

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

КАФЕДРА СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ, ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

ПЛАН ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА

для студентів IV курсу факультету педагогічної освіти

денної форми навчання

освітньо-кваліфікаційний рівень – бакалавр

Теми практичних занять

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
1.	Особливості методики лікувальної фізкультури за наявності гіпертонічної і гіпотонічної хвороби.	2
2.	Особливості методики лікувальної фізкультури за наявності ішемічної хвороби	2
3.	Особливості методики лікувальної фізкультури за наявності окремих захворювань органів дихання	2
4-5.	Особливості методики лікувальної фізкультури за наявності окремих захворювань органів травлення .	4
6.	Особливості методики лікувальної фізкультури за наявності захворювань периферичної нервової системи	2
7.	Особливості методики лікувальної фізкультури при інсультах	2
8.	Особливості методики лікувальної фізкультури при травмах головного і спинного мозку	2
9.	Особливості методики лікувальної фізкультури при дефектах постави і сколіозах.	2

Методи навчання та контролю

№з/п	Метод організації	Методи навчання	Методи контролю
Практичне заняття 1.	фронтальний	практичні	тестовий контроль
Практичне заняття 2.	фронтальний, груповий	практичні	тестовий контроль
Практичне заняття 3.	фронтальний	практичні	тестовий контроль
Практичне заняття 4-5.	фронтальний	практичні	тестовий контроль
Практичне заняття 6.	фронтальний	практичні	вибіркове усне опитування
Практичне заняття 7.	фронтальний, груповий	практичні	вибіркове усне опитування
Практичне заняття 8.	фронтальний, груповий	словесні: міні-лекція, наочні.	структурована письмова робота з елементами тестових завдань
Практичне заняття 9.	фронтальний	словесні: бесіда, „запитання-відповідь”	вибіркове усне опитування

ПЛАНІ І МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

1. Особливості методики лікувальної фізкультури за наявності гіпертонічної і гіпотонічної хвороби.

Навчальні та виховні цілі: навчити студентів викласти теоретичні основи впливу фізичних вправ на процес відновлення; оволодіти знаннями та практичними навиками складання комплексів вправ та проведення ЛГ; скласти відповідні комплекси лікувальної гімнастики.

Навчальні питання і розподілення часу.

Вступ. Гіпертонічна та гіпотонічна хвороби. Класифікація. Симптоми і перебіг захворювання. -15 хв.

1. Оволодіти методикою складання комплексів вправ на різних рухових режимах. – 20 хв.

2. Ознайомитись з методикою оцінки ефективності проведення занять з лікувальної гімнастики. – 20 хв.

3. Засвоїти основні механізми лікувальної дії фізичних вправ.- 20 хв.

Підведення підсумків заняття: визначення типових помилок під час проведення комплексу вправ з лікувальної гімнастики, відповіді на запитання - 15 хв.

Навчально-матеріальне забезпечення: демонстрація лікувальних вправ при даній патології відповідно до рухових режимів, використання таблиць.

Завдання для самостійного опрацювання:

1. Складання комплексів фізичних вправ при різних ступенях гіпертонічної хвороби (завершення написання та захист протоколу практичного заняття).
2. Проаналізувати помилки, які були зазначені під час практичного заняття.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Організація підготовки студентів до заняття. Завдання на підготовку доповідей (рефератів) і плану семінарського заняття задають за тиждень до заняття.
2. Гіпертонічна хвороба характеризується підвищенням артеріального тиску: систолічного вище 160 мм рт. ст. (21,3 кПа) і діастолічного 90 мм рт. ст. (12,7 кПа). Це пов'язано зі збільшенням тону судин, що створює підвищену опірність кровотоку. Основною причиною гіпертонічної хвороби є порушення функцій вищих відділів ЦНС, розлад нейрогуморальних механізмів. До чинників, що спричиняють підвищення артеріального тиску, відносять психоемоційні перенапруження, часті стреси, надмірну розумову працю, атеросклероз, спадковість, ожиріння, діабет, клімакс, паління тощо.
Хвороба має хронічний перебіг з періодичними загостреннями, гіпертонічними кризами і періодами відносного благополуччя (ремісія). У перебігу гіпертонічної хвороби розрізняють три стадії, кожна з яких поділяють на дві фази - А і Б.
Гіпотонічна хвороба характеризується зниженням артеріального тиску: систолічного нижче 100 мм рт. ст. (13,3 кПа) і діастолічного - 60 мм рт.ст. (8 кПа). Захворювання пов'язане зі зниженням судинного тону, причиною якого є порушення функціонального стану ЦНС і його нейрогуморальної регуляції.
3. Методика застосування фізичних вправ при гіпертонічній хворобі в усіх рухових режимах передбачає використання спеціальних вправ, якими є вправи на розслаблення м'язів, дихальні та для вестибулярного апарату. Вони сприяють зниженню артеріального тиску і нормалізують порушену вестибулярну функцію.
Методика застосування фізичних вправ при гіпотонічній хворобі має передбачити використання спеціальних вправ, що викликають пресорний ефект і сприяють підвищенню артеріального тиску. Це статичні, швидкісно-

силові та силові вправи. Статичні вправи рекомендується застосовувати після силових та швидко-силових, потім - вправи на розслаблення або надавати відпочинок.

4. Під час заняття застосовують наступні форми контролю засвоєння матеріалу:

Тестовий контроль по програмах базового та вихідного контролю

Клінічний розбір хворих, перевірка практичних навичок.

Вміння провести практичне заняття з ЛФК для даного контингенту хворих.

2. Особливості методики лікувальної фізкультури за наявності ішемічної хвороб

Навчальні та виховні цілі: навчити студентів викласти теоретичні основи впливу фізичних вправ на процес відновлення осіб з ІХС; оволодіти знаннями та практичними навиками складання комплексів вправ та проведення ЛГ; складати відповідні комплекси лікувальної гімнастики.

Навчальні питання і розподілення часу.

Вступ. Ішемічна хвороба серця. Класифікація. Причини. Симптоми і перебіг захворювання.. -15 хв.

1. Оволодіти методикою складання комплексів вправ ЛГ для хворих на інфаркт міокарду, стенокардію на різних рухових режимах. - 20 хв.

2. Ознайомитись з методикою оцінки ефективності проведення занять з лікувальної гімнастики. - 20 хв.

3. Засвоїти основні механізми лікувальної дії фізичних вправ при даній патології.- 20 хв.

Підведення підсумків заняття: визначення типових помилок під час проведення комплексу вправ з лікувальної гімнастики, відповіді на запитання - 15 хв.

Навчально-матеріальне забезпечення: демонстрація лікувальних вправ при даній патології відповідно до рухових режимів, використання таблиць, мультимедійне забезпечення..

Завдання для самостійного опрацювання:

1. Складання комплексів фізичних вправ при різних формах стенокардії (завершення написання та захист протоколу практичного заняття)..

2. Проаналізувати помилки, які були зазначені під час практичного заняття.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Організація підготовки студентів до заняття. Завдання на підготовку доповідей (рефератів) і плану практичного заняття задають за тиждень до заняття.

2. Стенокардія — одна з форм ішемічної хвороби серця. Вона характеризується нападами раптового пекучого стискуючого болю за грудниною, що віддає в ліву руку і лопатку, шию, нижню щелепу. Такий стан виникає внаслідок спазму судин серця, недостатнього постачання його кров'ю і триває від декількох до 30 хв і супроводжується відчуттям страху, туги і занепокоєння. Частота нападів різна: від поодиноких до 40-60 за добу, а інколи проміжки між нападами можуть тривати місяцями.

Розрізняють стенокардію напруження, коли напади виникають при фізичному навантаженні, і стенокардію спокою, при якій вони виникають спонтанно без видимої причини поза м'язовими зусиллями, нерідко вночі під час сну. Виникненню захворювання і його розвитку сприяють, в основному, ті самі чинники, що і при інфаркті міокарда. Хвороба має хронічний перебіг з періодичними загостреннями, гіпертонічними кризами і періодами відносного благополуччя (ремісія). У перебігу гіпертонічної хвороби розрізняють три стадії, кожна з яких поділяють на дві фази - А і Б.

Інфаркт міокарда — найважча форма ішемічної хвороби серця, що пов'язана з утворенням вогнища змертвіння в серцевому м'язі внаслідок недостатності його кровопостачання. Причиною цього може бути спазм або тромбоз атеросклеротично змінених коронарних артерій, недостатність колатерального (обхідного) кровообігу серця. Розвиткові інфаркту сприяють чинники ризику, стенокардія, гіпертонія, підвищене згортання крові, психоемоційні напруження і нервові потрясіння, фізичні перенапруження, алкогольна інтоксикація.

Тяжкість інфаркту залежить від локалізації і калібру звуженої або закупореної артерії відповідно розміру ділянки серця, позбавленої внаслідок цього кровопостачання. Розрізняють великовогнищевий, дрібновогнищевий і мікроінфаркт, а за глибиною ураження — інтрамуральний, при якому некроз охоплює внутрішню частину міокарда, і трансмуральний, коли він уражається на всю глибину. Вогнище некрозу поступово розсмоктується, заміщується сполучною тканиною і на його місці утворюється рубець.

3. Методика застосування фізичних вправ при гіпертонічній хворобі в усіх рухових режимах передбачає використання спеціальних вправ, якими є вправи на розслаблення м'язів, дихальні та для вестибулярного апарату. Вони сприяють зниженню артеріального тиску і нормалізують порушену вестибулярну функцію.

Лікувальна фізична культура в формі лікувальної гімнастики призначається у суворо постільному режимі на 2-гу добу хвороби за відсутності протипоказань і стабілізації показників серцево-судинної системи.

Протипоказання до застосування: загальний тяжкий стан хворого, виражений больовий синдром, прогресуюча серцево-судинна недостатність, порушення ритму і провідності, напади стенокардії, високий артеріальний тиск, виражені лабораторні показники активності процесу, висока температура тіла.

4. Позитивною реакцією на фізичне навантаження є: добре самопочуття, відсутність ознак зовнішньої втоми; прискорення пульсу і зміни максимального

і мінімального артеріального тиску зі збільшенням пульсової амплітуди та почастішання дихання на піку навантаження у допустимих для конкретного рухового режиму межах; зниження цих показників наприкінці заняття і відновлення до вихідних через 3-10 хв після його закінчення у постільних рухових режимах або наближення до вихідних величин у наступних режимах під час лікарняного етапу реабілітації. Поява скарг та інші реакції об'єктивних показників на фізичне навантаження і після заняття вказує на його неадекватність.

5. Під час заняття застосовують наступні форми контролю засвоєння матеріалу: Тестовий контроль по програмах базового та вихідного контролю
Клінічний розбір хворих, перевірка практичних навичок.
Вміння провести практичне заняття з ЛФК для даного контингенту хворих.
Розв'язування ситуаційних задач.

3. Особливості методики лікувальної фізкультури за наявності окремих захворювань органів дихання.

Навчальні та виховні цілі: навчити студентів викласти теоретичні основи впливу фізичних вправ на процес відновлення при патології дихальної системи; оволодіти знаннями та практичними навиками складання комплексів вправ та проведення ЛГ; складати відповідні комплекси лікувальної гімнастики.

Навчальні питання і розподілення часу.

Вступ. Пневмонія. Плеврит. Емфізема легень. Бронхіальна астма. Етіологія, патогенез, симптоми і перебіг захворювання. - 15 хв.

1. Оволодіти методикою складання комплексів вправ при патології дихальної системи на різних рухових режимах. - 20 хв.

2. Особливості методики ЛФК і методи контролю за адекватністю фізичних навантажень. - 20 хв.

3. Засвоїти основні механізми лікувальної дії фізичних вправ при даній патології.- 20 хв.

Підведення підсумків заняття: визначення типових помилок під час проведення комплексу вправ з лікувальної гімнастики при пневмонії, плевриті та бронхіальній астмі, відповіді на запитання - 15 хв.

Навчально-матеріальне забезпечення: демонстрація лікувальних вправ при даній патології відповідно до рухових режимів, використання таблиць, мультимедійне забезпечення.

Завдання для самостійного опрацювання:

1. Складання комплексів фізичних вправ при бронхіті, пневмонії, бронхіальній астмі (завершення написання та захист протоколу практичного заняття).
2. Проаналізувати помилки, які були зазначені під час практичного заняття.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Організація підготовки студентів до заняття. Завдання на підготовку доповідей (рефератів) і плану практичного заняття задають за тиждень до заняття.

2. До захворювань органів дихання відносять пневмонію, плеврит, бронхіальну астму, емфізему і туберкульоз легень, пневмосклероз, бронхоектатичну хворобу, бронхіт. Причиною може бути інфекція, інтоксикація, алергічний та запальний процеси. Захворювання органів дихання спричиняє охолодження, ослаблення організму, що викликане іншими хворобами, втрата крові, недостатнє та неповноцінне харчування; шкідливі умови праці, тривале перебування хворого у ліжку, неефективно проведене лікування тощо.

Захворювання органів дихання, проявляються кашлем, виділенням харкотиння, кровохарканням, болем у грудях, задихою. Для легеневої патології характерними є зміни нормального стереотипу і механізму дихального акту у вигляді порушень фази вдиху і, особливо, фази видиху, дискоординації дихальних рухів, поява поверхневого і прискореного дихання, зменшення дієздатності дихальних м'язів. Спостерігаються зміни бронхіальної прохідності, збільшення секреції слизу і харкотиння, погіршення самоочищення дихальних шляхів. Це веде до зміни вентиляції і газообміну у легенях. Причиною розладу дихання частіше всього є: погіршення прохідності дихальних шляхів, обмеження рухливості грудної клітки і легень, зменшення поверхні і еластичності легеневої тканини, порушення дифузії газів у легенях та центральної регуляції дихання і кровообігу.

3. Лікувальну фізкультуру при захворюваннях органів дихання застосовують на всіх етапах реабілітації. Лікувальна дія фізичних вправ проявляється у вигляді чотирьох основних механізмів, серед яких при розвитку дихальної недостатності на перший план виступає механізм формування компенсації та тонізуючого впливу, а у подальшому - механізм трофічної дії, нормалізації функцій.

Фізичні вправи підвищують тонус ЦНС, сприятливо впливають на нервово-регуляторні механізми управління вегетативними функціями організму, підсилюють моторно-вісцеральні рефлекси, активізують органічні взаємозв'язки між рухом і диханням.

4. Особливістю методики ЛФК при захворюваннях органів дихання є широке застосування спеціальних дихальних вправ. Використовують вольове кероване статичне, динамічне і локалізоване дихання. Перше втягує у роботу дихальні м'язи і сприяє нормалізації відношення вдих-видих; друге поєднує дихання з рухами і підсилює вдих або видих; третє підсилює дихальні рухи у визначеній ділянці грудної клітки і одночасно обмежує її в іншій частині. Хворих навчають довільної зміни частоти, глибини і типу дихання, подовженого видиху, який може додатково збільшуватися за рахунок вимови звуків і їх сполучень.

3. Під час заняття застосовують наступні форми контролю засвоєння матеріалу:

Тестовий контроль по програмах базового та вихідного контролю

Клінічний розбір хворих, перевірка практичних навичок.

Вміння провести практичне заняття з ЛФК для даного контингенту хворих.

4. Особливості методики лікувальної фізкультури за наявності окремих захворювань органів травлення.

Навчальні та виховні цілі: навчити студентів викласти теоретичні основи впливу фізичних вправ на процес відновлення функціонального стану організму при захворюваннях шлунково-кишкового тракту; оволодіти знаннями та практичними навиками складання комплексів вправ та проведення ЛГ; скласти відповідні комплекси лікувальної гімнастики.

Навчальні питання і розподілення часу.

Вступ. Гастрит. Виразкова хвороба шлунку і 12-палої кишки. Етіологія, патогенез, симптоми і перебіг захворювання. - 15 хв.

1. Оволодіти методикою складання комплексів вправ на різних рухових режимах при даних патологіях. - 20 хв.

2. Особливості методики ЛФК при захворюваннях шлунково-кишкового тракту і методи контролю за адекватністю фізичних навантажень. – 20 хв.

3. Засвоїти основні механізми лікувальної дії фізичних вправ при даній патології.- 20 хв.

Підведення підсумків заняття: визначення типових помилок під час проведення комплексу вправ з лікувальної гімнастики при гастриті та виразковій хворобі шлунку, відповіді на запитання - 15 хв.

Навчально-матеріальне забезпечення: демонстрація лікувальних вправ при даній патології відповідно до рухових режимів, використання таблиць, мультимедійне забезпечення.

Завдання для самостійного опрацювання:

1. . Складання комплексів фізичних вправ при різних формах гастритів, виразковій хворобі, колітах, холециститі та опущенні внутрішніх органів. (завершення написання та захист протоколу практичного заняття).

2. Проаналізувати помилки, які були зазначені під час практичного заняття.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Організація підготовки студентів до заняття. Завдання на підготовку доповідей (рефератів) і плану практичного заняття задають за тиждень до заняття.

2. До захворювань органів травлення відносять гастрит, виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки, коліти, холецистит, спланхноптоз (опущення нутрощів) тощо. Причиною хвороб може бути порушення регулюючої функції ЦНС, часті стреси, нерегулярне і неякісне харчування, інтоксикація, паління, зловживання алкоголем, інфекція, слабкість м'язів живота. Загальними проявами захворювань органів травлення є біль, печія, відрижка, нудота, блювота, пронос, запор, зміни апетиту, підвищена дратливість. Хвороби мають хронічний перебіг із загостреннями і ремісіями.

Захворювання органів травлення лікують комплексно - медикаментозно, дієтотерапією, вживанням мінеральних вод, психотерапією, застосовують фізичну реабілітацію.

Лікувальну фізкультуру при захворюваннях органів травлення застосовують на всіх етапах реабілітації хворих. Лікувальна дія фізичних вправ виявляється чотирма механізмами, проте на перший план виступає механізм нормалізації функцій та трофічної дії.

Фізичні вправи змінюють та нормалізують рухову, секреторну, всмоктуючу функції органів травлення. Під впливом фізичних вправ активізуються трофічні процеси в органах травлення.

3. Гастрит - запалення слизової оболонки шлунка. Ця патологія є найбільш поширеною серед захворювань органів травлення. Гастрити поділяються на гострі і хронічні.

ЛФК під час стаціонарного лікування проводять у два періоди. Її методика базується на фізіологічній залежності секреторної і моторної функцій шлунка від характеру і обсягу м'язової роботи.

Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки - хронічне захворювання, що характеризується утворенням виразки на стінці шлунка або дванадцятипалої кишки. У появі і розвитку хвороби провідну роль відіграють порушення центральної і вегетативної нервової систем, що виникають внаслідок постійних нервово-психічних і фізичних пере напружень, негативних емоцій.

Лікувальну фізичну культуру призначають після стихання гострих проявів захворювання. Протипоказана ЛФК при значних болях, багаторазовому блюванні, постійній нудоті, кровотечі, підозрі на прободіння виразки. Завдання ЛФК: нормалізація тону ЦНС та кортико-вісцеральних взаємовідносин, поліпшення психоемоційного стану; активізації крово- і лімфообігу, обмінних і трофічних процесів в шлунку, дванадцятипалій кишці та інших органах травлення; стимуляція регенеративних процесів і прискорення загоєння виразки; зменшення спазму м'язів шлунка; нормалізація секреторної і моторної функцій шлунка і кишечника; попередження застійних явищ та спайкових процесів у черевній порожнині.

Фізичні вправи підвищують тонус ЦНС, сприятливо впливають на нервово-регуляторні механізми управління вегетативними функціями організму, під-

силують моторно-вісцеральні рефлекси, активізують органічні взаємозв'язки між рухом і диханням.

4. Хронічні захворювання кишок можуть бути наслідком перенесених гострих захворювань кишківника, інфекції, інтоксикації, патологічних процесів у шлунку, печінці, підшлунковій залозі, вживання недоброякісної, погано обробленої їжі, а також малорухливого способу життя.

ЛФК призначають диференційовано з урахуванням найбільш характерного прояву хронічних колітів - порушення моторно-евакуаторної функції. Тому добір фізичних вправ і вихідних положень визначають патологічними явищами у кишках, що переважають: спастичні чи атонічні.

5. Під час заняття застосовують наступні форми контролю засвоєння матеріалу:

Тестовий контроль по програмах базового та вихідного контролю

Клінічний розбір хворих, перевірка практичних навичок.

Вміння провести практичне заняття з ЛФК для даного контингенту хворих.

5. Особливості методики лікувальної фізкультури за наявності окремих захворювань органів травлення (продовження практичного заняття №4) (повне найменування теми заняття)

Навчальні та виховні цілі: навчити студентів викласти теоретичні основи впливу фізичних вправ на процес відновлення функціонального стану організму при захворюваннях шлунково-кишкового тракту; оволодіти знаннями та практичними навиками складання комплексів вправ та проведення ЛГ; скласти відповідні комплекси лікувальної гімнастики.

Навчальні питання і розподілення часу.

Вступ. Коліт. Хронічний холецистит і жовчекам'яна хвороба. Етіологія, патогенез, симптоми і перебіг захворювання. - 15 хв.

1. Оволодіти методикою складання комплексів вправ на різних рухових режимах при даних патологіях. - 20 хв.

2. Особливості методики ЛФК при захворюваннях шлунково-кишкового тракту і методи контролю за адекватністю фізичних навантажень. - 20 хв.

3. Засвоїти основні механізми лікувальної дії фізичних вправ при даній патології.- 20 хв.

Підведення підсумків заняття: визначення типових помилок під час проведення комплексу вправ з лікувальної гімнастики, відповіді на запитання - 15 хв.

Навчально-матеріальне забезпечення: демонстрація лікувальних вправ при даній патології відповідно до рухових режимів, використання таблиць, мультимедійне забезпечення.

Завдання для самостійного опрацювання:

1. Складання комплексів фізичних вправ при різних формах гастритів, виразковій хворобі, колітах, холециститі та опущенні внутрішніх органів. (завершення написання та захист протоколу практичного заняття).
2. Проаналізувати помилки, які були зазначені під час практичного заняття.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Організація підготовки студентів до заняття. Завдання на підготовку доповідей (рефератів) і плану практичного заняття задають за тиждень до заняття.

2. Хронічні захворювання кишок можуть бути наслідком перенесених гострих захворювань кишківника, інфекції, інтоксикації, патологічних процесів у шлунку, печінці, підшлунковій залозі, вживання недоброякісної, погано обробленої їжі, а також малорухливого способу життя.

2. Лікувальну фізкультуру при захворюваннях органів травлення застосовують на всіх етапах реабілітації хворих. Лікувальна дія фізичних вправ виявляється чотирма механізмами, проте на перший план виступає механізм нормалізації функцій та трофічної дії.

Фізичні вправи змінюють та нормалізують рухову, секреторну, всмоктуючу функції органів травлення. Під впливом фізичних вправ активізуються трофічні процеси в органах травлення.

3. ЛФК призначають диференційовано з урахуванням найбільш характерного прояву хронічних колітів - порушення моторно-евакуаторної функції. Тому добір фізичних вправ і вихідних положень визначають патологічними явищами у кишках, що переважають: спастичні чи атонічні.

При хронічних колітах, що супроводжуються спастичними запорами у I період ЛФК у постільному режимі застосовують вихідні положення лежачи на спині з зігнутими у колінах ногами, упор стоячи на колінах, на боці. Вони сприяють розслабленню м'язів живота та зниженню внутрішнього кишкового тиску. у II період загальнорозвиваючі та спеціальні вправи виконують з різних вихідних положень у повільному і середньому темпі з повною амплітудою рухів наприкінці періоду.

При хронічних колітах, що супроводжуються атонічними запорами, у I період ЛФК вправи виконують у повільному і середньому темпі, з повною амплітудою, із різних вихідних положень, з поступовим підвищенням навантаження, силовими елементами. У II період використовують часті зміни вихідних положень, вправи для м'язів живота і такі, що викликають стрясіння кишечника, сприяють підвищенню тону та перистальтики кишок.

4. У комплексах лікувальної гімнастики зберігаються принципи добору вправ, вихідних положень та побудови занять, залежно від порушення моторно-

евакуаторної функції кишок. Застосовують загальнорозвиваючі вправи, дихальні і. на розслаблення. Використовують вправи для кінцівок згинання, повороти, нахили тулуба, присідання, стрибки; вправи для зміцнення м'язів тазового дна з предметами і снарядами. Акцентують увагу пацієнтів на правильне поєднання рухів з диханням, оптимальне вихідне положення. Вправи виконують, переважно, у повільному і середньому темпі, з повною амплітудою рухів. Тривалість заняття лікувальної гімнастики 35-40 хв. Загальне навантаження у занятті залежить не лише від особливостей функції травної системи, а й від наявності та важкості супутніх захворювань, що обмежують фізичну працездатність

5. Під час заняття застосовують наступні форми контролю засвоєння матеріалу:

Тестовий контроль по програмах базового та вихідного контролю

Клінічний розбір хворих, перевірка практичних навичок.

Вміння провести практичне заняття з ЛФК для даного контингенту хворих.

6. Особливості методики лікувальної фізкультури за наявності захворювань периферичної нервової системи.

Навчальні та виховні цілі: Засвоїти особливості ЛГ за особами з патологією нервової системи; навчити студентів викласти теоретичні основи впливу фізичних вправ на процес відновлення; оволодіти знаннями та практичними навиками складання комплексів вправ та проведення ЛГ.

Навчальні питання і розподілення часу.

Вступ. Основні клінічні дані про захворювання і травми периферичної нервової системи, неврит, плексит, радикуліт. Характеристика фізичних вправ, які застосовуються при захворюваннях і травмах периферичної нервової системи.

- 15 хв.

1. Ознайомитись з особливостями перебігу спастичних і в'ялих паралічів і парезів. - 20 хв.

2. Засвоїти особливості перебігу різних форм інсультів. – 20 хв.

3. Ознайомитись з методиками проведення відновних заходів при неврологічній патології.- 20 хв.

Підведення підсумків заняття: визначення типових помилок під час проведення комплексу вправ з лікувальної гімнастики при патології периферичної нервової системи, відповіді на запитання - 15 хв.

Навчально-матеріальне забезпечення: демонстрація лікувальних вправ при даній патології відповідно до рухових режимів, використання таблиць, мультимедійне забезпечення.

Завдання для самостійного опрацювання:

1. Складання комплексів при різних формах радикулітів (завершення написання та захист протоколу практичного заняття).
2. Проаналізувати помилки, які були зазначені під час практичного заняття.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Організація підготовки студентів до заняття. Завдання на підготовку доповідей (рефератів) і плану практичного заняття задають за тиждень до заняття.

2. Розрізняють хвороби нервової системи, що пов'язані зі структурними органічними порушеннями мозку та нервових стовбурів, і неврози, при яких збережена анатомічна цілісність, але є зміни функцій головного мозку. Причинами цього можуть бути: травма, інтоксикація, розлади обміну речовин, перевтомлення, емоційне перенапруження. Основними проявами пошкоджень і захворювань нервової системи є розлади рухів, чутливості, трофіки, рефлексів.

Розлади рухів визначаються повною відсутністю м'язового скорочення (параліч або плегія) і частковим випадінням рухової функції (парез). Параліч (парез) однієї кінцівки має назву відповідно моноплегії (монопарезу), обох кінцівок з одного боку тіла - геміплегії (геміпарезу), симетричних кінцівок - параплегії (парапарезу), трьох кінцівок - триплегії (трипарезу), чотирьох - тетраплегії (тетрапарезу). Паралічі і парези можуть бути двох видів: спастичні і в'ялі.

3. *Спастичний параліч* виникає при травмах і захворюваннях ЦНС - передньої центральної звивини кори великих півкуль чи пірамідного шляху. Він характеризується відсутністю довільних рухів, високим м'язовим тонусом і високими сухожильними рефlekсами, появою патологічних рефлексів, синкінезій (побічні, мимовольні супутні рухи).

В'ялий, або атонічний, параліч виникає при ураженні передніх рогів та корінців спинного мозку і периферичних нервів. Для нього характерна відсутність довільних і мимовільних рухів, сухожильних рефлексів, низький тонус і атрофія м'язів.

4. До захворювань периферичної нервової системи відносять: радикуліт - запалення нервових корінців, плексит - запалення нервового сплетіння, неврит - запалення нервового стовбура. Патологічний процес може розвинути в одному з них - мононеврит або в декількох - поліневрит. Він інколи захоплює нервовий корінець і стовбур - радикулоневрит чи декілька таких ділянок - полірадикулоневрит. Причиною цих захворювань здебільшого є травма, запалення, інтоксикація, порушення обміну, авітаміноз.

ЛФК призначають відповідно до рухового режиму. Водночас застосовують лікування положенням, що покликане протидіяти виникненню контрактур (згинальні, розгинальні, привідні, відвідні), деформаціям і тугорухливості у суглобах. Хворі кінцівки кладуть у шини або гіпсові, пластмасові лонгети для надання їм положень, що перешкоджають подальшому розтягуванню ослаблених м'язів, знижують напруження в антагоністах і підтримують пасивну рівновагу між ними і паретичними м'язами. Лікування положенням повторюють протягом дня кілька разів від 20-25 хв до 3-4 год. Під час занять фізичними вправами кінцівка звільняється від утримуючих її пристосувань.

При лікуванні хворих на неврити, які перебувають на ліжковому режимі, використовують загальнорозвиваючі і спеціальні вправи, що добираються відповідно до характеру рухових порушень. Серед них значне місце приділяють посиленням імпульсів до скорочення паретичних м'язів, мінімальним ізометричним напруженням. Протягом дня їх рекомендують повторювати самостійно декілька разів. Перед тим як застосовувати ці вправи, слід навчити хворого диференційованих напружень таких м'язів на здоровому боці. Включають пасивні вправи, і реабілітолог проробляє на кожному занятті всі суглоби паретичної кінцівки по осях її рухів. При появі перших ознак відновлення провідності нерва, що з'являється спочатку в проксимальних, а пізніше в дистальних відділах кінцівки, виконують активні рухи у мінімальному дозуванні (2-3 рази). Це запобігає перенапруженню м'язів, інакше вони втратять здатність активно скорочуватись на декілька днів.

5. Під час заняття застосовують наступні форми контролю засвоєння матеріалу:
Тестовий контроль по програмах базового та вихідного контролю
Клінічний розбір хворих, перевірка практичних навичок.
Вміння провести практичне заняття з ЛФК для даного контингенту хворих.

7. Особливості методики лікувальної фізкультури при інсультах.

Навчальні та виховні цілі: Засвоїти особливості ЛГ за особами з патологією нервової системи; навчити студентів викласти теоретичні основи впливу фізичних вправ на процес відновлення; оволодіти знаннями та практичними навиками складання комплексів вправ та проведення ЛГ.

Навчальні питання і розподілення часу.

Вступ. Основні прояви захворювання нервової системи та їх ускладнення: спастичні і мляві паралічі і парези, гіперкінези, порушення чутливості, трофічної функції і функції вегетативного відділу ЦНС. - 15 хв.

1. Ознайомитись з особливостями перебігу інсультів та механізмами лікувальної дії фізичних вправ при цих патологіях. - 20 хв.

2. Засвоїти особливості перебігу різних форм інсультів. – 20 хв.

3. Ознайомитись з методиками проведення відновних заходів при неврологічній патології.- 20 хв.

Підведення підсумків заняття: визначення типових помилок під час проведення комплексу вправ з лікувальної гімнастики при патології центральної нервової системи, відповіді на запитання - 15 хв.

Навчально-матеріальне забезпечення: демонстрація лікувальних вправ при даній патології відповідно до рухових режимів, використання таблиць, мультимедійне забезпечення.

Завдання для самостійного опрацювання:

1. Складання комплексів при різних формах ІМ (завершення написання та захист протоколу практичного заняття).
2. Проаналізувати помилки, які були зазначені під час практичного заняття.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Організація підготовки студентів до заняття. Завдання на підготовку доповідей (рефератів) і плану практичного заняття задають за тиждень до заняття.

2. До захворювань і травм ЦНС відносять: порушення мозкового кровообігу, травми і пухлини головного та спинного мозку, неврози, інфекційні захворювання. Залежно від локалізації і характеру патологічного процесу виникають спастичні і в'ялі паралічі і парези, зміни чутливості, трофічні розлади; порушення діяльності серцево-судинної, дихальної, травної систем, дефекації, сечовиділення; можливі втрата слуху, зору, мови, психічні порушення. Більшість цих хворих важкі, протягом тривалого часу і досить багато з них стають інвалідами. Інсульт - гостре порушення мозкового кровообігу.

Розрізняють *ішемічні інсульти* (мозковий інфаркт, розм'якшення мозку), що є наслідком закупорки судин тромбом чи занесеним в них емболом і *геморагічні* (крововилив). У вогнищі ураження нервові клітини і їх елементи позбавляються живлення, стискаються крововиливом, гинуть або функція їх різко порушується. Причинами цього захворювання найчастіше є гіпертонічна хвороба, атеросклероз судин головного мозку, психічні і фізичні перенапруження, інфекція, інтоксикація.

3. Починається інсульт гостро. Захворювання характеризується загальним важким станом хворого, розладами свідомості, серцевої діяльності, дихання, мови, парезами і паралічами. Залежно від локалізації, площі і обсягу пошкодження рухові розлади розвиваються в одній чи більше кінцівок. Вони виникають на протилежному вогнищу боці тіла, що пояснюється перехрещенням пірамідних шляхів на кордоні довгастого зі спинним мозком.

Найчастіше спостерігається параліч кінцівок однієї половини тіла (геміплегія), який спочатку млявий і незабаром переходить у типовий для інсультів спастичний параліч зі згинальними контрактурами у суглобах руки і розгинальними - у нозі. Виникає поза Верніке-Манна: паралізована рука приведена до тулуба, пронована і зігнута в ліктьовому, променево-зап'ястковому суглобах, пальці зігнуті в кулак.

4. Реабілітація хворих на інсульт проводиться у три етапи: I - ранній відновний (до 3 міс), II - пізній відновний (до 1 року), III етап - залишкових порушень рухових функцій (понад 1 рік). З них I етап проводиться в стаціонарі під час

лікарняного періоду реабілітації, II і III - у післялікарняний її період. Тривалість етапів, як і періодів реабілітації, залежить від клінічного перебігу захворювання і ступеню порушення рухових функцій. Розрізняють п'ять ступенів порушення рухових функцій: 1 - легкий парез, 2 - помірний парез, 3 - парез, 4 - глибокий парез, 5 - плегія або параліч. ЛФК призначають відповідно до рухового режиму. Водночас застосовують лікування положенням, що покликане протидіяти виникненню контрактур (згинальні, розгинальні, привідні, відвідні), деформаціям і тугорухливості у суглобах. Хворі кінцівки кладуть у шини або гіпсові, пластмасові лонгети для надання їм положень, що перешкоджають подальшому розтягуванню ослаблених м'язів, знижують напруження в антагоністах і підтримують пасивну рівновагу між ними і паретичними м'язами. Лікування положенням повторюють протягом дня кілька разів від 20-25 хв до 3-4 год. Під час занять фізичними вправами кінцівка звільняється від утримуючих її пристосувань.

5. Під час заняття застосовують наступні форми контролю засвоєння матеріалу: Тестовий контроль по програмах базового та вихідного контролю
Клінічний розбір хворих, перевірка практичних навичок.
Вміння провести практичне заняття з ЛФК для даного контингенту хворих.

9. Особливості методики лікувальної фізкультури при травмах головного і спинного мозку.

Навчальні та виховні цілі: Засвоїти особливості ЛГ за особами з травмами нервової системи; навчити студентів викласти теоретичні основи впливу фізичних вправ на процес відновлення при травмах головного і спинного мозку; оволодіти знаннями та практичними навиками складання комплексів вправ та проведення ЛГ.

Навчальні питання і розподілення часу.

Вступ Основні клінічні дані про захворювання і травми ЦНС: струс і забій головного мозку, пухлини головного і спинного мозку, ДЦП, поліомієліт. - 15 хв.

1. Обґрунтувати застосування засобів ЛФК при травмах головного мозку. - 20 хв.
2. Методика відновлення навиків ходіння, побутових і трудових навиків, вироблення постійних компенсацій. - 20 хв.
3. Ознайомитись з методиками проведення відновних заходів при неврологічній патології.- 20 хв.

Підведення підсумків заняття: визначення типових помилок під час проведення комплексу вправ з лікувальної гімнастики при патології центральної нервової системи, відповіді на запитання - 15 хв.

Навчально-матеріальне забезпечення: демонстрація лікувальних вправ при даній патології відповідно до рухових режимів, використання таблиць, мультимедійне забезпечення.

Завдання для самостійного опрацювання:

1. Складання комплексів при забогах головного мозку (завершення написання та захист протоколу практичного заняття).
2. Проаналізувати помилки, які були зазначені під час практичного заняття.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Організація підготовки студентів до заняття. Завдання на підготовку доповідей (рефератів) і плану практичного заняття задають за тиждень до заняття.

2. Травми головного мозку поділяються на закриті, при яких цілість шкіри і кісток черепа не порушена, і відкриті, які супроводжуються їх пошкодженням. До першої групи відносяться струси, забій і здавлення мозку, до другої - проникаючі поранення з порушенням цілісності оболонок мозку і його речовини, що супроводжуються розривом судин і кровотечею.

Загальними проявами травм головного мозку є: втрата свідомості, головний біль, розлад дихання і серцевої діяльності, судоми, нудота, блювота. Залежно від локалізації, характеру і тяжкості травм виникають порушення рухів, розлади мови, вестибулярного апарату і слуху.

Порушення рухів при травматичних крововиливах характеризуються спастичними паралічами або парезами, тобто такими ж, як і при інсультах. Тому після виходу хворого з важкого стану застосування засобів фізичної реабілітації і методика їх проведення будуть, в основному, аналогічні тим, що використовувались при інсультах.

Пошкодження головного мозку, що супроводжуються розладом вестибулярного апарату і мови, висувають перед ЛФК такі спеціальні завдання: відновлення і підвищення стійкості вестибулярного апарату; покращання ритму і співвідношення фаз дихання. Для їх реалізації наприкінці ліжкового і у наступних режимах застосовують прості вправи на розвиток статокінетичної стійкості, вправи зі зміною положень тіла, одночасні рухи голови і тулуба у бічній та передньозадній площинах з обмеженою амплітудою і кількістю повторень. Після адаптації хворого до таких вправ допускають ізольовані рухи тільки головою. Використовують дихальні вправи статичного і динамічного характеру, вправи у рівновазі на великій та малій площі опору; включають вправи на координацію, поступово збільшуючи їх кількість і складність; застосовують вправи у метанні середніх, а у вільному режимі і малих м'ячів, вправи із закритими очима на місці та у русі. Під час виконання вправ слід забезпечити повне страхування хворого.

3. Травми спинного мозку відносяться до числа таких, що часто призводять до стійкої інвалідності. Вони виникають внаслідок різних ушкоджень хребта. Розрізняють струс, забій, здавлення спинного мозку, крововилив у його речовину і оболонки, часткове або повне анатомічне переривання спинного мозку. Оскільки спинний мозок є найважливішою ланкою зв'язку вищих відділів ЦНС з ефекторними органами, екстеро-, пропріо- і інтероцептивними апаратами, то нижче місця ушкодження виникають рухові, чутливі, трофічні й тазові розлади.

Рухові розлади проявляються в'ялими спастичними паралічами і парезами і комбінованими. При ураженні шийних або верхньогрудних сегментів виникають в'ялі паралічі верхніх кінцівок і спастичні - нижніх. У випадках травми грудного відділу розвивається спастичний параліч ніг (параплегія), а нижньогрудного і поперекового - в'ялі паралічі нижніх кінцівок.

4. Лікування хворих з травмами спинного мозку спрямоване на усунення проявів травматичної хвороби і проводиться комплексно протягом тривалого часу. Використовують медикаментозну терапію, лікування положенням, дієто і психотерапію, ортопедичні засоби і засоби фізичної реабілітації. Часто проводять оперативне усунення компресії спинного мозку при його здавленні фрагментами кісток чи кров'ю, відновлюють анатомічну цілісність каналу хребта, стабілізують хребці.

5. Під час заняття застосовують наступні форми контролю засвоєння матеріалу: Тестовий контроль по програмах базового та вихідного контролю
Клінічний розбір хворих, перевірка практичних навичок.
Вміння провести практичне заняття з ЛФК для даного контингенту хворих.

9. Особливості методики лікувальної фізкультури при порушеннях постави.

Навчальні та виховні цілі: Засвоїти особливості ЛГ для осіб з порушеннями постави; навчити студентів викласти теоретичні основи впливу фізичних вправ на процес корекції дефектів; оволодіти знаннями та практичними навиками складання комплексів вправ та проведення ЛГ.

Навчальні питання і розподілення часу.

Вступ Основні клінічні дані при дефекти постави: дефекти постави у сагітальній і фронтальній площинах, сколіози. - 15 хв.

1. Обґрунтувати застосування засобів ЛФК при дефектах постави. - 20 хв.

2. Особливості методика ЛФК при дефектах постави у сагітальній та фронтальній площинах. – 20 хв.

3. Ознайомитись з методиками проведення ЛФК при сколіозах.- 20 хв.

Підведення підсумків заняття: визначення типових помилок під час проведення комплексу вправ з лікувальної гімнастики при дефектах постави та сколіозах, відповіді на запитання - 15 хв.

Навчально-матеріальне забезпечення: демонстрація лікувальних вправ при даній патології відповідно до рухових режимів, використання таблиць, мультимедійне забезпечення.

Завдання для самостійного опрацювання:

1. Складання комплексів при круглій спині та сколіозі II ступеня (завершення написання та захист протоколу практичного заняття).
2. Проаналізувати помилки, які були зазначені під час практичного заняття.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Організація підготовки студентів до заняття. Завдання на підготовку доповідей (рефератів) і плану практичного заняття задають за тиждень до заняття.

2. Постава — це звична поза людини, яка невимушено стоїть, набута без зайвого м'язового напруження: тулуб та голова тримаються вертикально, хребет утворює плавну хвилеподібну лінію, контури грудної клітки виступають уперед, живіт злегка підтягнутий, ноги розігнуті у кульшових та колінних суглобах. Постава є виразом не лише зовнішньої краси людини, а й свідченням її здоров'я, запорукою оптимального положення і функціонування внутрішніх органів. Відхилення від нормальної постави називають *порушеннями або вадами постави*. Вони виникають в ослаблених дітей, які перенесли інфекційні хвороби або часто хворіють на простудні захворювання. Порушення постави можуть спостерігатись у практично здорових дітей у разі неправильного фізичного виховання

3. *Вади постави* можуть бути у сагітальній і фронтальній площинах. У *сагітальній площині* розрізняють порушення зі збільшенням і зменшенням фізіологічних викривлень хребта. До перших відносять: *сутулість* — збільшення грудного кіфозу зі зменшенням поперекового лордозу; *кругла спина* (тотальний кіфоз) — збільшення грудного кіфозу з майже повною відсутністю поперекового лордозу; *круглоувігнута спина* — збільшення викривлень хребта як кіфозу, так і лордозу та кута нахилу таза. майже такі самі зміни, що і при круглій спині. Водночас у нижній частині через занадто збільшений поперековий вигин хребта збільшується нахил таза, живіт відвисає, м'язи його розтягуються, коліна максимально розігнуті; м'язи задньої поверхні стегон, що кріпляться до сідничного горба, розтягнуті порівняно з м'язами передньої поверхні.

До порушень постави зі зменшенням фізіологічних викривлень хребта належать: *плоска спина* — грудний кіфоз згладжений, а поперековий лордоз сплющений (рис. 6.4.3); *плоскоувігнута спина* — зменшення грудного кіфозу при нормальному або дещо збільшеному поперековому лордозі. При плоскій спині грудна клітка сплющена, вузька, плечі звисають, лопатки крилоподібні, нахил таза зменшений, низ живота вип'ячений. Через зменшення вигинів порушується ресорна функція хребта, що негативно відбивається на його амортизаційних властивостях і збільшує стрясання головного та спинного мозку при

стрибках, бігу та інших пересуваннях. Діти з такою поставою схильні до розвитку сколіозу.

До вад постави у *фронтальній площині* належить *асиметрична постава*. Вона характеризується змінами симетрії між правою і лівою половиною тулуба. Хребет являє собою дугу, повернену вершиною вправо або вліво, плече і лопатка з одного боку опущені, нерівномірними є трикутники талії.

Лікувальну фізичну культуру проводять у дошкільних закладах, спеціальних медичних групах у середніх і вищих навчальних закладах, поліклініці, санаторно-курортних умовах. Її завдання: покращання емоційного стану і нормалізація основних нервових процесів; покращання діяльності серцево-судинної, дихальної та травної систем, обмінних процесів; зміцнення ослаблених м'язів спини і тулуба, підвищення рівня силової та загальної витривалості; формування й удосконалення рухових навичок та покращання загального фізичного розвитку; виправлення вади постави, виховання і закріплення навички правильної постави.

Указані завдання реалізують шляхом включення в комплекси лікувальної, гігієнічної гімнастики та самостійних занять загальнорозвиваючих, дихальних і спеціальних коригуючих вправ; використання плавання, ходьби та бігу, спортивних ігор, ходьби на лижах та інших форм і засобів фізичної культури

4. У заняття з лікувальної гімнастики включають загальнорозвиваючі і спеціальні вправи. Перші спрямовані на удосконалення фізичного розвитку дитини, другі — на виправлення неправильної постави. Вони сприяють нормалізації кута нахилу таза, виправленню порушених фізіологічних вигинів хребта, положення і форми грудної клітки, симетричному положенню плечового пояса.

Основою нормалізації взаєморозташування частин тіла є зміцнення, природного м'язового корсета. Найкращими вихідними положеннями для цього є такі, що забезпечують розвантаження хребта, — лежачи на спині та животі і, особливо, в упорі стоячи на колінах, що дає можливість цілеспрямовано діяти

5. Під час заняття застосовують наступні форми контролю засвоєння матеріалу: Тестовий контроль по програмах базового та вихідного контролю

Клінічний розбір хворих, перевірка практичних навичок.

Вміння провести практичне заняття з ЛФК для даного контингенту хворих.

Гузій О. В.