

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Кафедра фізичної реабілітації

«РЕКРЕАЦІЙНИЙ СПОРТ ДЛЯ ІНВАЛІДІВ»

Лекція № 5

на тему:

**«Організація та проведення рекреаційних занять для осіб
із ураженням ОРА»**

Розробник: .
викл. Купріненко О.В

ЛЬВІВ 2015

Лекція № 5

Тема 5. Організація та проведення рекреаційних занять для осіб із ураженням ОРА.

План:

1. Психо-фізичний розвиток осіб із ураженням ОРА;
2. Використання допоміжних засобів переміщення при проведенні спортивно-оздоровчої роботи з неповносправними особами та індивідуальних засобів протезної техніки;
3. Особливості проведення рекреаційних занять для осіб із ураженням ОРА.

1. Психо-фізичний розвиток осіб із ураженням ОРА

До порушень опорно-рухового апарату (ОРА) відносять поліомієліт, дитячий церебральний параліч, ампутацію кінцівок, хребтово-спинальну травму і таке інше.

Коротко зупинимося на характеристиці деяких порушень опорно-рухового апарату.

1. Поліомієліт – захворювання, що викликається вірусом, який вражає сіру речовину спинного мозку, і одержало назву від локалізації запального процесу в передніх рогах спинного мозку. Проте при поліомієліті страждають також ядра стовбура, кора великих півкуль, підкіркові утворення, мозочок, м'які мозкові оболонки.

Клінічно поліомієліт виявляється млявими паралічами. Характерна надзвичайна мозаїчність і асиметрія ураження.

Активні рухи дитина виконає прикладаючи значні зусилля, амплітуда їх звичайно обмежена через м'язову слабкість. Відзначаються дряблість, гіпотрофія й гіпотонія м'язів, зниження або відсутність сухожильних рефлексів, спостерігається різке порушення опорної функції ніг.

2. Ампутація – це операція видалення периферичного відділу кінцівки. Термін ампутація частіше застосовується щодо операції з видалення частини кінцівки при перетині її між суглобами.

Ампутацію роблять при повному або частковому відриві кінцівки; важких ушкодженнях, пов'язаних з розривом головних судин, нервів, роздробленням великої кількості кісток, м'язів; при гангрені кінцівки, відмороженнях і інших захворюваннях, а також при злоякісних новоутвореннях (саркома, рак).

3. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це непрогресуюча рухова неповноцінність, викликана аномальним розвитком або пошкодженням несформованого головного мозку. Дитячий церебральний параліч – це

швидше характерний тип порушень нервово-м'язового розвитку, чим хвороба.

Основу клінічної картини ДЦП становлять рухові розлади – паралічі, патологічні рухи, порушення координації рухів. Порушується онтогенетична послідовність рухового розвитку, активується патологічна тонічна рефлекторна активність, що приводить до підвищення м'язового тону й формуванню патологічних поз. Розпадається формування механізмів підтримки рівноваги при стоянні й ходьбі, формується патологічний руховий стереотип, неправильні установки тулуба, кінцівок, а пізніше – контрактури й деформації.

Порушення розвитку психічних функцій дітей із ДЦП складне та різноманітне, часто обумовлюється часом, ступенем та локалізацією мозкового ураження.

У дітей спостерігається затримка психічного розвитку, 30-35 % дітей страждають розумовою відсталістю в ступені не різко вираженої дебільності. У 70 % – спостерігаються мовленнєві розлади у формі дизартрії.

Виділяють особливості структури інтелектуального дефекту при ДЦП:

1. Нерівномірно знижений запас відомостей та уявлень про навколишній світ.

2. Нерівномірний, дисгармонійний характер інтелектуальної недостатності.

3. Виразність психоорганічних проявів – сповільненість, виснаженість психічних процесів, труднощі переключення на інші види діяльності, недостатність концентрації уваги, зниження обсягу механічної пам'яті. Велика кількість дітей відрізняється низькою пізнавальною активністю, що проявляється у відсутності інтересу до завдань, слабкій зосередженості, повільності й зниженої переключаємості психічних процесів.

Таким чином, дитячий церебральний параліч є складним захворюванням центральної нервової системи, що веде не тільки до рухових порушень, але і викликає затримку чи патологію розумового розвитку, мовну недостатність, порушення слуху, зору і таке інше.

2. Використання допоміжних засобів переміщення при проведенні спортивно-оздоровчої роботи з неповносправними особами та індивідуальних засобів протезної техніки

До технічних та інших засобів реабілітації належать:

– протезні вироби (включаючи протезно-ортопедичні вироби (ортези, протези), ортопедичне взуття);

– засоби для пересування (крісла колісні);

– спеціальні засоби для самообслуговування та догляду допоміжні засоби для особистого догляду та захисту: наколінники, налокітники, рукавиці на протез, чохли для кукс верхніх та нижніх кінцівок, вкладиші із силіконової або селевої композиції для кукс верхніх та нижніх кінцівок, подушки протипролежневі та інші;

– допоміжні засоби для особистої гігієни: крісла-стілці, сидіння на унітаз, сидіння-надставки на унітаз, щипці для туалетного паперу, стільці, табурети, сидіння для ванни та душу, східці, підставки для ванни, умивальники;

– допоміжні засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому (палиці, милиці, ходунки, поручні);

– меблі та оснащення (столи, меблі для сидіння, ліжка, матраци протипролежневі, перила та поручні, брусся, опори).

Особи з ушкодженням опорно-рухового апарату поділяються (в залежності від допоміжних засобів, які вони мусять застосовувати при пересуванні) на три групи:

- особи, які мають невеликі фізичні ушкодження та відповідно не мають обмежень та мають незначні обмеження щодо можливостей самостійного пересування. Такі люди не потребують допоміжних засобів;

- особи, які мають такі фізичні ушкодження, що обумовлюють необхідність застосування милиць, опірних тростин, стоячків чи рухомий опір;

- неспроможні до ходіння особи, які мусять користуватися для пересування інвалідними візками.

Використовуються такі засоби для пересування як:

- паралельні бруси;
- ходунці з 2-ма або 4-ма колесами;
- ходунці без коліс (рами);
- милиці;
- палиці з фіксацією ліктя;
- 4-ох точкові палички;
- звичайні палички;
- візки.

Стандартні критерії підбору візка:

- Ширина на 2–3 см > ширини тазу
- Глибина сидіння на 1–5 см < довжини до коліна
- Висота спинки — або по верх. або нижньому кут лопатки
- Висота підлокітника = 90° в ліктьовому суглобі
- Висота підніжки = 90° в гомілковому-ступному суглобі.

Правила при здійсненні переміщень:

1. Вибрати оптимальне переміщення для особи (безпечне, має заохочувати дитину якомога більше допомагати, має забирати мінімум зусиль помічника). *Необхідно оцінити стан дитини:*

- фізичні можливості;
- чи може допомагати;
- чи може співпрацювати;
- яка вага;
- рівень рівноваги.

2. Підготувати особу: розповісти, що збираєтесь робити і як вона може вам допомогти; ніколи не брати дитину, ставлячи руку під підпахову ямку.

3. Підготувати оточення: правильно розташувати візок (паралельно чи під кутом 450 до ліжка); пристосувати висоту ліжка; поставити візок на гальма, зняти підлокітники і підніжки (якщо необхідно), розстібнути ремні.

4. Підготувати себе: упевнитися в тому, що переміщення чи піднімання є зручне для дитини.

Якщо переміщення здійснюється двома чи більше особами, то одна особа має бути керівником і всі команди мають йти від неї чітко крок за кроком.

3. Особливості проведення рекреаційних занять для осіб із ураженням ОРА

Завдання і засоби, що вирішуються при проведенні рекреаційних занять при порушеннях опорно-рухового апарату.

До загальних завдань відносяться:

- відновлення центру тяжіння тіла;
- відновлення м'язового балансу;
- корекція деформацій опорно-рухового апарату в цілому, постави;
- розвиток координації, спритності, витривалості, гнучкості;
- ліквідація патологічних компенсацій.

Засоби ФВ (при ампутації): вестибулярне тренування; дихальні вправи; вправи на розслаблення (метод Ловицької); на відновлення симетрії плечового пояса, тазу і тонусу м'язів спини, для глибоких і поверхневих м'язів спини; силові; на збільшення амплітуди рухів; на диференціацію м'язових зусиль, які вдосконалюють здатність диференціювати простір; гідроаеробіка; ігри; естафети; вправи по профілактиці плоскостопості.

Завдання і засоби що вирішуються при проведенні рекреаційних занять при травмах спинного мозку.

До загальних завдань при даній нозології відносяться:

- виховання усвідомленого відношення до реальності і своїх можливостей, силам, розвиток вольових якостей, прагнення самореалізації;
- відновлення функції хребта і спинного мозку;
- нормалізація основних нервових процесів нейрорегуляції;
- нормалізація м'язового тонусу;
- зміцнення м'язів хребта, формування "м'язового корсету" тулуба;
- розвиток міжм'язової координації;
- створення умов для відновлення фундації життєво важливих рухових умінь і навиків;
- розвиток рухових якостей: сили, спритності, швидкості, гнучкості;

Засобами досягнення мети служать режим, корекція положень, самомасаж, загартування, фізичні вправи, у тому числі на тренажерах, націлені на розвиток сили, швидкості, загальної і спеціальної витривалості, гнучкості, спритності, вправи швидко-силового характеру. Це фізичні вправи циклічного, ациклічного, змішаного характеру: гімнастичні вправи, плавання, спортивні і рухливі ігри (бадмінтон, баскетбол на візках, волейбол

сидячи, настільний теніс, футбол), стрільба з лука, елементи важкої атлетики і атлетичної гімнастики, елементи легкої атлетики, туризм і екскурсії, спортивне орієнтування, марафон на візках.

Особливості проведення рекреаційних занять при ДЦП.

Заняття починають із вправ, спрямованих на нормалізацію м'язового тону. Усі вправи, якими розвивають той, або інший рух, чергують з дихальними. На фоні загальнозміцнюючих, застосовують вправи, які нормалізують м'язовий тонус, нейтралізують патологічні (тонічні) рефлекси, амплітуди рухів. Бажано, щоб дитина виконувала вправи перед дзеркалом.

Розвиток вестибулярної функції здійснюють адекватною стимуляцією вестибулярного аналізатора: розгойдуванням в колисці, на руках, на гойдалках; вправами, в яких є швидка зміна положення тіла: швидке переміщення в одній площині (зверху вниз і знизу вгору, зліва направо і навпаки), перехід з однієї площини простору в іншу, рухи з кутовим прискоренням. У застосуванні цих вправ найбільш відповідальний момент - їх дозування, що розвиває тренувальний ефект і в той же час не викликає негативних вегетативних реакцій.

Засоби ФВ при тяжких формах ДЦП, коли людина не здатна приймати і самостійно утримувати вертикальну позу, рухові здібності розвивають у наступній послідовності:

- стимулюють вестибулярну функцію;
- добиваються ліквідації патологічного впливу тонічних рефлексів;
- розвивають настановні рефлекси;
- нормалізують м'язовий тонус;
- добиваються реакції повороту голови на звук або інший подразник;
- формують вміння контролювати положення голови у просторі (у положенні лежачи на животі, пізніше на спині), вчать піднімати голову без підняття плечей;
- добиваються роздільних рухів голови і тіла при зміні положення;
- нормалізують м'язовий тонус рук (у тому числі великих грудних м'язів) і формують вміння випрямляти руки;
- розвивають зорово-рухову координацію голови і рук,

Контрольні питання:

1. Охарактеризуйте види порушень опорно-рухового апарату.
2. Особливості психофізичного розвитку осіб з порушеннями ОРА.
3. Основні рухові порушення у осіб із порушеннями ОРА.
4. Технічні засоби реабілітації. Особливості їх використання у осіб із порушеннями ОРА.
5. Особливості проведення рекреаційних занять для осіб із порушеннями ОРА. Завдання та засоби.

Основна література:

1. Байкін Н.Г., Крет Я.В., Силантьєв Д.О. Методика викладання фізичної культури та спорту інвалідів: навч.-метод. посіб. – Запоріжжя: ЗДУ, 2002. – 86 с.
2. Бріскін Ю.А. Спорт інвалідів у міжнародному олімпійському русі – Л.: Край, 2006. – 346 с.
3. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи / [під ред. В. Ю. Мартинюк (ред.), С. М. Зінченко] ; Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи. – К. : Інтермед, 2005. – 416 с.
4. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: методичний посібник/ Укл.: А. Луговський, М. Сварник, О. Падалка. — Львів: Колесо, 2008. — 144 с.
5. Фізичні методи в лікуванні та медичній реабілітації хворих і інвалідів / За ред. І. С. Самосюка. – К. : Здоров'я, 2004. – 624 с.

Додаткова література:

1. Богдановська Н.В., Сучасні технології в реабілітації хворих із спинномозковою травмою web.znu.edu.ua/herald/issues/.../117-124
2. Вступ до абілітації та реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності. Навчально-методичний посібник. Під ред. Шевцова А.Г.-К.: ГЕРБ, 2007. – 288с.
3. Смычек В.Б., Хулуп Г.Я., Милькаманович В.К. Медико – социальная экспертиза и реабилитация. – Минск, изд-во Юнипак. – 2005. – 420 с.
4. Тимофеев І.Л. Підходи до протезування нижніх кінцівок у складних випадках: Метод. рекомендації / Тимофеев І.Л., Карпенко І.В., Кабаненко І.В. – Харків, "Укрпротез", 2012 – 35 с.