

КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У ЮНОШЕЙ-БАСКЕТБОЛИСТОВ**Якубов Абдурауф Абдукасимович***Ташкентский государственный транспортный
университет, Узбекистан, Ташкент,**Электронная почта: abduraufmuhabbat@gmail.com***ИНФОРМАЦИЯ О
СТАТЬЕ****АННОТАЦИЯ:****ИСТОРИЯ СТАТЬИ:***Received: 26.12.2025**Revised: 27.12.2025**Accepted: 28.12.2025***КЛЮЧЕВЫЕ
СЛОВА:***осанка, кифосколиоз,
баскетболисты,
мышечный дисбаланс,
асимметричная нагрузка,
статические
упражнения, коррекция
осанки.**В статье рассматриваются причины формирования нарушений осанки у юношей-баскетболистов, обусловленные эктоморфным типом телосложения и преобладанием асимметричной бросковой техники. Обоснована роль мышечного дисбаланса, статического напряжения и психоэмоциональных факторов в развитии кифосколиоза.**Представлена кратковременная (60 с) методика коррекции осанки, основанная на асимметричных и симметричных статических упражнениях, доказавшая свою эффективность при регулярном применении в учебно-тренировочном процессе.***Введение**

В основе нарушений осанки у баскетболистов лежит сочетание двух факторов: эктоморфный тип телосложения и преобладание асимметричной бросковой техники, в зависимости от того правая или левая рука является ведущей.

Эктоморфный тип телосложения характеризуется высоким ростом (средний рост юношей на специализации “Баскетбол” составил 192,3 см), большей высотой тел позвонков и менее развитой мускулатурой по сравнению с мезоморфным типом [1].

Несмотря на то, что на занятиях спортсмены изучают все виды бросков: двумя руками снизу, одной рукой снизу, двумя руками с места, одной рукой с места, бросок

в прыжке и бросок крюком [5]; тем не менее, в процессе игры чаще используют броски ведущей рукой. Рассмотрим биомеханику движения при броске с места одной рукой: участвуют квадрицепсы, икроножные мышцы, в момент броска происходит напряжение большой грудной, дельтовидной мышц, пронаторов плеча, трицепса и передней поверхности предплечья рабочей руки; с другой стороны происходит напряжение внутренних межреберных мышц, напряжение супинаторов плечевого сустава, укорочение широчайшей мышцы [4]. В дальнейшем можно наблюдать появление изгиба позвоночного столба относительно сагиттальной плоскости, плечо рабочей бросковой руки смещается выше и впереди, за счет ротации позвоночного столба.

Второй распространенной проблемой юношей-баскетболистов является нарушение осанки по типу патологического усиления грудного кифоза, в этом процессе участвуют верхние порции трапециевидных мышц, смещающие плечевые суставы кверху и впереди [3]. Выраженность их статического напряжения в значительной степени связана с психологическими особенностями индивида, в частности с уровнем личной и ситуативной тревожности, т. к. трапециевидные мышцы, наряду с лестничными и жевательными, являются мышцами-триггерами стресса [2].

Данный тип нарушения осанки, сочетающий сутулость спортсмена с искривлением позвоночника во фронтальной плоскости характеризуют термином “кифосколиоз”.

В последние годы онлайн формат обучения требовал длительного нахождения учащихся у экранов компьютеров. Неправильное положение у экрана вкупе с невозможностью посещения спортивных секций и участия в массовых спортивно-оздоровительных мероприятиях усугубляют ситуацию с патологическими изменениями осанки и требуют широкого внедрения упражнений для здоровья спины. Тем более, что прогрессирующие дефекты осанки отрицательно воздействуют на деятельность дыхательной и сердечно-сосудистой систем, ограничивают дыхательную экскурсию грудной клетки, что снижает выносливость спортсменов и негативно сказывается на тренировочном процессе. Субъективно пациенты с такой патологией часто ощущают боль в межлопаточной области, колющие боли в груди, усиливающиеся во время вдоха, что вызвано компрессией межреберных нервов дистопично расположенными позвонками [6].

Статическое напряжение трапецевидных мышц ухудшает кровоснабжение затылочных долей мозга, провоцирует боли в шее, головные боли, снижая качество жизни и возможности к адаптации и работоспособность.

Характерные для кифосколиоза изменения скелета:

- углубление грудного кифоза;
- изгиб грудного отдела позвоночника во фронтальной плоскости, к которому, при прогрессировании, присоединяется компенсаторный изгиб поясничного отдела;
- ротация позвонков в сторону открытой дуги, это проявляется смещением плечевых суставов и крыльев подвздошных костей относительно фронтальной плоскости;
- основные причины кифосколиоза: слабые мышцы спины и несоответствие силы мышц высокому росту в сочетании с несимметричными нагрузками;
- неправильное положение тела во время умственной работы;
- высокий уровень тревожности и подсознательное стремление закрыться и защититься от внешних обстоятельств. Зачастую это связано с эмоциональной и информационной перегруженностью.

Цель и задачи исследования.

Обследовать студентов специализации “Баскетбол” на предмет нарушений осанки. Выяснить, как влияют на течение кифосколиоза статические упражнения, воздействующие на основные звенья патологии, создать корректирующую методику и подобрать для студентов максимально комфортный формат занятия.

Материалы и методы.

Исследование проводилось на базе Узбекского государственного университета физической культуры и спорта среди юношей в возрасте от 18 до 22 лет, занимающихся физкультурой на специализации “Баскетбол”. Наличие или отсутствие нарушения осанки определялось путем объективного осмотра, во время которого оценивалась симметричность надплечий, расположение плечевых суставов относительно фронтальной плоскости, расположение нижних углов лопаток, крыльев подвздошных костей и симметричность тонуса мышц спины (так как при смещении остистых отростков влево, наблюдается правосторонний гипертонус мышц спины и, соответственно, наоборот). Наша методика нацелена на коррекцию мышечного тонуса, для выполнения следующих задач:

- 1) декомпрессия мышц с внутренней стороны дуги;

- 2) укрепление мышц с внешней стороны дуги;
- 3) коррекция асимметричной ротации;
- 4) симметричная коррекция патологического кифоза и укрепление мышц-супинаторов плеча.

Так как не все студенты с нарушениями осанки могут выделить время для длительных занятий лечебной физкультурой, наша программа сокращена по времени до 60 с и удобна для применения в конце тренировки.

Результаты и их обсуждение

Из 40 обследованных студентов у 32 выявлено нарушение осанки. 28 юношей-баскетболистов с признаками кифосколиоза 1-2-й степени выразили желание участвовать в эксперименте. Правосторонний гипертонус мышц спины наблюдается у 17 из них и левосторонний у 11 обследованных. 10 участников эксперимента отмечали периодические колющие боли в груди при вдохе, у 18 бывают ноющие боли между лопатками при работе сидя.

В течение 21 дня студентам было предложено выполнять 3 упражнения:

1. Асимметричное вытяжение разноименных конечностей состороны гипертоничных мышц из положения лежа на спине.
2. Коррекция торсионных изменений одновременно с укреплением гипотоничных мышц в статическом режиме из положения лежа на животе.
3. Симметричное, корректирующее кифоз упражнение, вовлекающее мышцу-выпрямитель позвоночника и супинаторы плеча из положения лежа на спине.

Каждое из этих упражнений рекомендовано было выполнять в статическом режиме с максимальным усилием по 20 с, без задержки дыхания, акцентируя внимание на плавном глубоком выдохе [2].

В дни тренировок корректирующую методику применяли в финальной части занятия, в те дни, когда занятий по физкультуре не было, студенты занимались этими упражнениями самостоятельно перед тем как лечь спать. Т.е. упражнения выполнялись ежедневно под контролем динамики состояния с повторными обследованиями и опросом раз в неделю.

Через 7 дней занятий положительная динамика была отмечена у 5 учащихся, через 14 дней - у 19, в финале эксперимента выяснилось, что визуальной динамики нет у троих участников эксперимента, которые не имели возможности заниматься регулярно, у 25 из 28 юношей-участников эксперимента визуально прослеживается

улучшение осанки, у 18 участников эксперимента после цикла упражнений определяется визуальная симметричность области надплечий, уменьшение глубины грудного кифоза, плечевые суставы, нижние углы лопаток, крылья подвздошных костей на одном уровне. Для дальнейшего закрепления достигнутых эффектов им рекомендованы симметричные упражнения.

Заключение

При условии регулярного контроля применение асимметричных упражнений в статическом режиме дает хороший эффект при коррекции кифосколиоза у студентов-баскетболистов, а короткий формат этой программы делает процесс удобным для студентов, не располагающих свободным временем.

Литература

1. Анатомия человека : в 2 т. / под ред. И.Р. Сапина. - 4-е изд. - М., 1997. - 172 с.
2. . Иваницкий М.Ф. Анатомия человека. - М. : Физкультура и спорт, 2005. - 78 с.
3. Чигарев А.В., Михасев Г.И. Биомеханика : учебное пособие для вузов. - Минск : Технопринт, 2004. - 285 с.
4. Иноземцева Т.А., Ложкина М.Б. Совершенствование точности бросков в баскетболе. - Томск : ТГУ, 2019.- 42 с. 6. Трэвелл Д.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли и дисфункции : руководство в -х т. - М. : Медицина, 2005. - Т. 2. - С. 47-73.