p>правильногом'язового корсету.</p> <p>5. Створення рухової навички правильної постави.</p> <p>6. Вдосконалення діяльності основних систем організму.</p> <p>7. Покращення гнучкості та збільшення амплітуди рухів у суглобах.</p>	<p>характеру).</p> <p>Вправи на розтягнення та збільшення амплітуди рухів (виконуються з верхнього блоку тренажера кросовер).</p> <p>Спеціальні антигравітаційні вправи (виконуються з зачепленням за руки з верхнього блоку – стрибки для витягнення; За ноги – виконання скручувань, укріплення рук – віджимання, витягнення; за руки та ноги з верхнього блоку- вис обличчям до стелі або до підлоги, повне розслаблення тулуба та тракція, чергується з активними рухами – вправи на прес та розкручення)</p>
Заключна 5-7 хв	Нормалізація стану дитини	Завершальні вправи на розслаблення з елементами дихальних вправ. Розтягнення.

Важливим елементом комплексної програми фізичної реабілітації молодших школярів з дефектами постави є масаж. Використовуються основні прийоми: погладження, розтирання, вібрація, розминка. Всі прийоми виконуються плавно і безболісно. При доторканні темп 25-30 рухів в хвилину. При розминці темп збільшується вдвічі і складає 50-60 рухів в хвилину. При розтираннях темп ще більше збільшується і становить 110-120 за хвилину. Переривчаста вібрація супроводжується постукуванням, поплескуванням, пунктируванні. Показанням при дефектах постави є загальний масаж. Його

методика наступна: спочатку масажують спину, м'язи надпліччя, потім сідничні м'язи, нижні і верхні кінцівки, груди і живіт. Особливу увагу приділяють прийомам розминання, потрушування і розтягування м'язів. Тривалість масажу становила приблизно від 10 до 15 хвилин, масаж виконувався після кожного заняття.

Весь масаж супроводжується глибокими прогладжуваннями м'язів спини і пасивним випрямленням хребта. При вібрації в міжхребцевої області зменшують зусилля. Приділяють увагу великим м'язам, але потрібно щадити область серця і нирок. При порушенні постави велика увага приділяється масажу великих грудних м'язів.

Масажні рухи проводять в напрямку від ключиці і грудини до пахвових западин і плечового суглобу. Застосовують погладжування, кругові розтирання, повздожне розминання, вібрацію - струс. При масажі зовнішніх міжреберних м'язів застосовують прийоми: погладжування, розтирання, переривчаста вібрація в напрямку від грудини по ходу міжреберних проміжків до хребта.

Також невід'ємним було кінезіотейпування, яке використовувалося 1 раз на тиждень. Застосовувалися спеціальні коригуючі проклеї та проклеї для розслаблення необхідних м'язів. Приклади наведені на рис. 3.2.



Рис. 3.1. Приклад проклеюк кінезіотейпом при порушенні постави у дітей молодшого шкільного віку

Всі перераховані особливості розробленої нами програми використовувалися у відповідності з вимогами до проведення занять з дітьми дошкільного віку.

3.3 Обґрунтування ефективності експериментальної програми корекції постави дітей дошкільного віку.

Оцінка ефективності застосування розробленої програми фізичної реабілітації проводилося в динаміці функціональних досліджень. Для оцінки комплексної програми фізичної реабілітації, розробленою для дітей з порушенням постави методом випадкової вибірки були сформовані дві групи: експериментальна і контрольна. Обидві групи склалися лише з хлопчиків середній вік дітей становив 5 років.

Для вивчення динаміки корекції постави у дітей були проведені рухові тести, а також; контроль за зміною функціонального стану окремих ланок опорно-рухового апарату за допомогою візуального скринінгу дає можливість оцінити ефективність вибраних комплексів фізичних вправ, спрямованих на відновлення та корекцію порушень постави, а також ефективно дозувати обсяг фізичних навантажень.

Першим етапом доведення ефективності розробленої нами програми корекції порушень постави було порівняння результатів візуального скринінгу на початку та в кінці експерименту в основній та контрольній групах.

Функціонально-рухові тести проводилися у дітей контрольної та експериментальної груп, як на початку програми корекції порушень постави, так і в кінці. Була проведена математична обробка результатів дослідження. Статистична достовірність вимірюваних параметрів визначалася за допомогою не параметричних критеріїв. Проведені дослідження дозволили визначити, що рівень стану опорно-рухового апарату у дітей в експериментальній та контрольній групах до початку проведення експерименту статистично достовірно не відрізнявся. Результати дослідження функціонального стану дітей з порушенням постави після проведення програми корекції порушень постави вказують на те, що спостерігалася позитивна динаміка показників.

В таблиці 3.3 представлено дані візуального скринінгу що до порушень постави дітей дошкільного віку в експериментальній та контрольній групах на момент початку педагогічного експерименту.

Таблиця 3.3

Розподіл дітей дошкільного віку за типами порушень постави в експериментальній та контрольній групах в момент початку педагогічного експерименту

№	Тип порушення постави	Експериментальна група		Контрольна група	
		дівчата	хлопчики	дівчата	хлопчики
1.	Сутулість	5	2	5	2
2.	Кругла спина	3	2	3	2
3.	Кругло-ввігнута спина	1	2	1	2
4.	Плоска спина	1	2	1	2
5.	Плоско-ввігнута спина	0	2	0	2
	Всього	10	10	10	10

Як, ми можемо побачити з приведених в таблиці даних склад основної та контрольної груп на момент початку експерименту були сформовані таким чином, що хлопчики та дівчатка в обох групах мали однакову кількість однотипних порушень постави. Відсутність серед досліджуваного контингенту дітей без порушень постави пояснюється тим, що нами були обрані для досліджень ті діти, які звернулися за наданням допомоги у зв'язку з порушеннями постави.

Після проходження дітьми з обох груп програм корекції порушень постави було проведено повторний візуальний скринінг. В таблиці 3.4 представлено дані візуального скринінгу що до порушень постави дітей дошкільного віку в експериментальній та контрольній групах на момент закінчення педагогічного експерименту.

Таблиця 3.4

Розподіл дітей дошкільного віку за типами порушень постави в експериментальній та контрольній групах в момент закінчення педагогічного експерименту

№	Тип порушення постави	Експериментальна група		Контрольна група	
		дівчата	хлопчики	дівчата	хлопчики
1.	Сутулість	2	1	3	1
2.	Кругла спина	1	1	3	1
3.	Кругло-ввігнута спина	1	1	1	2
4.	Плоска спина	1	1	1	1
5.	Плоско-ввігнута спина	0	2	0	2
6.	Без порушень постави	5	4	2	3
	Всього	10	10	10	10

Після проведення педагогічного експерименту в якому діти контрольної групи займалися по стандартній програмі корекції порушень постави, а діти експериментальної групи по запропонованій нами програмі в обох групах з'явилися діти без порушень постави. Проте слід зазначити, що в контрольній групі після 60 денної програми корекції порушень постави позбулося 5 дітей (2 дівчинки та 3 хлопчики) тобто 25 % дітей, тобі як в експериментальній групі дітей, що позбавилися порушень постави було 9 (5 дівчат та 4 хлопчики) тобто 45 %.

Таким чином, статистика в експериментальній групі на 20 % вища ніж у контрольній, але по-перше ми практично оперуємо даними, що вимірюються в шкалі найменувань тому не піддаються статистичній обробці, по-друге порушення постави у дітей в віці 5 років не фіксовані та без подальших занять порушення можуть з'явитися знову. Тому додатково нами проведено

тестування фізичних якостей дітей дошкільного віку до та після педагогічного експерименту.

Тестування фізичних якостей проводилося за допомогою фізичних вправ, завдяки яким визначалася статична силова витривалість м'язів-розгиначів тулубу та сила м'язів-згиначів тулубу (за Горяною Г.О.) м'язів тулубу, тобто методом функціональних проб. Визначався рівень розвитку сили та силової витривалості м'язів тулуба у дітей дошкільного віку за допомогою наступних фізичних вправ: 1) статична силова витривалість м'язів-розгиначів тулубу — «утримання тулуба у висі»: В.п. — лежачи животом на кушетці, руки за головою, ноги закріплені. Прогнутися. Торкатися кушетки лише животом (гребнем вертлюжної кістки). Вимірювався час утримання тулуба не нижче горизонталі у секундах. 2) силу м'язів-згиначів тулуба: В.п. — упор лежачи на спині, руки за головою, ноги зігнуті і закріплені. 1 — сід; 2 — В.п. Реєструється кількість рухів за хвилину. Ліктями торкатися колін, лягати на спину, лікті притискати до килима. 3) гнучкість тулуба Нахил тулуба вперед з положення сидячи Накреслена на підлозі лінія та перпендикулярна до неї розмітка в сантиметрах (на повздовжній лінії) від 0 до 50 см. Учасник тестування сидить на підлозі босоніж так, щоб його п'яти торкалися лінії. Відстань між п'ятами — 20-30 см. Ступні розташовані до підлоги вертикально. Руки лежать на підлозі колінами, долонями донизу. Партнер тримає ноги на рівні колін, щоб уникнути їх згинання. За командою «Можна» учасник тестування плавно нахиляється вперед, не згинаючи ніг, намагається дотягнутися руками якомога далі. Положення максимального нахилу необхідно утримувати протягом 2 с, фіксуючи руки на розмітці. Результатом тестування є позначка на перпендикулярній розмітці в сантиметрах, до якої учасник зміг дотягнутися кінчиками пальців рук.

Тестування проводилося на початку та в кінці педагогічного експерименту. Показники статичної силової витривалості м'язів-розгиначів

тулубу у хлопців та дівчат в контрольній та експериментальній групах на початку та в кінці педагогічного експерименту представлено в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Показники статичної силової витривалості м'язів-розгиначів тулубу у хлопців та дівчат в контрольній та експериментальній групах на початку та в кінці педагогічного експерименту

Назва групи	Стать	Тривалість утримання тулубу, с				P-рівень
		Початок		Закінчення		
		x	S	x	S	
ЕГ	Хлопці, n=10	33,5	3,4	44,3	4,3	p<0,05
	Дівчата, n=10	24,2	2,6	36,8	3,7	p<0,05
КГ	Хлопці, n=10	34,1	3,6	39,7	4,1	p>0,05
	Дівчата, n=10	24,8	2,5	25,9	2,7	p>0,05

Як ми бачимо в основній групі показники статичної силової витривалості м'язів-розгиначів тулубу статистично достовірно покращилися, як у хлопчиків, так і у дівчат. Час утримання тулубу лежачі на животі в положенні прогнувшись у хлопчиків в експериментальній групі покращився на 10,8 с тобто практично на 25 %, у дівчат даний показник покращився на 12,6 с, тобто на 34%. Тоді, як в контрольній групі статистично достовірних покращень статичної силової витривалості м'язів-розгиначів тулубу не спостерігається, як у хлопчиків, так і у дівчат. Хоча слід зазначити, що певна тенденція до покращення показника утримання тулубу спостерігається також і в контрольній групі, оскільки діти все ж таки виконували певні фізичні вправи. Отже дані приведені в таблиці 3.5 доводять, що розроблена нами програма корекції порушень постави у дітей дошкільного віку є більш ефективною ніж стандартна програма лікувальної фізичної культури, яка зазвичай застосовується для корекції постави у дітей дошкільного віку.

Показники сили м'язів-згиначів тулубу у хлопців та дівчат в контрольній та експериментальній групах на початку та в кінці педагогічного експерименту представлено в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Показники сили м'язів-згиначів тулубу у хлопців та дівчат в контрольній та експериментальній групах на початку та в кінці педагогічного експерименту

Назва групи	Стать	Кількість підйомів тулубу				Р-рівень
		Початок		Закінчення		
		x	S	x	S	
ЕГ	Хлопці, n=10	8,5	0,9	12,6	1,3	p<0,05
	Дівчата, n=10	6,4	0,7	8,8	0,8	p<0,05
КГ	Хлопці, n=10	8,6	0,9	9,9	1,1	p>0,05
	Дівчата, n=10	6,2	0,8	7,4	0,9	p>0,05

При аналізі відмінностей показників сили м'язів-згиначів тулубу у хлопців та дівчат в контрольній та експериментальній групах на початку педагогічного експерименту не відрізнявся, та в кінці педагогічного експерименту ми бачимо, що в основній групі кількість підйомів тулубу в момент закінчення педагогічного експерименту статистично достовірно більша ніж в момент початку експерименту, як у хлопців так і у дівчат, чого не спостерігається в контрольній групі (хоча в ній також показники мають тенденцію до покращення).

Показники гнучкості тулубу у хлопців та дівчат в контрольній та експериментальній групах на початку та в кінці педагогічного експерименту представлено в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Показники гнучкості тулубу у хлопців та дівчат в контрольній та експериментальній групах на початку та в кінці педагогічного експерименту

Назва групи	Стать	Відстань, см	Р-рівень
-------------	-------	--------------	----------

		Початок		Закінчення		
		x	S	x	S	
ЕГ	Хлопці, n=10	3,1	0,3	4,5	0,4	p<0,05
	Дівчата, n=10	4,6	0,5	6,9	0,6	p<0,05
КГ	Хлопці, n=10	3,2	0,4	3,8	0,4	p>0,05
	Дівчата, n=10	4,8	0,5	5,6	0,6	p>0,05

Показники гнучкості тулубу, як у хлопців, так та дівчат в контрольній та експериментальній групах на початку педагогічного експерименту не мали достовірних відмінностей, проте в кінці педагогічного експерименту ми можемо побачити, що в основній показники гнучкості тулубу в момент закінчення педагогічного експерименту статистично достовірно більша ніж в момент початку експерименту, як у хлопців так і у дівчат, чого не спостерігається в контрольній групі (хоча в ній також показники мають тенденцію до покращення). Все вище викладене вказує на ефективність нашої програми фізкультурно-спортивної реабілітації.

Висновки до розділу 3. Таким чином, результати проведеного експериментального дослідження дозволили довести, що розроблена програма корекції порушень постави, яка включала в себе заняття на декомпресійних та анти гравітаційних тренажерах разом з силовими вправами для м'язів ніг, спини та тулуба симетричного та асиметричного характеру, вправами на гнучкість та повну розгрузку спини (анти гравітаційні) з додаванням масажу, кінезіотейпування для дітей дошкільного віку з порушеннями постави була ефективніша, ніж стандартна методика лікувальної фізкультури при порушеннях постави.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз наукової та науково-методичної літератури показав, що на сьогоднішній день проблема корекції, профілактики та лікування порушень постави та супутніх захворювань є актуальною. Також, визначено, що порушення постави фіксуються у дітей дошкільного віку, проте в більшості випадків дані порушення є не фіксованим і тому легко піддаються корекції, що підвищує необхідність розробки засобів та методів корекції постави дітей саме в дошкільному віці.

2. За даними аналізу літератури, на сьогоднішній день окрім фізичних вправ для більш ефективної корекції порушень постави є також засобами та методики кінезіотерапії, стретчингу, масажу, кінезіотейпування та занять на сучасних високотехнологічних тренажерних комплексах таких, як тракційні системи або тренажери, що дозволяють з високою точністю дозувати навантаження при виконанні фізичних вправ створюючи полегшені, або ускладнені умови їх виконання.

3. Розроблено програму корекції порушень постави дітей дошкільного віку тривалістю 60 днів, особливостями якої є: фізичні вправи для збільшення сили та гнучкості м'язів та включення кінезіотерапії, а також виконання фізичних на спеціальних тренажерах, і включення масажних процедур і кінезіотейпування.

4. Оцінка ефективності розробленої нами програми корекції порушень постави дітей дошкільного віку проводилась порівнянням показників візуального скринінгу постави у дітей основної та контрольної груп до та після експерименту. А також, результатів рухових тестів для визначення, силової витривалості сили м'язів тулубу та гнучкості тулубу. Результати порівняння показників основної та контрольної груп дозволяє зробити висновок, що

розроблена нами програма корекцій порушень постави дітей до шкільного віку є ефективною.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Порушенням постави: дис. ... канд. Пед. Наук: 13.00.04 / А.Г. Аболішін. – Малаховка, 2005. – 136 с.
2. Арсланов, В.А. Педагогічні умови формування постави школярів Молодшого віку в навчальній діяльності: автореф. Дис. ... канд. Пед. аук: 13.00.04 / В.А. Арсланов. – Казань, 1985. – 24 с.
3. Арсланов, В.А. Стан тону́су м'язів у школярів молодшого віку / В.А. Арсланов, Л.М. Арсланова // Зростаючий організм в умовах м'язової Діяльності. – Казань, 1990. – С. 18-21
4. Баранов В.М. В мире оздоровительной физкультуры. – 2-е изд., перер. и Доп. – К.: Здоровье, 1991. -133с.
5. Бегідова Т.П. Метод поєднаного застосування масажу, ЛФК та витягнення При сколіозе. /// ЛФК та масаж. – 2005. - № 7 – стор.8-15
6. Белая М.А. Лечебная физкультура и массаж: Учеб.-метод.пособие.- М.:Сов.спорт,2001.272с.
7. Бирюкова А.А. Лечебный массаж. М.: Советский спорт, 2000.- 293с.
8. Бубела О.Ю. 700 вправ для формування правильної постави. Навчально-Методичний посібник. – Львів: Українські технології, 2002.- 164 с.
9. Бурмистрова Н.И. Профилактика нарушений осанки: физкультминутки на Уроках с шестилетними школьниками // Физическая культура в школе. –1990. - № 9. – С.49-52.
10. Валєєв, Р.Ф. Оздоровлення дітей 7-9 років в стані хребетного відділу Опорно-рухового апарату засобами лікувальної фізичної культури: дис. Канд. Пед. Наук / Р.Ф. Валєєв. – М., 2003. – 169 с.
11. Васичкин, В.І. Все про масаж / В.І. Васичкин. – М .: АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2003.-368 с.
12. Васичкин, В.І. Лікувальний і гігієнічний масаж / В.І. Васичкин. - Мінськ: ІООО «Сучасне слово», 1997. – 262 с.

13. Вербов А.Ф. Лечебный массаж. – М.: Селена -, 1996. – 288с.
14. Горячая Г.А. Ваша осанка.-Киев:Либідь,1995.-48с.
15. Гутерман, Т.А. Диференційована корекція порушень постави у дітей 6-7 Років засобами оздоровчої фізичної культури: дис. ... канд. Пед. Наук: 13.00.04 / Т.А. Гутерман. – Краснодар, 2005. – 174 с
16. Дворкіна, Н.М. Фізичне виховання дітей 5-6 років на основі рухливих Ігор, диференційованих по переважного розвитку фізичних якостей / Н.М. Дворкіна, Л.І. Лубишева. – М.: Радянський спорт, 2007. – 80 с.
17. Дерновий І.В. Критерії оцінки результатів ФР після травм ОРА «Державного реєстру ФР при травмах хребта» / І.В. Дерновий та інші // Вісник ортопедії, травматології – 2008. - № 4. С. 259- 263.
18. Душанин С.А., Пирогова С.А., Иващенко Л.Я. Тренировочные программы Для здоровья. – К., 1985. -18с.
19. Евминов В. Профилактика лечения болезней позвоночника с использованием профилактора Евминова.Киев – 2005. – 96с.
20. 20.Епифанов В.А. Восстановительное лечение при заболеваниях и Повреждениях позвоночника.-М.:МЕДпресс-информ,2008.-384 с.
21. Епифанов В.А. Лікувальна фізкультура и массаж. Ученик.-М.: ГЭОТАР- МЕД, 2004.-560с.
22. Загальна фізіотерапія і курортологія/ Є.М. Панасик, Я.М. Федорів, В.М. Модилевський. – Львів: Світ, 1990.- 136с.
23. Каптелин А.Ф. Предупреждение деформаций позвоночника в передне-Заднем направлении усиления (кифоза и лордоза) / Профилактика Некоторых деформаций опорно-двигательного аппарата у детей. – М., 1962. – С.17-23.
24. Кашуба В.А. Биомеханика осанки. – 2003. – 279 с
25. Козлова Л.В., Козлов С.А., Семененко Л.А. Основы реабилитации/ Серия«Учебники, учебные пособия».- Ростов н/Д: Феникс, 2003.-408 с.

26. Лечебная физическая культура: Справочник /Под ред.В.А.Епифанова.- 2-еизд.-М.:Медицина,2004.-587 с.
27. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: Рук – во для врачей /Под ред. А.Ф.Каптелина, И.А.Лебедевой. М.:Медицина,1995.-400 с.
28. Ловейко, І.Д. Лікувальна фізична культура при захворюваннях хребта у дітей / І.Д. Ловейко, М.І. Фонарьов. - Л.: Медицина, 1988.-С. 19-20.
29. Ловейко, І.Д. ЛФК у дітей при деформації постави, сколіозах і плоскостопості / І.Д. Ловейко. - Л.: Медицина, 1982. - 143 с.
30. Мирхайдарова Л.Г. Воспитание осанки у детей младшего школьного возраста средствами гимнастики. Дисс... к. п. н. - Волгоград, 1997. - 135с
31. Міофасціальний реліз. Режим доступу: [<https://bodymaster.ru/health/miofastsialnyij-reлиз>].
32. Мошков В.Н. Активная коррекция деформаций позвоночника и плоскостопия у детей и подростков. Москва,1949. – 248 с.
33. Сулімова, Т.Г. Особливості тестування і оцінки фізичної працездатності у дітей і підлітків: автореф. дис. ... канд. біол. наук / Т.Г. Сулімова. -Краснодар, 1997. - 25 с.
34. Улащик В.С. Новые методы и методики физической терапии – Минск. Беларусь, 1986 – 175 с.
35. Храмцов, П.І. Методологія корекції постави у дітей і підлітків / П.І. Храмцов, А.Г. Сухарев // Вісник РАМН. - 2003. - № 8. - С. 14-19.
36. Чаклин, В. Д., Сколиоз і кіфози / В. Д. Чаклин, Е. А Абальмасова. - М.:Медицина, 1973.-256с.
37. Шаханова, А.В. Медико-біологічна оцінка впливу рухової активності в режимі продовженого дня школи на соматичне розвиток і

фізичнупідготовленість школярів: методичні рекомендації / А.В. Шаханова, І.І. Чваниться. - Майкоп: Адигея, 1991. - 57 с.

38. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепотовой. – М.: «Антидор», 2005. С. 217-263.

39. <https://amnu.gov.ua/profilaktyka-porushen-postavy-u-ditej-shema-trenuvannya-ta-pryklady-fizychnyh-vprav/>

40. Imoove 600 Режим доступу: [<https://www.medisport.it/site/en/MedisportElettromedicale?sku=EL24>]

41. <https://into-sana.ua/enc/skolioz-u-ditej/>

42. Kinesiology Taping. Режим доступу: [https://www.physio-pedia.com/Kinesiology_Taping].

43. Kołodziej J., Kołodziej M., Momola I.: Gimnastyka korekcyjnokompensacyjna

44. w szkole. Fosze, Rzeszów 1998

45. Kutzner-Kozińska M. (red): Proces korygowania wad postawy. AWF, Warszawa 2001

46. Łabaziewicz L.: Wady postawy. [w:] Wiktora Degi ortopedia rehabilitacja. Wyd. Lek. PZWL, 2023

47. Malinowski A., Strzałko J. (red.) Antropologia, PWN, Warszawa-Poznań 2023

48. Owczarek S.: Atlas ćwiczeń korekcyjnych. WS i A, Warszawa 2022

49. Przewęda R.: Rozwój somatyczny i motoryczny. PZWL, Warszawa 1973

50. Spinal Traction Режим доступу: [<https://stfsportsmed.com/physicaltherapy-treatments/spinal-traction>]

51. Tuzinek S.: Postawa ciała, fizjologia, patologia i korekcja, Politechnika Radomska, Radom 2003

52. ValedoMotion Режим доступу: [<https://knowledge.hocoma.com/product/valedo-motion/>]

53. Wilczyński J.: Korekcja wad postawy człowieka, Anthropos, Starachowice 2005
54. Wolański N.: Rozwój biologiczny człowieka. Podstawy auksologii, gerontologii i promocji zdrowia. Wydanie 7. PWN, Warszawa 2012
55. Zeyland- Malawka E.: Ćwiczenia korekcyjne. AWF Gdańsk 1999
56. Zwierzchowska A., Gawlik K.: Korektywa dzieci i młodzieży z dysfunkcjami wzroku lub słuchu. AWF, Katowice, 2006
56. <https://mms.gov.ua/invasport/reabilitacijnno-sportivni-zahodi>