Мiнiстерство освіти та науки України

Вищий навчальний заклад “Відкритий міжнародний університет

розвитку людини “Україна”

Горлiвський регіональний інститут

Кафедра фізичної реабілітації

**КОНТРОЛЬНА РОБОТА**

з дисципліни: Лікувальна фізкультура

На тему: **«Форми ЛФК та рухові режими»**

студентки 1-го курсу денної форми навчання

напряму підготовки 0102 – фізичне виховання і спорт

спеціальності 6.010200 – фізична реабілітація

Бобіної Марини Андріївни

Викладач: Сучков С.А.

Горлівка 2009

**1. Форми ЛФК**

ЛФК застосовують у таких формах — ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, самостійні заняття, лікувальна ходьба, теренкур, спортивні вправи та ігри, гідрокінезитерапія.

**Ранкову гігієнічну гімнастику** виконують після нічного сну у палатах, залах ЛФК. У післялікарняний період реабілітації її рекомендують проводити на відкритому повітрі, з музичним супроводом, поєднуючи з прогулянками і водними процедурами. Основними завданнями ранкової гігієнічної гімнастики є: збудження організму після нічного сну, підняття загального тонусу хворого, надання йому бадьорого настрою і приведення організму у робочий стан. Комплекси ранкової гігієнічної гімнастики складаються із загальнорозвиваючих вправ. Тривалість її від 5 до 20 хв.

**Лікувальна гімнастика** — головна форма ЛФК. Вона розв'язує основні завдання лікувальної дії фізичних вправ. У комплекс лікувальної гімнастики включають вправи для загального розвитку і спеціальні. Співвідношення їх залежить від характеру захворювання чи травми, методу лікування, клінічного перебігу хвороби, стану хворого, рухового режиму і періоду застосування ЛФК, етапу реабілітації.

При навчанні спеціальних вправ реабілітолог має показати, як виконувати вправи, і вимагати від хворого точного повторення рухів. Це дуже важливо при лікуванні хворих з травмами, опіками, після операцій, оскільки неправильно виконана вправа може посилити больові та неприємні відчуття, через що пацієнт відмовиться від подальшого лікування фізичними вправами.

Заняття лікувальною гімнастикою складаються з трьох частин: вступної, основної та заключної.

Вступна частина становить 10-20 % часу всього заняття. її мета — підготовка організму до виконання вправ основної частини, засобами є ходьба, елементарні гімнастичні вправи для верхніх і нижніх кінцівок, дихальні вправи, вправи на увагу.

Основна частина становить 50-70 % часу заняття лікувальною гімнастикою. У ній вирішують головні завдання. Вправи для загального розвитку чергують зі спеціальними. У санаторно-курортних умовах додатково включають спортивно-прикладні вправи.

Заключна частина заняття з лікувальної гімнастики триває 10-20 % часу. її завданням є зменшення фізичного навантаження і приведення організму до спокійного стану. Цього досягають, виконуюючи дихальні вправи, ходьбу, вправи на розслаблення.

При проведенні занять з лікувальної гімнастики слід дотримуватись таких методичних правил:

1. Характер вправ, фізіологічне навантаження, дозування і вихідні положення мають відповідати загальному стану хворого, віку і ступеню тренованості.
2. Фізичні вправи мають впливати на весь організм.
3. У занятті слід використовувати вправи для загального розвитку і спеціальні.

4. При складанні плану заняття слід дотримуватись принципів поступовості та послідовності у підвищенні і зниженні фізичного навантаження, витримуючи оптимальну фізіологічну криву навантаження.

5. При доборі і виконанні вправ необхідно зберігати черговість роботи м'язових груп, що залучаються до їх виконання.

6. У лікувальному курсі потрібно щодня частково змінювати і ускладнювати вправи, що застосовуються. У заняття лікувальною гімнастикою слід вводити 10-15 % нових вправ, а вже відомі повторюються для того, щоб забезпечити закріплення рухових навичок.

7. У передостанні 3-4 дні курсу хворих навчають тих гімнастичних вправ, що будуть рекомендовані у наступних заняттях у домашніх умовах.

8. Обсяг методичного матеріалу, інтенсивність та складність фізичних вправ у занятті мають відповідати руховому режиму, що призначений хворому.

*Методи проведення лікувальної гімнастики* залежать від характеру захворювання або травми, етапу лікування, рухового режиму періоду застосування фізичних вправ. Розрізняють такі методи: *індивідуальний, малогруповий, груповий і самостійний.* На початку І періоду (щадний) заняття лікувальною гімнастикою проводять за індивідуальним методом, а у його кінці хворих з однаковими захворюваннями і клінічним перебігом хвороби, функціональними можливостями організму можна об'єднати у групи з *3-4* осіб. З такими нечисленними групами розпочинаються заняття у II періоді (функціональний). Однак деякі хворі, за призначенням лікаря, можуть продовжувати заняття індивідуально. У III періоді (тренувальному) переважає груповий метод проведення занять лікувальною гімнастикою і використовується він у післялікарняних етапах реабілітації, але застосовується і самостійний метод, якщо пацієнт **з** різних причин не може відвідувати медичний заклад. У таких випадках для нього розробляється комплекс вправ, перевіряється здатність самостійно правильно їх виконувати і призначаються терміни для періодичного медогляду і корекції комплексів вправ для самостійних занять.

Для проведення індивідуальних і групових занять реабілітологу надається певний час.

**Самостійні (індивідуальні), заняття** лікувальною гімнастикою рекомендуються у формі комплексу спеціальних фізичних вправ, що хворі виконують самостійно кілька разів протягом дня. Вони вивчаються пацієнтом в присутності реабілітолога і застосовуються спочатку для попередження ускладнень, розвитку компенсаторних рухів, а згодом для відновлення рухових навичок, фізичних якостей і функцій організму. Індивідуальні заняття значно підвищують ефективність лікувальної гімнастики. Ця форма ЛФК має особливе значення при лікуванні пошкоджень опорно-рухового апарату, центральної та периферичної нервової системи, у післяопераційний період.

**Лікувальна ходьба** застосовується на етапі реабілітації у стаціонарі у напівпостільному і вільному рухових режимах, для відновлення ходьби після травм, захворювань нервової системи, опорно-рухового апарату, для адаптації серцево-судинної і дихальної систем до фізичних навантажень; нормалізації моторної і секреторної функцій органів травлення; обміну речовин і, загалом, для відновлення функціонального стану організму після тривалого постільного режиму. У наступних післялікарняних етапах реабілітації лікувальна ходьба використовується з метою поступового підвищення рівня фізичної працездатності, загального тренування організму. Дозується вона легко і точно: довжиною дистанції і часом, темпом і довжиною кроків, рельєфом місцевості. Темп ходьби: 60-80 кроків на хвилину — повільний, 80-100 — середній, 100-120 — швидкий.

**Теренкур** — дозована ходьба за спеціальними маршрутами. Вона залежно від довжини дистанції та крутизни схилу, поділяється на:

* маршрут № 1 — 500 м, 2-5°;
* маршрут № 2 — 1000 м, 5-10°;маршрут № 3 — 2000 м, 10-15°;
* маршрут № 4 — 3000-5000 м, 15-20°.

Окрім цих показників фізичне навантаження дозується темпом ходьби і кількістю зупинок для відпочинку. Теренкур є методом тренуючої терапії і показаний при захворюваннях серцево-судинної і дихальної систем, порушеннях обміну речовин, ушкодженнях опорно-рухового апарату, ураженнях нервової системи. Призначають його у післялікарняний період реабілітації, починаючи з маршрутів меншої складності.

**Спортивні вправи та ігри** застосовуються в реабілітаційних центрах, санаторіях, поліклінічних умовах у спеціальних медичних групах навчальних закладів для вдосконалення координації рухів, фізичних якостей, професійних навичок, тренування організму; підвищення загальної працездатності і психоемоційного тонусу.

**Гідрокінезитерапія** — це лікування рухами у воді. Застосовується у вигляді гімнастичних вправ, витягнення у воді, корекції положенням, підводного масажу, плавання, купання, механотерапії та ігор у воді.

Застосування гідрокінезитерапевтичного комплексу ґрунтується на властивостях води і особливостях її впливу на організм. У першу чергу використовується механічна дія водного середовища, її виштовхуюча підйомна сила і гідростатичний тиск. Завдяки першій властивості зменшується маса тіла людини у воді на 9/10, тобто при масі у 80 кг людина буде важити 8 кг. Це значно полегшує виконання вправ і дає змогу при мінімальному м'язовому зусиллі виконувати активні рухи, збільшити їх амплітуду, відновити локомоторну функцію, що була неможливою чи виконувалася з великою напругою у звичайних умовах. Одночасно благотворно впливає і температурний чинник. Тепла вода поліпшує лімфообіг, сприяє розслабленню м'язів, розм'якшує тканини, зменшує рефлекторну збудженість, покращує еластичність м'язів, знижує больові відчуття. Це позитивно впливає на виконання фізичних вправ.

Разом з тим у воді можна збільшити навантаження на м'язову систему за рахунок подолання її опірності, яка прогресивно зростає при прискоренні темпу, зміни напрямку і амплітуди рухів, виконанні вправ послідовно у воді і поза нею, поглибленні занурення. Для відновлення нормального тонусу і сили м'язів фізичні вправи виконують у прохолодній воді. Це одночасно загартовує організм.

Гідростатичний тиск водного середовища позитивно впливає на дихальну і серцево-судинну системи. При зануренні пацієнта у воду до шиї збільшується тиск на грудну клітку і черевну порожнину. При виконанні вдиху дихальні м 'язи хворого змушені долати опір води, а якщо і видих робити у воду, то дихальні м'язи повинні переборювати опір води і у цій фазі дихання. Така дихальна гімнастика тренує і зміцнює дихальну мускулатуру, покращує легеневу вентиляцію і газообмін, кисневотранспортну функцію серцево-судинної системи. Компресія поверхневих судин і скорочення м'язів полегшують лімфообіг, прискорюють приплив венозної крові до серця, стимулюють його діяльність і гемодинаміку в цілому. Гідрокінезитерапія позитивно впливає і на нервову систему. Вона підвищує психоемоційний тонус, покращує самопочуття і навіває хворому впевненість у цілковите одужання.

Фізичні вправи у воді проводять у лікувальних і загальних басейнах, у звичайних чи спеціальних ваннах, що забезпечує достатню амплітуду рухів кінцівок. Для виконання фізичних вправ в гомілковостопному і променевозап'ясному суглобах та в дрібних суглобах кисті і стопи часто застосовують локальні ванни. Курс лікування гідрокінезитерапевтичними методами складається, в середньому, з 10-14 процедур.

*Показання* до застосування гідрокінезитерапії: травми і захворювання нервової системи, опорно-рухового апарату та їх наслідки (парези і паралічі, корінцеві больові синдроми, атрофія м'язів, неврози, контрактури, спайкова хвороба, стягуючі рубці й т.ін.); порушення постави, астенічні стани, слабкість фізичного розвитку; гіпокінезія; захворювання дихальної і серцево-судинної систем, хвороби органів травлення і порушення обміну речовин, опущення внутрішніх органів. *Протипоказаннями* є гострі і хронічні захворювання шкіри, вух, очей; відкриті рани, виразки, нетримання сечі та калу, епілепсія і захворювання периферичної нервової і серцево-судинної систем у фазі загострення; венеричні хвороби.

Гімнастичні вправи у воді виконують на різній глибині занурення: до поясу, до плечей, до підборіддя. Застосовують активні і пасивні вправи, полегшені і з обтяженням, з предметами і пристосуваннями, на розтягнення і розслаблення, дихальні вправи, різновиди ходьби, механотерапевтичні апарати. Температура води при захворюваннях опорно-рухового апарату, наслідків травм і деяких захворювань нервової системи має становити 36-38 °С. Гімнастика у воді часто поєднується з ручним та підводним апаратним масажем, що підсилює лікувальний ефект. Вона може застосовуватись як самостійне заняття, так і як підготовча процедура для наступного витягування чи корекції положенням У воді.

У воді проводиться витягнення, переважно, хребта та кінцівок і застосовується воно найчастіше для усунення больового синдрому. Цього досягають шляхом кумулятивної дії витягання і болезаспокійливого та релаксуючого ефекту теплої води. Так, при захворюваннях хребта лікувальний ефект можливий завдяки розвантаженню міжхребцевих дисків і суглобів, що зменшує тиск на корінці спинномозкових нервів і одночасної болезаспокійливої та релаксуючої дії теплої води. Може використовуватись підводне вертикальне витягнення хребта у басейні, горизонтальне витягнення хребта і кінцівок у басейні та ванні.

Вертикальне витягання хребта у басейні здійснюється за допомогою пояса з вантажем 5-20 кг, прикріпленого до зануреного у воду до плечей пацієнта. Він утримується у воді у положенні, що показане на рис. 1. Таке положення характерне при локалізації патологічного вогнища у нижньошийному і верхнегрудному відділах хребта.

При ураженні грудних і поперекових хребців хворий спирається не тільки на головотримач, але й на плечетримачі — підлікотники. Фіксувати поло ження хворого можна також за допомогою надувного круга, проведеного під пахвами. Перша процедура витягання проводиться без або з мінімальним вантажем, у наступних — вага поступово збільшується. Тривалість процедури становить 15-20 хв, курс 12-14 процедур. Перед кожною процедурою слід виконати комплекс підготовчих вправ, спрямованих на збільшення рухливості і витягання хребта. Для кращого розслаблення м'язів спини використовується підводний масаж. Різновидом вертикального витягнення є підводне витягнення на похилій дошці (щиті), яке застосовується в умовах стаціонару у більш важких хворих.

Горизонтальне витягнення хребта у ванні проводиться на щиті з опущеним кінцем (рис. 2). Хворий перебуває у положенні лежачи на спині з вантажем 5-25 кг (вантаж — за межами ванни). На грудях пацієнта закріплюють грудний ліф, а на поперек — пояс, який з'єднується тросиками через систему блоків з вантажем. Витягання починається з ваги 5 кг, яку протягом 4-5 хв поступово доводять до максимуму і наприкінці процедури поступово за той самий час зменшується вантаж. Тривалість процедури 20-30 хв, кількість їх — 10-12. Після кожної процедури хворий повинен відпочити 1,5 год. Слід зауважити, що попередній підводний масаж підвищує ефективність витягнення.

Витягнення хребта у ванні можна робити і шляхом провисання тулуба у воді, тобто за рахунок маси тіла хворого (рис. 3). При цьому плечовий пояс фіксують під пахвами, а нижні кінцівки в області гомілкових суглобів, таким чином, щоб хворий не торкався дна ванни і провисав у ній (поза "гамак"). Процедури починають з тривалості 5 хв і поступово доводяться до 15 хв. Курс — 12-20 процедур.

Витягнення кінцівок у воді провадять переважно як болезаспокійливу процедуру, частіше при деформуючих артрозах великих суглобів нижніх кінцівок. На гомілці хворої ноги закріплюють манжету з вантажем 0,5-3 кг, а здорова — стоїть на підставці висотою 20-25 см. З цього вихідного положення хворою ногою виконують коливання невеликої амплітуди, намагаючись максимально розслабити м'язи. Тривалість процедури 10-20 хв і завершується вона виконанням комплексу фізичних вправ у воді.

Корекція положенням у воді — це надання кінцівкам або тулубу певного фіксованого положення (рис. 4), що супроводжується розтягуванням тканин, шкіри, зв'язково-суглобового апарату, м'язів. Застосовується цей метод найчастіше при обмеженні рухів у суглобах і контрактурах. Він є заключним після вправ у воді, підводного масажу, витягнення, які підготували тканини для подальших інтенсивних дій. Для корекції положенням у воді використовуються спеціальні пристрої, вантажі різної ваги, фіксуючі шини, лямки, що утримують потрібний сегмент у необхідному положенні, створюючи певний тиск на цю ділянку протягом 15-20 хв. Під час процедури треба спостерігати за реакцією хворого на коригуючі дії і зусилля. Вони не повинні бути надмірними як за часом так і за інтенсивністю, супроводжуватись болем, тому що це може спричинити протилежний ефект — рефлекторне напруження м'язів, а інколи і відмову хворого від лікування цим методом.









Рис. 1. Витягання поперекового відділу хребта у лікувальному басейні

Рис. 2. Витягання хребта у ванні на нахиленому щиті

Рис. 3. Витягання хребта у ванні шляхом провисання тулуба

Рис. 4. Корекція контрактури колінного суглоба у ванні

Плавання і купання у прісній, мінеральній чи морській (таласотерапія) воді широко застосовується з лікувальною і профілактичною метою у післялікарняний період реабілітації, переважно, в умовах санаторію. Під час цих гідрокінезитерапевтичних процедур окрім температурного, механічного і хімічного впливу води на організм на нього ще діє повітря і сонце. Внаслідок сумарної дії всіх цих природних чинників стимулюється діяльність систем організму, підвищується його життєвий тонус, активно йде загартовування.

Застосовується звичайне плавання та плавання із засобами, які дають змогу регулювати навантаження — пінопластові дошки, круги, надувні гумові предмети, ласти. Використовуються рухливі і малорухливі ігри у воді: елементи волейболу, водного поло з пересуванням по дну тощо. Тривалість плавання і купання залежить від температури води, стану здоров'я, віку, тренованості пацієнта, рухового режиму. При морських купаннях у зонах Чорноморського і Азовського узбережжя України слід враховувати стан моря і рівень сонячного випромінювання.

Купання використовують частіше з метою підвищення нервовопсихічного і м'язового тонусу, загальної опірності організму, зняття втоми, загартовування. Купатись рекомендується з 9 до 12 год через 1-1,5 год після сніданку при температурі води не нижче 21—23 °С, а треновані особи можуть купатися і при нижчій температурі. У воду треба заходити повільно, постійно рухаючись. Тривалість першого перебування у воді 2-3 хв, яка в подальшому поступово збільшується до 10-15 хв. З води слід виходити не очікуючи появи ознак охолодження (тремтіння, бліда та "гусяча" шкіра). Після купання необхідно насухо витертися. Поява приємного відчуття тепла у всьому тілі свідчить про позитивну дію процедури на організм. При доброму самопочутті можна повторити купання з 16 до 19 год.

Плавання справляє різнобічний вплив на організм. Воно є потужним засобом підвищення тренованості серцево-судинної і дихальної систем, стимулятором діяльності шлунково-кишкового тракту, обміну речовин. Фізичні навантаження проходять в умовах, що знімають гравітаційні сили, звільняють хребет від осьового навантаження. Разом з цим безопірна підтримка і просування тіла у воді потребує відчутного м'язового зусилля для подолання опору водного середовища, що добре розвиває м'язову систему. При цьому можна диференційовано навантажувати і зміцнювати ті чи інші м'язові групи, застосовуючи визначений стиль плавання.

Показання до застосування плавання і купання: компенсовані захворювання серцево-судинної системи, обміну речовин, хронічні захворювання дихальних шляхів, реконвалесценція після гострих захворювань, рахіт, атонія шлунка і кишок, туберкульоз у неактивній фазі, неврастенія, залишкові явища після травм і захворювань опорно-рухового апарату і нервової системи, порушення постави, сколіоз, інваспорт.

Протипоказання: підвищена нервово-психічна збудженість, схильність до непритомності; органічні захворювання головного та спинного мозку, серця з порушеннями кровообігу; виражений атеросклероз і коронарна недостатність, виснаження.

**2. Рухові режими**

Призначення і застосування різних форм ЛФК та інших засобів фізичної реабілітації тісно пов'язані з руховим режимом, який регламентує рухову активність хворого під час лікування у лікарняний і післялікарняний періоди реабілітації. Він призначається лікарем і змінюється залежно від перебігу хвороби, етапу лікування, реакції організму на дію чинників, що входять у зміст певного рухового режиму. Інші спеціалісти, у тому числі і з фізичної реабілітації, які залучені до комплексного процесу медичної реабілітації, добирають і застосовують свої засоби і методи лікування відповідно до призначеного рухового режиму.

**Лікарняний період реабілітації.** Застосовується суворо постільний, постільний, напівпостільний (палатний) і вільний режими.

*Суворий постільний режим.* Рухова активність хворого різко обмежена. Допоміжні рухи, приймання їжі, туалет здійснюються за допомогою медичного персоналу. Допускаються дихальні вправи і рухи у дистальних відділах кінцівок.

*Постільний режим* характерний активною поведінкою хворого у ліжку, самостійним прийманням їжі і самостійним переходом у положення сидячи, потім — стоячи. Основне вихідне положення при виконанні комплексів ранкової гігієнічної і лікувальної гімнастики, самостійних занять — лежачи. Застосовують вправи малої інтенсивності, а наприкінці режиму — помірної. Фізіологічна крива навантаження у цьому режимі має один підйом з незначними коливаннями в основній частині заняття.

*Напівпостільний режим (палатний)* — це перебування хворого у ліжку половину денного часу, а в другій сидіння, ходьба тощо. У цьому режимі застосовують ранкову гігієнічну гімнастику, самостійні заняття, лікувальну ходьбу, елементи працетерапії, а наприкінці його дозволяється піднімання по сходах, вихід на прогулянку та вправи помірної інтенсивності. Фізіологічна крива навантаження дво-чотиривершинна.

*Вільний режим.* Хворий більшу частину денного часу перебуває за межами палати. Призначають, окрім форм ЛФК, спортивно-прикладні вправи, працетерапію, а при показаннях — механотерапію, заняття на тренажерах, гідрокінезитерапію. Використовують вправи помірної інтенсивності і у меншій кількості — великої. Фізіологічна крива навантаження три-чотиривершинна (рис. 3.6, крива 3).

**Післялікарняний період реабілітації.** Рухові режими у поліклініках, реабілітаційних центрах, санаторіях спрямовані на подальше підвищення функціонального стану, тренованості організму, адаптацію до навантажень побутового і виробничого характеру. Розрізняють щадний, щаднотренуючий і тренуючий режими. При деяких захворюваннях на останньому етапі реабілітації застосовують ще **інтенсивнотренуючий режим.**

*Щадний режим* за змістом використання фізичних вправ майже подібний до вільного режиму у стаціонарі. В санаторії збільшується дистанція і час лікувальної ходьби і прогулянок, використання природних факторів.

*Щаднотренуючий режим* передбачає застосування всіх форм ЛФК. Широко використовують теренкур, ігри, прогулянки, екскурсії, біг підтюпцем, пересування на лижах, їзда на велосипеді, повітряні і сонячні ванни, водні процедури, масові розваги, танці. Інтенсивність вправ помірна і велика.

*Тренуючий режим* дає змогу якнайповніше використовувати засоби і форми ЛФК, брати участь у всіх заходах, які проводять у санаторії. Інтенсивність вправ велика. У реабілітації спортсменів застосовують вправи максимальної інтенсивності.

**Список використаних джерел**

1. Лечебная физкультура и врачебный контроль: Учеб. / Под. Ред. В.А. Епифанова, Г.Л. Апанасенко. – М.: Медицина, 1990. – 368 с.
2. Лікувальна фізична культура та спортивна медицина / В.В. Клапчук, Г.В. Дзяк, Г.В. Муравов І.В. та ін. – К.: Здоров’я, 1995. – 312 с.
3. Милюкова И.В., Евдокимова Т.А. Лечебная физкультура: Новейший справоч. / Под общ. ред. проф. Т.А. Евдокимовой. – СПб.: Сова; М.: Эксмо, 2003. – 862с.
4. Основи фізичної реабілітації: навч. Посібник. – Кіровоград: РВВКДПІ ім. В. Винниченка, 2004. – 238 с.
5. Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений / Под общ. ред.проф. С.Н. Попова. – Ростов-на- Дону: Феникс, 2004. – 608 с.