

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Ім. Івана Боберського

Кафедра хореографії та мистецтвознавства

**ЗНАЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНО-ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ ПІДГОТОВКИ В
ХОРЕОГРАФІЇ**

(тези лекції для студентів VI курсу) – вступне заняття

Рівень вищої освіти – другий магістерський

Ступінь вищої освіти - магістр

Спеціальність 024 Хореографія)

з дисципліни «Реабілітаційно-відновлювальна підготовка в хореографії»

Розробила: професор кафедри хореографії
та мистецтвознавства
канд.. пед.. наук Сосіна В.Ю.

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

на засіданні кафедри хореографії та
мистецтвознавства

Протокол № 1 від «31» серпня 2022 р.

Зав. кафедри: проф., к.п.н. _____ Сосіна В. Ю.

Львів 2022

План

1. Поняття реабілітаційно-відновлювальної підготовки у системі підготовки танцюристів
2. Значення реабілітаційно-відновлювальної підготовки в хореографії.
3. Види реабілітаційно-відновлювальної підготовки.

Література:

1. Альошина А. І. Профілактика й корекція функціональних порушень опорно-рухового апарату дітей та молоді у процесі фізичного виховання. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора наук з фізичного виховання та спорту. 24.00.02 – фізична культура, фізичне виховання різних груп населення. Київ, 2016. – 40 с.
2. Альтер МД. Наука о гибкости. Киев: Олимпийская литература; 2001. 424
3. Єгоров Г. І. Хребет і спорт [Електронний ресурс] / Єгоров Г. І., Солярова В. А. – Режим доступу : <http://aandd.com.ua/>
4. Кашуба В. А. Биомеханика осанки / В. А. Кашуба – К. : Олимпийская литература, 2003 – 279 с.
5. Руда ІЄ. Профілактика травм і порушень опорно-рухового апарату в художній гімнастиці з використанням програми оптимального розвитку гнучкості [автореферат]. Львів: Львів. держ. ун-т фіз. культури; 2012. 18 с.
6. Шелейкіс Я. Кінезіологічне тейпування як засіб профілактики травматизму у хореографії. – Кінезіологія танцю : колективна монографія / за заг. ред. О.А. Плахотнюка. – Львів : СПОЛОМ, 2020. – 244 с. (33-45).
7. Літовченко Н. Типові травми на заняттях хореографії та їх запобігання. – Кінезіологія танцю : колективна монографія / за заг. ред. О.А. Плахотнюка. – Львів : СПОЛОМ, 2020. – 244 с. (58-71).
8. Мартинюк О. Робота м'язового апарату танцівників та профілактика травматизму на уроках хореографії у дітей підліткового віку. – Кінезіологія танцю : колективна монографія / за заг. ред. О.А. Плахотнюка. – Львів : СПОЛОМ, 2020. – 244 с. (88-104).

1. Поняття реабілітаційно-відновлювальної підготовки у системі підготовки танцюристів

Реабілітаційно-відновлювальна підготовка – це організований процес ліквідації негативних наслідків посиленого виконання фізичного навантаження у процесі занять хореографією, а також прискорення процесів відновлення після навантаження.

У процесі занять хореографією збільшується об'єм і сила м'язів, поліпшуються скоротливі властивості м'язів, еластичність і здатність до розтягування. Заняття хореографією сприяють утворенню нових умовних рефлексів (вивчення нових рухів і комбінацій), включенню у роботу багатьох груп м'язів, тренуванню ц.н.с

Особливу увагу під час занять хореографією слід приділяти реабілітаційно-профілактичним заходам для опорно-рухового апарату (ОРА), а саме хребта, кульшового, колінного і гомілковостопного суглобів. Важливого значення також у цій системі набуває відновлення нервової системи тих, хто займається.

У зв'язку з застосуванням великих фізичних навантажень і значного специфічного навантаження на ОРА у системі підготовки танцюристів необхідно передбачити відновні заняття, відновно-реабілітаційні заходи або у крайньому випадку - окремі їх фрагменти. Питання відновлення можна вирішувати у ході репетиції, у інтервалах між ними, у перервах між концертами або виступами.

Найбільш ефективними вважаються такі відновлювальні заходи:

- ✓ масаж з засобами розтирання;
- ✓ коригувальна гімнастика у в.п. сидячи та лежачи;
- ✓ водні процедури (душ, басейн, море);
- ✓ вітамінізація;
- ✓ пасивний відпочинок;

- ✓ заходи, що мають відволікаючий характер (дискотеки, концерти, кіно, прогулянки і т.п.).

Схема організації відновлювальних заходів під час інтенсивної підготовки до виступів

Час застосування	Заходи
Перед репетицією	Масаж, самомасаж Полівітаміни Установка на репетицію, позитивний емоційний фон Самонастроювання
Під час репетиції	Раціональна побудова уроку Різноманітність засоби та методи Адекватні інтервали відпочинку Вправи на дихання і розслаблення, корекцію Самозаспокоєння, само накази Ідеомоторне тренування
Після тренування	Водні процедури Легкий заспокійливий масаж, самомасаж, розтирання больових ділянок Теоретичні заняття, бесіди Збалансоване харчування Пасивний відпочинок (сон) Заходи для відволікання
1 раз у тиждень	Баня, сауна Вільне плавання Цікаві, розважально-пізнавальні заходи День відпочинку

Система профілактично-відновних заходів має комплексний характер і включає у себе засоби психолого-педагогічного і медико-біологічного впливу.

Педагогічні засоби відновлення:

- ✓ раціональне розподілення навантаження;
- ✓ створення чіткого ритму і режиму репетицій, занять і виступів;
- ✓ раціональна побудова навчальних уроків і занять (РОЗМИНКА!);
- ✓ використання різноманітних засобів і методів, у т.ч. й нетрадиційних, відсутність моногонії;
- ✓ індивідуалізація процесу підготовки і виступів;
- ✓ адекватні інтервали відпочинку;
- ✓ вправи на розслаблення, дихання,;

- ✓ коригувальні вправи для хребта і стопи;
- ✓ дні профілактичного відпочинку.

Психологічні засоби відновлення:

- ✓ створення позитивного емоційного фону на заняттях;
- ✓ формування позитивного ставлення і мотивації до занять і виступів;
- ✓ відвідування концертів, музеїв, виставок, прослуховування музики.

Гігієнічні засоби відновлення:

- ✓ раціональний режим;
- ✓ достатня кількість сну (мін. 8-9 на добу); + денний сон у період інтенсивних занять і підготовки;
- ✓ збалансоване харчування і вітамінізація;
- ✓ гігієнічні процедури;
- ✓ зручні одяга і взуття.

Фізіотерапевтичні засоби відновлення:

- ✓ душ (теплий, контрастний, вібро-);
- ✓ ванни;
- ✓ масаж.

Виконання значних, а особливо одноманітних тренувальних навантажень, у яких реалізація рухових завдань неможлива без досягнення граничної амплітуди рухів у суглобах, призводить до хронічних захворювань і порушень ОРА, таких як деформації, «переломи внаслідок втоми», остеопороз, остеохондроз, міжхребцеві грижі [2, 3, 30, 45, 48, 119].

У ряді випадків порушення постави, викривлення хребта, а пізніше сколіоз виникають у процесі багаторічних занять певними видами спорту, коли навчально-тренувальні заняття проводяться без урахування анатомо-фізіологічних особливостей організму, що росте. Особливо це стосується видів спорту з асиметричним навантаженням на ОРА [11, 45, 48, 67, 197], до яких належить і художня гімнастика. Поява нових ультраскладних елементів з переважним проявом гнучкості в художній гімнастиці визначається як одна з причин передчасного закінчення спортивної кар'єри [9, 32, 85, 147].

У результаті проведеного аналізу правил змагань з художньої гімнастики було виявлено, що серед загальної кількості елементів, які складають структурні групи, кількість елементів, у яких необхідно показати високий рівень гнучкості, становить у середньому 70,4%. Так, кількість таких елементів у структурній групі «Нахили» складає 95%. З них 35% становлять елементи, в яких необхідно продемонструвати великий діапазон рухливості у кульшових суглобах і хребті; 33% переважно у кульшових суглобах; 27% переважно у хребті. У структурній групі «Стрибки» кількість елементів з переважним проявом гнучкості становить 78%. При цьому, згідно з вимогами правил змагань для виконання 36% стрибків необхідно проявити великий діапазон рухливості у кульшових суглобах, 33% – сумісну рухливість у кульшових суглобах і хребті та 9% – у хребті.

Наступним кроком, який дозволив оцінити кількісний склад елементів різних структурних груп, виконаних з великою амплітудою, був аналіз змагальних вправ найсильніших гімнасток світу. У результаті відеоаналізу 100 композицій найсильніших гімнасток світу («Кубок Дерюгіної 2010», Чемпіонат Європи 2010, етап Кубка Світу 2010) були виділені елементи з великою амплітудою рухів. Серед 4800 проаналізованих елементів 87,4% складають елементи з переважним проявом гнучкості.

Аналіз 147 карт медичного обстеження представниць художньої гімнастики різного віку і спортивної кваліфікації (59,8% юних і 40,2% кваліфікованих гімнасток), виконаний на базі ЛОЛФД, показав, що понад половину (57,0%) представниць художньої гімнастики скаржилися на біль у хребті, особливо в попереково-крижовому відділі, паховій ділянці, а також колінних і гомілковостопних суглобах. Із загальної кількості гімнасток, які стоять на обліку у ЛОЛФД і на час проведення дослідження виступали на змаганнях, 45 юних (30,0%) і 40 (27,0%) кваліфікованих спортсменок звернулись зі скаргами на біль у різних ділянках ОРА.

Характерні болі у спині кваліфікованих гімнасток можна пояснити збільшенням одноманітного навантаження, пов'язаного з надмірними частими розгинаннями хребта у ділянці попереку, неправильною технікою виконання

складніших вправ з переважним проявом гнучкості (перекос таза, плечей), дисбалансом у розвитку симетричних м'язів тіла.

Після опитування лікарів ЛОЛФД і проведеного аналізу медичних карток були виділені травми і порушення ОРА за їх локалізацією: хребет – 67,2%, з них у попереково-крижовому відділі – 55,3%, у грудному – 9,8%, у шийному – 2,1%. Після опитування лікарів ЛОЛФД і проведеного аналізу медичних карток були виділені травми і порушення ОРА за їх локалізацією: хребет – 67,2%, з них у попереково-крижовому відділі – 55,3%, у грудному – 9,8%, у шийному – 2,1%. За результатами проведеного аналізу 42,0% гімнасток (28,7% кваліфікованих і 13,3% юних) вимагали лікування (фізіотерапія, масаж, протизапальна терапія). Необхідно зауважити, що з проблемами порушень і травм ОРА гімнастки звертаються до ЛОЛФД переважно у тих випадках, коли вони набувають серйозного перебігу або заважають повноцінному тренуванню.

Опитування 156 спортсменок різної кваліфікації, які займаються художньою гімнастикою, і 9 тренерів свідчать, що переважна кількість травм ОРА, отриманих під час навчально-тренувальних занять та змагань, пов'язані:

- з виконанням елементів, де вимагається дуже високий рівень розвитку гнучкості (87,0%);
- з недостатнім розвитком координації, необхідної для правильної техніки володіння предметами, виконання напівакробатичних та акробатичних елементів, а також елементів ризику (13,0%).

Результати опитування свідчать, що 62,0% гімнасток відчують біль у попереково-крижовій ділянці хребта після тренування, 29,3% – у процесі тренування, 43,4% – після виконання вправ на розтягування. У більшості гімнасток біль зникає після відпочинку. Однак 6,3% гімнасток схильні стверджувати, що больовий синдром не минає після відпочинку і вони змушені використовувати протизапальну терапію.

За результатами проведеного аналізу 42,0% гімнасток (28,7% кваліфікованих і 13,3% юних) вимагали лікування (фізіотерапія, масаж, протизапальна терапія). Необхідно зауважити, що з проблемами порушень і травм ОРА гімнастки

звертаються до ЛОЛФД переважно у тих випадках, коли вони набувають серйозного перебігу або заважають повноцінному тренуванню.

Опитування 156 спортсменок різної кваліфікації, які займаються художньою гімнастикою, і 9 тренерів свідчать, що переважна кількість травм ОРА, отриманих під час навчально-тренувальних занять та змагань, пов'язані:

- з виконанням елементів, де вимагається дуже високий рівень розвитку гнучкості (87,0%);
- з недостатнім розвитком координації, необхідної для правильної техніки володіння предметами, виконання напівакробатичних та акробатичних елементів, а також елементів ризику (13,0%).

Результати опитування свідчать, що 62,0% гімнасток відчують біль у попереково-крижовій ділянці хребта після тренування, 29,3% – у процесі тренування, 43,4% – після виконання вправ на розтягування. У більшості гімнасток біль зникає після відпочинку. Однак 6,3% гімнасток схильні стверджувати, що больовий синдром не минає після відпочинку і вони змушені використовувати протизапальну терапію.

Проведене дослідження свідчить, що серед представниць художньої гімнастики нормальну поставу мають 45 юних гімнасток (51,1%) і 25 (42,4%) кваліфікованих. Плоскої і круглої спини лікарі ЛОЛФД не виявили в жодній гімнастки. У той же час сколіотична постава була зареєстрована у 27 юних (30,7%) і 22 кваліфікованих гімнасток (37,2%), а сколіози I-II ступеня відповідно у п'яťох (5,7%) і шістьох (10,2%) гімнасток. При цьому у переважній більшості (71,7%) були зареєстровані правосторонні сколіотичні викривлення хребта і сколіози. Ознаки сутулої спини були виявлені у дев'ятьох юних гімнасток (10,2%) і у п'яти кваліфікованих спортсменок (8,5%). Тільки дві юних гімнастки (2,3%) і одна кваліфікована (1,7%) мали ознаки плоско-вигнутої спини. За даними карт медичного обстеження у 48,9% юних і у 57,6% кваліфікованих гімнасток спостерігаються порушення ОРА у вигляді різних відхилень у стані постави: сколіотична постава зареєстрована у 30,7% юних і 37,3% кваліфікованих, сколіози I-II ступеня – відповідно у 5,7 і 10,2% гімнасток, ознаки сутулої спини – у 10,2% юних і 8,5% кваліфікованих

гімнасток. У юних гімнасток середній показник візуального скринінгу постави за картами рейтингу Хоулі і Френкса становить 67,1+5,5 бала, у кваліфікованих – 67,0+ 5,5 бала ($p > 0,05$), що відповідає задовільній поставі.

Медико-біологічний контроль.

До завдань медичного забезпечення входить: діагностика здатності до занять, оцінка його перспективності, функціонального стану, контроль здатності переносити фізичні навантаження, санітарно-гігієнічний контроль за місцями проведення занять, профілактика травм і захворювань та ін.

З цією метою проводять початкове, поглиблене і етапне обстеження. Два рази на рік необхідно проводити поглиблене обстеження (приклади в спорті). Особливої уваги вимагають учні, які перенесли травми і захворювання.

Форми медично-біологічного контролю

Вид обстеження	Завдання	Зміст і організація
Поглиблене	1. Контроль за станом здоров'я, виявлення відхилень від норми, складання рекомендацій з профілактики і лікування. 2. Оцінка підготовленості учнів, розробка індивідуальних рекомендацій.	Комплексна лікарська діагностика, заключення вузьких спеціалістів, проведення функціональних тестів на навантаження, аналізи.
Етапне	1. Контроль за станом здоров'я, динаміка показників, виявлення наслідків отриманих травм і захворювань. 2. Перевірка ефективності складених рекомендацій, внесення необхідних корективів. 3. Оцінка функціональної підготовленості, планування наступного етапу.	У разі необхідності консультації у спеціалістів, внесення корективів у навантаження, індивідуалізація.
Біжуче	1. Оперативний контроль за функціональним станом, оцінка навантаження 2. Виявлення відхилень у стані здоров'я, ОРА.	Експрес-контроль до, в процесі та після заняття, візуальні спостереження, визначення ЧСС, проби на рівновагу інше.