

ність в організаційно-змістових основах фізичного виховання. Усе зазначене висуває порушену проблему в ранг стратегічних державних пріоритетів.

Успіх у вирішенні проблеми значною мірою залежить від наявності відповідної науково-теоретичної концепції, оскільки така концепція є системоутворюючим компонентом, на базі якого здійснюється формування технології педагогічного управління реабілітаційно-адаптивною фізкультурною діяльністю з подальшим практичним

розв'язанням відповідних соціально-педагогічних завдань; вона повинна відображати найсуттєвіші ідеї, положення і принципи, проте не деталізувати шляхи вирішення окремих завдань: на підставі такої концепції необхідно підготувати організаційні, програмово-нормативні та методичні матеріали, які б утворили єдиний технологічний процес програмування етапності і послідовності впровадження в практику форм, засобів і методів фізичного виховання учнівства з обмеженими можливостями.

ДО ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ СПИННОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

КРУК БОГДАН

Львівський державний інститут фізичної культури (г. Львів, Україна)

Щороку в Україні в середньому понад 2000 осіб отримує спинномозкову травму, і з кожним роком їхня кількість збільшується на 5% випадків, при чому більша половина травмованих — це населення молодше 40 років.

Реабілітація хворих із спинномозковою травмою в шийному відділі хребта є особливо важким завданням тому, що рухові ураження нижніх і верхніх кінцівок різко обмежують можливість самостійного пересування хворого, а також в наслідок травми порушується трофіка та робота тазових органів, що в сумі призводить до глибокої

інвалідності.

Серед всіх засобів фізичної реабілітації осіб із спинномозковою травмою, кінезіотерапії, належить провідна роль. Її практичне втілення потребує деталізації методики фізичної реабілітації.

Отже розробка адекватної методики фізичної реабілітації для осіб із спинномозковою травмою є важливою науковою, медичною, соціальною проблемою, а також має велике значення для теорії і методики фізичного виховання.

КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

ЮНЕС ТАКЕРКРА

Харьковская государственная академия физической культуры (г. Харьков, Украина)

Мозговой инсульт — это острое нарушение мозгового кровообращения в головном мозге с развитием стойких органических поражений в центральной нервной системе. Различают два вида инсультов: геморрагический (1—4%) и ишемический (96—99%). Ведущими средствами восстановления функции двигательного речевого аппарата данного контингента больных, помимо медикаментозной терапии являются средства физической реабилитации: ЛФК, массаж, физиотерапия и другие.

Целью нашей работы является определить рациональность сочетания различных средств физической реабилитации при остром нарушении мозгового кровообращения.

Для этого решались следующие задачи: 1. Изучить литературу по данной проблеме. 2. Дать этиопатогенетическую и клиническую характеристику острого нарушения мозгового кровообращения. 3. Рассмотреть влияние различных средств реабилитации при инсульте и составить программу физической реабилитации для данного контингента больных. 4. Охарактеризовать основные подходы к оценке эффективности физической реабилитации при остром нарушении мозгового кровообращения.

Инсульты лечат комплексно. В острый период проводят неотложные мероприятия для поддержания жизнедеятельности больного. После этого используют

средства, направленные на устранения причин, вызвавших инсульт, и противодействуют осложнениям заболевания и способствуют выздоровлению больного.

Реабилитация больных проводится в три этапа: I — ранний восстановительный (до 3-х месяцев), II — поздний восстановительный (до одного года), III — этап остаточных нарушений двигательных функций (свыше года). На первых двух этапах средства ЛФК содействуют в основном восстановлению нарушенных двигательных функций. На третьем этапе они способствуют преимущественно формированию соответствующих компенсаций. В первые дни после инсульта применяют лечение положением, пассивные движения. Вместе с лечением положением на 3—4-й день назначают занятия ЛФК по расширенному постельному режиму. Полупостельный режим назначают в конце первого месяца и начале второго. Свободный режим длится 2—5 недель. Массаж назначают в конце первой недели. Физиотерапию назначают при ишемическом инсульте в конце первой недели, при геморрагическом — через две недели от начала заболевания.

В послебольничную фазу реабилитации на II и III этапах добавляются механо- и трудотерапия. ЛФК применяют постоянно в сочетании со всеми видами бальнеофизиотерапии, медикаментами. Массаж продолжают и его курсы повторяют несколько раз в году.