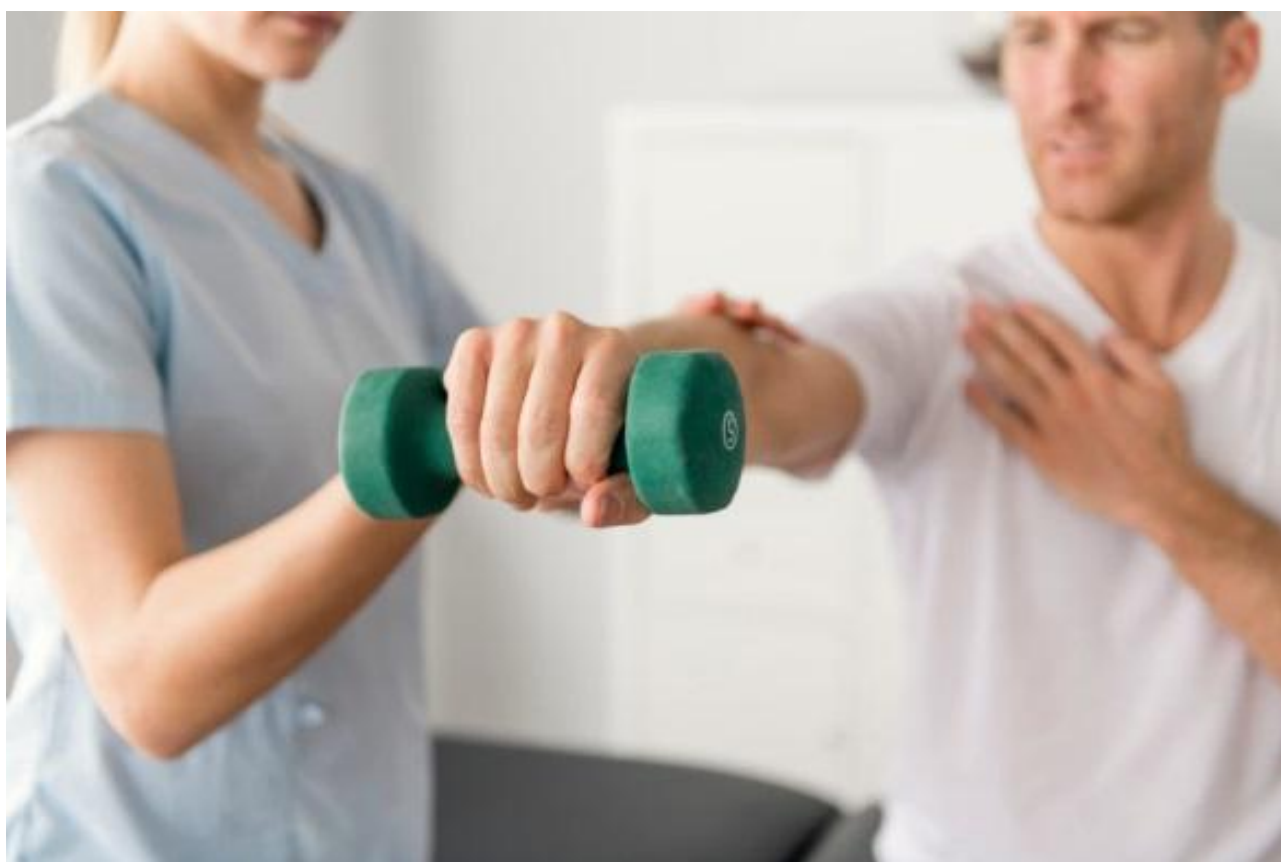


П. Ф. МУЗИЧЕНКО, О. Б. КУЧМЕНКО

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА І ЛІКАРСЬКИЙ КОНТРОЛЬ



Ніжинський державний університет
імені Миколи Гоголя

П. Ф. Музиченко, О. Б. Кучменко

**ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА
І ЛІКАРСЬКИЙ КОНТРОЛЬ**

*Методичні рекомендації
до курсу*

Ніжин – 2026

УДК 615.825:61:796](072)(042.3)

М54

Рекомендовано Вченою радою

Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя

(НДУ ім. М. Гоголя)

Протокол № 11 від 30.04.2026 р.

Рецензенти:

Щербина Ю. В. – кандидат педагогічних наук, професор, завідувач кафедри фізичного виховання і здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Заслужений працівник фізичної культури і спорту України, Заслужений тренер України;

Мхітарян Л. С. – професор кафедри біології Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя, доктор медичних наук.

Музиченко П. Ф., Кучменко О. Б.

М34 Лікувальна фізична культура і лікарський контроль: методичні рекомендації до курсу. – Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2026. – 33 с.

Методичні рекомендації містять теоретичний матеріал з лекційних занять для студентів з курсу «Лікувальна фізична культура і лікарський контроль».

УДК 615.825:61:796](072)(042.3)

© Музиченко П. Ф.,

Кучменко О. Б., 2026

© НДУ ім. М. Гоголя, 2026

ОСНОВИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ. СПЕЦІАЛЬНІ МЕТОДИКИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА ЛІКАРСЬКИЙ КОНТРОЛЬ ПІД ЧАС ЗАНЯТЬ ЛФК

Навчальні цілі:

Знати:

- основи фізіологічного і терапевтичного впливу вправ на організм людини;
- норми і засоби лікувальної фізичної культури (ЛФК);
- окремі методики ЛФК при захворюваннях серцево-судинної системи, захворюваннях і травмах нервової системи, опорно-рухового апарату, травної системи, при порушенні обміну речовин, при захворюваннях у літньому віці;
- значення ЛФК та фізичних факторів при реабілітації хворих;
- показання і протипоказання для призначення різних форм ЛФК;
- основні розділи та організація медичного контролю;
- медико-санітарні, спортивні змагання, заходи щодо профілактики травматизму на заняттях з фізичної культури і спорту;
- дію на організм людини під час лікування різних захворювань.

Класифікувати дію на організм під час лікування захворювань на різних етапах реабілітації згідно вікових критеріїв.

Розуміти показання та протипоказання до проведення комплексів реабілітаційних заходів.

Розпізнавати етапи реабілітаційних періодів хвороби пацієнта.

Обчислити стан пацієнта перед проведенням комплексу вправ ЛФК:

- провести антропометричні вимірювання;
- визначити показники:

- **спірометрії** (критерії спірометрії: **ЖОЛ (життєвий об'єм легенів)** – це максимальна кількість повітря, яке людина може видихнути після максимального вдиху; **ФЖЕЛ** – максимальна кількість повітря, яке можна видихнути при максимально швидкому та глибокому видиху; **ДО** – дихальний

об'єм повітря, яке проходить через легені під час звичайного спокійного вдиху та видиху; **РО видих** – додатковий об'єм повітря, який можна видихнути після спокійного вдиху; **ЧД** – кількість вдихів та видихів за 1 хвилину. Норми спірометрії мають різні значення, враховуючи стать, вік, висота росту, стан фізичного розвитку.

Спірометрія: показники 170-200 (нижче середнього); 200-230 (середній), 230-260 (вище середнього), показники вище 260 вважаються високими.

- **динамометрії** – вимірюється ступінь механічного стискання динамометра із допомогою м'язів кисті.

- **життєвий індекс**: заснований на різних критеріях – спроможність забезпечення предметами першої необхідності; безпека і забезпеченість охорони здоров'я; доступність житла; рівень забрудненості навколишнього середовища).

- **індекс Кетле** (спосіб розрахунку індексу Кетле –

ІМТ - індекс маси тіла = вага / на квадрат зросту в метрах.

Оцінка отриманих результатів:

- ✓ 18,5 – дефіцит маси тіла.
- ✓ 18,5 24,9 – норма.
- ✓ 25 – 29,9 – перед ожиріння.
- ✓ 30 – 34,9 – ожиріння 1 ст.
- ✓ 30 – 34,9 – ожиріння 2 ст.
- ✓ більше 40 – ожиріння 3 ст.

- Оцінювання ефективності проведення занять з ЛФК.
- Оцінити результати роботи та послідовність дій інструктора з ЛФК.
- Дотримання правил техніки безпеки при проведенні заняття.
- Аргументувати наявність критичних зауважень щодо техніки проведення заняття з ЛФК.
- Поєднання ЛФК з медикаментозним лікуванням в реабілітації осіб з різними захворюваннями.

Методи навчання:

Словесний – інформаційно-рецептивний, пояснення.

Наочний – демонструвати комплекси проведення (ЛГ, РГГ, ЛФК) згідно реабілітаційного періоду хвороби пацієнта.

Практичний:

- ✓ аналізувати результати проведеної процедури;
- ✓ пояснити вибір комплексу ЛФК;
- ✓ аргументувати вибір сили навантаження для проведенні заняття;
- ✓ дискутувати з приводу доцільності застосування даного методу ЛФК в комплексній терапії захворювання;
- ✓ аналізувати ефективність дії ЛФК в залежності від застосованих методик;
- ✓ визначити можливість виникнення ускладнень;
- ✓ розв'язування ситуаційних задач та тестових завдань.

Лікувальна фізична культура (ЛФК) – самостійна медична дисципліна, де використовуються засоби фізичної культури з лікувальною, профілактичною та оздоровчою метою.

Головною метою ЛФК є виведення в найкоротший термін організму людини з патологічного стану та відновлення працездатності хворого. Застосування ЛФК є не тільки лікувально-профілактичним, але й лікувально-виховним процесом. Лікувальна фізична культура – метод природно біологічного змісту, в основі якого лежить обстеження основної біологічної функцій хворого в лікувальному процесі-це основне, що відрізняє ЛФК від інших методів лікування. ЛФК – метод неспецифічної терапії. Загальна реакція організму хворого на фізичні вправи обумовлюється в першу чергу нервовим механізмом. Продукти білкового розпаду під час фізичних вправ не тільки стимулюють обмін у тканинах, але через нервовий та гуморальний механізм впливають і на підвищення нервово-м'язового тону (метод неспецифічного подразнення). ЛФК – метод активної терапії. Фізичні вправи, стимулюючи

функції тканин, викликають загальну реакцію – зміни в обміні речовин, підвищення процесів окислення, покращення складу крові, десенсибілізацію, прискорення процесів, які перебігають повільно. ЛФК – метод патогенетичної терапії. Впливаючи на реактивність організму позитивно, ЛФК змінює загальну реакцію, а також місцевий її прояв. При цьому до загальної реакції організму залучаються фізіологічні механізми, які відіграли провідну роль у патогенезі захворювання.

ЛФК – метод функціональної терапії, яка має основним лікувальним засобом фізичні вправи (рух). У цьому полягає специфіка ЛФК у порівнянні з іншими терапевтичними методами. Систематичне тренування пристосовує системи і весь організм до зростаючих механізмів, у кінцевому результаті призводить до підвищення функціональної адаптації хворого.

Історичні етапи виникнення і формуванні лікувальної терапії.



Застосування фізичних вправ з лікувальною метою має давню історію. У Китаї письмові джерела, які свідчать про появу лікувальної гімнастики та масажу відносяться до третього тисячоліття до нашої ери. У древній Греції лікувальну гімнастику розробив Гіппократ, що знайшов відображення в його працях.

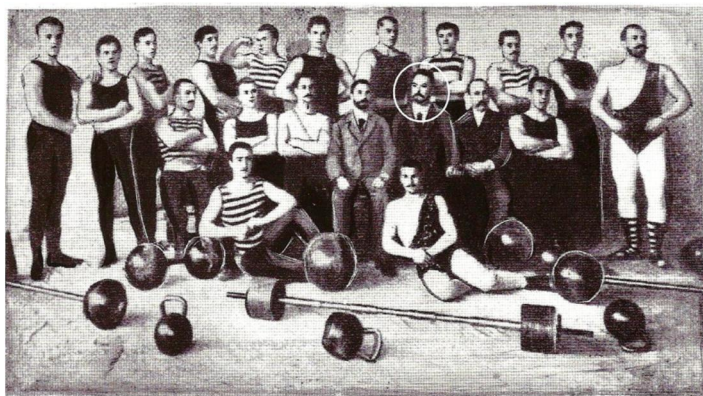
Ще в древній Греції механотерапія використовується для розвитку сили м'язів, поліпшення координації рухів і формування

правильного моторного стереотипу. Гален широко застосовував лікувальну гімнастику та трудотерапію. Авіценна (980-1037рр.) обґрунтував застосування фізичних вправ з лікувальною та профілактичною метою, а також сонячних та повітряних ванн й деякі гімнастичні та прикладні вправи.



У слов'янських народів застосування рухів як лікувального методу вперше зустрічається в рукописах XVI-XVII ст. Наприклад, контрактури травматичного походження пропонувалось лікувати лазнею в поєднанні з спеціальними активними рухами.

Амбодик-Максимович Н. М. у 1786 році писав: *«Тіло без рухів подібно стоячій воді, яка пліснявіє, псується та гниє»*. Пирогов М. І. рекомендував для боротьби з атрофією кінцівок після вогнепальних пошкоджень спеціальні вправи. Він вказував, що для таких хворих *«Свіже повітря та рухи тіла, хоч би й пасивні, складуть умови життя та успіху в лікуванні»*. Манессеїн В. А., видатний клініцист та громадський діяч, засновник та редактор журналу «Врач», гаряче пропагував гімнастику і масаж. На конференції військово-медичної академії, професором якої він був, він запропонував ввести в учбовий план академії практичний курс гімнастики і масажу. У своїй книзі «Курс клініки внутрішніх захворювань» Боткін С. П. написав: *«Суб'єкт з тою чи іншою вадою серця, що засвоїв невірні гігієнічні поняття, наполегливо залишає свої м'язи в бездіяльності, починає задихатися при найменшому русі, і, навпаки, суб'єкт з подібними захворюваннями, але не відучивши свої нервові дихання апарати від впливу в певній ступені подразнювала, виконує рухи без різкого відчуття задишки»*.



Первоначальна група Київського Атл. О-ва.
Гиттеръ, Антипенко, Кулицкій, Хряковъ, Подборскій, Шварцбергъ, Циглеръ, Лигнау, Печаевъ, Христофоровичъ, Е. Ф. Гарничъ-Гарничей, Бачковскій, Никольскій, Романъ, Савранскій, Вюрдлеръ.

Перший підручник для медичних інститутів у 1935 році створила Гориневська В. В. «Інструкція з фізичної культури і лікарського контролю». Широко застосовується в цілях механотерапії гирьовий спорт, який широко був розповсюджений

в нашій країні. Це продемонстровано в монографії «Основи гирьового спорту», написаної професором Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця Щербиною Юрієм Володимировичем.

Основні обов'язки лікаря лікувальної фізкультури

1. **Організаційна робота:** постійний діловий контакт з адміністрацією лікарні і всіма завідуючими відділень для покращення постановки лікувальної фізичної культури (своєчасне призначення, збільшення об'єму хворих, допомога лікарів та медсестер та ін.).

2. **Лікувальна робота:** обстеження хворих з проведенням функціональних проб, призначення форм, засобів, методів лікувальної фізкультури, дозування фізичних навантажень, облік ефективності.

3. **Методична робота:** розроблення методики лікувальної фізкультури – підбір фізичних вправ, допомога інструктору в складанні комплексів, розробка показань і протипоказань до лікувальної фізкультури, складання методичних листів, навчання медичного персоналу, лікарсько-педагогічний контроль, комплектування груп для занять.

4. **Постійна робота** по покращенню умов проведення фізкультури: розширення приміщень, придбання інвентарю та ін.

Основними завданнями ЛФК є:

1. Зберегти та підтримати хворий організм в найкращому діяльному функціональному стані.

2. Попередити ускладнення, які може викликати хвороба і ті, що можуть виникнути внаслідок вимушеного спокою.

3. Стимулювати потенційні захисні сили організму в боротьбі з захворюванням.

4. Залучити хворого до активної участі в процесі видужування.

5. Прискорити ліквідацію місцевих анатомічних та функціональних проявів хвороби.

6. Відновити в короткий термін функціональну повноцінність людини.

7. Виховати позитивне ставлення хворих до загартування свого організму звичайними природними факторами.

Гіпокінезія має негативний вплив на людський організм

ЛФК використовує основну біологічну функцію організму – рух. Центральна нервова система регулює збалансовану діяльність різних органів і систем. При захворюванні порушується регулююча функція ЦНС. Тому при лікуванні необхідно відновити координовану діяльність різних функцій організму. Для вирішення цієї проблеми використовують фізичні вправи, основою яких є рух. Діючи дозованими фізичними навантаженнями на організм, ми можемо відновити порушені функції, або вдосконалити їх координацію, якщо вони змінились під впливом захворювання. Фізичні вправи діють позитивно не тільки на ЦНС, але й на інші системи та органи.

Покращується діяльність серцево-судинної системи: збільшується систолічний об'єм і зменшується частота серцевих скорочень, а це веде до більш економічної роботи серця. При рухах покращується кровообіг і в області пошкодження, що стимулює регенеративні процеси.

При правильному диханні хворого та укріпленні дихальних м'язів покращується функція дихальної системи. Глибоке дихання викликає збільшення легеневої вентиляції, отже організм краще використовує кисень, більше використовується резервне повітря, створюються сприятливі умови для насичення крові киснем.

При виконанні фізичних вправ рефлекторно посилюється скорочення гладкої мускулатури – отже покращується перистальтика кишківника, секреторна функція, покращується діяльність органів травлення. Внаслідок дії фізичних вправ підвищується загальний обмін речовин і енергетичні затрати організму; зміцнюється тонус м'язів. Фізичні вправи діють на кістково-суглобовий апарат: посилюється трофічна роль нервової системи, наслідком цього є покращення кровопостачання кісток.

Лікувальній фізкультурі притаманні особливості, що відрізняють її від інших методів лікування. Систематичне використання фізичних вправ з метою лікування значно підвищує ефективність лікувальних заходів, скорочує строки

лікування та перебування хворого в лікарні, зменшує розрив між клінічним і функціональним видужанням.

ЛФК відрізняється від інших методів лікування тим, що цей метод лікування:

- загальнодоступний і безкоштовний;
- природній – в основі лежать фізичні вправи;
- підвищує реактивність організму;
- потенціює дію лікарських засобів;
- не має алергічних реакцій;
- не має травматичного впливу;
- універсальність впливу (загальнозмінюючий і вибірковий);
- легко дозується і вивчається реакція на навантаження;
- можна довготривало або постійно використовувати для лікування та

профілактики рецидивів;

- мало протипоказань, а якщо є, то тимчасові;
- висока емоційність занять.

Ефективність застосування ЛФК.

Для контролю правильності добору фізичних вправ і доцільності обраної методики слід визначати її ефективність. Методи дослідження ефективності ЛФК залежать від характеру захворювання, оперативного втручання, травми. Загальним правилом є визначення фізіологічної кривої навантаження у процесі занять ЛФК.

Розрізняють такі види контролю: експрес-контроль, поточний і етапний.

1. *Експрес-контроль* застосовують для оцінки ефективності одного заняття. Визначають безпосередньо реакцію хворого на фізичне навантаження, ЧСС, ЧД і АТ до, під час і після заняття. Отримані дані дають змогу побудувати фізіологічну криву навантаження, що при вірно спланованому занятті поступово підвищується у вступній частині, максимально у середині основної і знижується у заключній частині.

2. Поточний контроль здійснюється протягом всього періоду лікування не менше, ніж раз на 7–10 днів, а також при зміні рухового режиму. Він дає можливість своєчасно вносити корективи у методику занять. Використовують клінічні дані, результати функціональних проб, показники інструментальних методів дослідження, антропометрії.

3. Етапний контроль здійснюється для оцінки курсу лікування загалом. Для чого перед початком занять ЛФК і при виході з лікарні поглиблено обстежують хворого. Використовують антропометричні виміри і залежно від характеру патології, проводять функціональні проби і спеціальні методи дослідження, що свідчать про стан тієї чи іншої системи.

У клінічній практиці для складання індивідуального рухового режиму та оцінки ефективності фізичної реабілітації у лікарсько-трудої експертизі виникає необхідність у визначенні толерантності до фізичних навантажень.

Медичний контроль

Під час процедури лікувальної фізичної культури здійснює інструктор і лікар. Вимірюють АТ, підраховують частоту пульсу, дихання, спостерігають за ознаками втоми. Ці показники заносять в систему координат, де по осі абсцис відмічають час через кожні 3 хв, а по осі ординат – АТ, пульс, дихання через кожні 3 хв. процедури. З'єднавши окремо графічні показники тиску, пульсу та дихання одержують фізіологічну криву процедури лікувальної фізичної культури. Вона має бути:

1. випуклої форми;
2. пік навантаження повинен розміщуватись в другій третині основної частини заняття і відповідати максимально допустимому пульсу;
3. синхронність зміни показників тиску, пульсу, дихання;
4. в кінці процедури ці параметри близькі до вихідних.

Під час занять лікувальною гімнастикою необхідно уважно стежити за пацієнтом і враховувати комплексну реакцію організму на фізичне навантаження:

1. зміну артеріального тиску (систоличного, діастолічного і пульсового);
2. зміну частоти, ритму, напруження, наповнення пульсу;
3. характер рухів (правильність виконання фізичних вправ, координацію);
4. пітливість;
5. колір обличчя (почервоніння, блідість, ціаноз губ);
6. вираз обличчя, увагу;
7. самопочуття хворого (при опитуванні).

Навантаження адекватне, якщо:

- а) у пацієнта відсутні скарги, немає різко виражених ознак втоми;
- б) на піку навантаження пульс збільшується:
 - при ліжковому режимі на 8 уд. за 1 хв.
 - при палатному – на 16 уд. за 1 хв.
 - при вільному – на 24 уд. за 1 хв.
 - при тренуючому – за формулою: $180 - \text{вік пацієнта}$.
- в) підвищення систолічного АТ на 40 мм. рт. ст., підвищення або зниження діастолічного АТ на 10 мм. рт. ст.; пульсовий тиск повинен збільшитись;
- г) прискорення дихання на 6-8 дихальних рухів;
- д) дихання і тиск повинні змінюватись синхронно з пульсом;
- ж) всі показники відновлюються за 3-5 хв.

Важливою умовою правильного лікування хворого є вибір адекватного, дозованого лікарського засобу. Процедуру лікувальної фізичної культури також необхідно дозувати в залежності від важкості протікання хвороби, стадії, віку, статі, фізичної підготовленості хворого. Це можна зробити, враховуючи такі фактори:

1. Величина та кількість задіяних у виконанні вправ м'язів. Малі групи м'язів вимагають менше зусиль для виконання певного руху, отже і навантаження буде незначним, і навпаки, для більшого навантаження потрібно задіяти великі групи м'язів.

2. Кількість повторень вправ. При багаторазовому повторенні вправи зростає доза навантаження і навпаки.

3. Темп виконання вправ. Його вибирають в залежності від загального стану хворого і величини задіяних м'язових груп. Збільшуючи темп, ми досягаємо зростання фізичного навантаження.

4. Ритмічне виконання вправ зменшує навантаження, адже при ритмічному скороченні і розслабленні м'язів у пацієнтів швидше виробляються рухові навички, що приводить до більш економного використання енергії, необхідної для здійснення певних рухів. Ритмічність виконання вправ покращує крово- та лімфообіг, що є важливим фактором для зменшення навантаження.

5. Амплітуда рухів. Внаслідок сильнішого скорочення м'язу зростає об'єм руху, значить і доза фізичного навантаження збільшується. Тому, щоб отримати невелике навантаження, особливо на ранніх етапах лікування, потрібно починати виконувати вправи з малою амплітудою, поступово розширюючи її при видужанні пацієнта.

6. Кількість і тривалість періодів відпочинку при виконанні вправ. При збільшенні їх – навантаження зменшується і навпаки.

7. Простота і складність вправ – вони залежать від кількості та виду задіяних м'язових груп і від координації рухів при виконанні вправи. Складні вправи створюють більше навантаження, адже для їх виконання необхідно більшого напруження зусиль та уваги, що веде до швидкої втоми. Процедуру ЛФК починають завжди з простих вправ з поступовим переходом до складних.

8. Виконання вправ, обтяжених предметами (медицинбол, гантелі, булави, еспандер, резинова стрічка) – при їх застосуванні необхідно прикласти більше зусиль, значить зростає навантаження.

9. Вихідне положення, яке залежить від характеру захворювання, виконуваної фізичної вправи. Вихідне положення, з якого починають виконувати вправу відіграє значну роль для правильного виконання вправи. Для зменшення фізичного навантаження доцільно виконувати вправу з простого вихідного положення (наприклад сидячи на кріслі, відкинувшись на спинку; лежачи на

спині) і навпаки, для збільшення фізичного навантаження потрібно виконувати вправи з ускладнених або спеціальних вихідних положень.

10. Дихальні вправи: використовують як засіб зниження фізичного навантаження. Чим більше дихальних вправ у процедурі лікувальної гімнастики, тим менше навантаження.

11. Емоційність при проведенні процедури лікувальної гімнастики: емоційні заняття легше переносяться хворими, дають кращі результати, позитивні емоції знімають або значно зменшують пригніченість хворого, що зумовлена захворюванням, а це підвищує ефект як лікувальної фізичної культури, так і медикаментозного лікування. Неемоційні процедури викликають швидку втому пацієнтів і зменшують бажання займатись лікувальною фізичною культурою.

Форми проведення ЛФК.

Вибираючи форму проведення ЛФК, потрібно враховувати індивідуальні особливості хворого, важкість і клінічний перебіг хвороби, завдання, які ставлять лікар та методист по ЛФК.

Враховуючи значимість та частоту застосування, є такі форми лікувальної фізкультури:

1. Лікувальна гімнастика (ЛГ).
2. Ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ).
3. Індивідуальні завдання хворим для самостійних занять.
4. Піші прогулянки.
5. Теренкур.
6. Ігровий урок.
7. Елементи спортивних вправ.
8. Біг.
9. Процедура самомасажу.

Близькі до форм лікувальної фізичної культури є сеанси працетерапії і масажу. Процедура механотерапії – різновид лікувальної гімнастики, а не окрема форма лікувальної фізичної культури.

Лікувальна гімнастика є найважливішою і основною формою проведення лікувальної фізичної культури. Саме при цій формі ЛФК використовуються спеціальні фізичні вправи з лікувальною метою.

Особливістю ЛГ є те, що вона:

а) доступна всім хворим як по стану здоров'я, так і по обладнанню (можуть займатися всі хворі, що не мають протипоказів до призначення ЛФК, не потребує спеціального обладнання та приміщень);

б) вибірковість дії (при її застосуванні можна вибірково впливати на певні групи м'язів, наприклад м'язи спини, черевного пресу, руки і т.п.);

в) легко дозується (при необхідності можна змінювати тривалість процедури, кількість вправ, відпочинок між виконанням вправ, темп та амплітуду виконання);

г) недоліком лікувальної гімнастики є відсутність емоційності (її можна створити музичним супроводом виконання вправ) та природності рухів. ЛГ можна використовувати на всіх режимах рухової активності.

Ранкова гігієнічна гімнастика використовується із загальнооздоровчою метою. Загальноукріплюючі вправи підвищують загальний тонус організму хворого, збудливість кори головного мозку після сну, покращують кровообіг. По обладнанню та по стану здоров'я РГГ доступна всім, емоційна, природна, легко дозується, можна вибірково впливати на певні групи м'язів; можна використовувати на всіх режимах рухової активності.

Індивідуальні завдання для самотійних занять – це наперед підібраний і вивчений хворим комплекс з небагатьох простих та ефективних вправ при певному захворюванні. Хворий виконує ці вправи самотійно під наглядом

медичної сестри. Такі заняття доповнюють і значно підвищують ефективність занять лікувальною гімнастикою. Самостійні заняття доступні по стану здоров'я всім хворим, не потребують спеціального обладнання, вибірково впливають на певні групи м'язів, проте їх не завжди легко дозувати, відсутня емоційність, вони не завжди є природніми. Призначаються при всіх режимах рухової активності.

Піші прогулянки – проводяться після призначення лікаря в дозованій формі. У хворих підвищується обмін речовин, посилюється та покращується кровообіг, дихання, виникають позитивні емоції, що відволікають хворого від думок про хворобу. Піші прогулянки не потребують спеціального обладнання, доступні не всім хворим (лише на вільному та тренуючому режимах), не мають вибіркової дії (впливають на весь організм), природні.

Темп ходьби:

- 60-80 кроків на хвилину – повільний,
- 80-100 кроків на хвилину – середній,
- 100-120 кроків на хвилину – швидкий.

Теренкур – лікування дозованим сходженням. Використовують при захворюваннях серцево-судинної, дихальної систем, порушеннях обміну речовин. Маршрут теренкуру розмічений на ділянки, кожна з яких має свій кут підйому. Призначається лише на тренуючому режимі, не має вибіркової дії (впливає на весь організм), дозувати навантаження можна довжиною дистанції, темпом ходьби, кутом підйому, кількістю зупинок для відпочинку. Це емоційний і природній метод.

- 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.

Ігровий урок – це природній метод, викликає позитивні емоції, тонізує нервово-психічну сферу, підвищує обмін речовин, покращує функцію дихальної та серцево-судинної систем. Проте ця форма ЛФК не має вибіркової дії, не завжди точно її можна дозувати.

Елементи спортивних вправ в ЛФК використовують для швидшого відновлення функцій вражених органів, профілактики захворювань, підвищення працездатності хворих. Можна використовувати плавання, греблю, ходьбу на лижах, їзду на велосипеді. Це природній та емоційний метод, не має вибіркової дії, погано дозується. Призначається на тренуючому режимі рухової активності.

Біг, як форма ЛФК – природній, емоційний, відносно легко дозується, не потребує обладнання, впливає на весь організм людини: вдосконалюється серцево-судинна, дихальна системи, збільшується транспортна система кисню, завдяки седативній дії попереджує психічний стрес; підвищує стійкість до інфекційних захворювань.

Засоби лікувальної фізичної культури – це те, чим ми ціле направлено діємо на організм людини з лікувальною метою. До засобів ЛФК відносяться:

- фізичні вправи;
- режими рухової активності;
- вихідні положення;
- фактори загартування;
- масаж і прийоми самомасажу.

Фізичні вправи, що використовують в лікувальній фізкультурі – це спеціально організовані рухи для досягнення лікувального та оздоровчого ефекту. Вони поділяються на:

- гімнастичні;
- спортивно-прикладні;
- ігрові;
- трудові.

Гімнастичні вправи впливають не тільки на різні системи організму, але і на окремі м'язові групи, виховують такі елементи руху, як амплітуда, сила, швидкість. Вони класифікуються за анатомічними ознаками:

- для мімічних м'язів;
- для м'язів шиї;
- для м'язів верхніх кінцівок;
- для м'язів верхніх кінцівок і плечового поясу;
- для м'язів спини;
- для м'язів черевного пресу;
- для м'язів тазу;
- для м'язів нижніх кінцівок.

За відношенням до навантаження:

- без навантаження: використовуються для дії на окремі частини тіла, суглоби, м'язи; для тренування нервової, серцево-судинної, дихальної систем, для підвищення обміну речовин, рухомості хребта, прискорення регенеративних процесів;

- з навантаженням: для підсилення дії вправ на організм і для підвищення емоційності занять.

Вони поділяються на:

- а) вправи зі снарядами (гімнастичні палки, гантелі, еспандери, булави);
- б) вправи на снарядах і апаратах (вправи на гімнастичній стінці, гімнастичній лавці, механотерапевтичних апаратах і т. п.);

За характером м'язового скорочення:

- динамічні (ізотонічні): м'яз працює в ізотонічному режимі, тобто відбувається чергування періодів скорочення і розслаблення м'язів, при цьому відбувається рух в суглобах;

- статичні (ізометричні): проходить напруження м'язу без руху в суглобі. Такі вправи проводяться в іммобілізованих кінцівках. При ізометричних вправах не порушується спокій пошкоджених кісток, проте підтримується в тонусі нервова та м'язова системи іммобілізованої кінцівки, забезпечується нормальний кровообіг в м'язах і надкістниці.

За складністю:

- прості;
- складні.

За активністю:

- **Активні:** вправи, що виконуються самим хворим при вольовому зусиллі. Вони можуть виконуватись в полегшених умовах. Для цього використовують спеціальні ковзаючі площини, що зменшують силу тертя в момент активного руху. Можливий інший варіант, коли створюють дозований опір в момент виконання активного руху, причому цей опір може бути на різних етапах руху: спочатку, в середині, в кінці. Активні вправи діють на нервову систему, а це підвищує загальну активність хворого; пацієнт сам контролює свої відчуття, що виникають внаслідок руху; тут відбуваються зміщення сухожилок, а це попереджує утворення злук; при активних рухах збільшується капіляризація м'язів, отже покращується кровопостачання м'язів, задіяних у виконанні вправи, так і навколишніх тканин.

- **Пасивні:** вправи, що виконуються без вольового зусилля хворого з допомогою інструктора, при цьому немає активного скорочення м'язів. Такі вправи призначають тоді, коли хворий сам не в змозі їх виконати. Пасивні рухи покращують крово- та лімфообіг, стимулюють виникнення активних рухів внаслідок рефлекторного впливу еферентної імпульсації, підтримують еластичність зв'язково-сухожильного апарату, попереджують утворення малорухомості в суглобах.

Ідеомоторні вправи – це посилка імпульсів до скорочення м'язів. При відновленні рухів в думці зберігається звичайний стереотип процесів збудження і гальмування в ЦНС. Це підтримує функціональну рухомість кінцівки.

Статичні дихальні вправи – виконують без одночасного руху кінцівок і тулуба, лише за участю дихальних м'язів.

Динамічні дихальні вправи – виконують за участі різних груп м'язів, наприклад рук, тулуба; при цьому амплітуда і темп рухів кінцівок повинні узгоджуватись з фазами дихання.

Дренажні вправи дихальні вправи, які сприяють відтіканню виділень з бронхів у трахею, звідки мокротиння евакуюється під час відкашлювання.

Ритмоспастичні вправи – виконують під музичний супровід, заданим ритмом і тональністю залежно від функціонального стану хворого, типовість його нервової діяльності для скорочення окремих груп м'язів.

Крива фізичного навантаження – графічне зображення пульсу та інших функціональних показників, які свідчать про реакцію організму на фізичне навантаження в процесі занять ЛФК.

За впливом на організм:

- загальноукріплюючі: спрямовані на оздоровлення та укріплення всього організму;
- спеціальні: діють вибірково на ту чи іншу частину опорно-рухового апарату.

За характером вправ:

- на розтягування;
- на рівновагу;
- корегуючі;
- на координацію;
- на розслаблення;
- рефлекторні;
- дихальні, поділяються на:

а) динамічні, що поєднуються з рухами рук, плечового поясу, тулуба;

б) статичні – здійснюються тільки при допомозі діафрагми та міжреберних м'язів;

в) спеціальні – використовують для профілактики і боротьби з легeneвими ускладненнями.

Спортивно-прикладні вправи:

- ходьба (звичайна, ускладнена, дозована);
- біг;
- лазання і повзання;
- гребля;
- плавання;
- їзда на велосипеді;
- ходьба на лижах.

Ігри:

- на місці;
- малорухомі;
- рухомі;
- спортивні.

Процедуру лікувальної фізичної культури можна проводити:

1. **Індивідуальним методом:** проводиться у випадку важкого стану хворого, коли він знаходиться на ліжковому режимі. Перевага цього методу в тому, що можна легко дозувати фізичне навантаження, вправи виконуються дуже точно. Але при проведенні індивідуального заняття немає емоційності, а це поступово пригнічує хворого і в кінцевому результаті відбивається на лікувальному процесі.

2. **Груповим методом:** процедуру ЛФК проводять з певною групою хворих. Складаючи групи для проведення процедур, необхідно, щоб хворі були з однаковим захворюванням (наприклад пневмонія, плеврит), якщо це можливо, то і в однаковій стадії перебігу хвороби, пацієнти мали приблизно однакову тренованість, були однакового віку, статі. У випадку, коли немає спеціальних

методичних вказівок стосовно захворювання і пацієнти мають приблизно однакові функціональні можливості, в групах можуть займатися хворі з різною патологією. При проведенні занять груповим методом створюється висока емоційність, проте важче дозувати навантаження для конкретного хворого та простежити точність виконання вправ.

3. Самостійним методом: хворий займається сам вдома і приходить в кабінет лікаря ЛФК для консультацій. Цей метод застосовують тоді, коли хворий не може регулярно відвідувати лікувальний заклад (по стану здоров'я, проживання далеко від лікувального закладу, довготривалість курсу лікування). Самостійний метод занять призначають у тому випадку, коли пацієнт навчений і якісно виконує необхідний комплекс фізичних вправ, правильно і чітко дозує навантаження, проводить самоконтроль.

Лікувальна гімнастика є домінуючою формою ЛФК і вирішує спеціальні завдання лікування певного захворювання. Її необхідно проводити правильно, адже потрібно:

- забезпечити систематичну, цілеспрямовану дію як на організм хворого, так і на пошкоджену систему;
- досягти вираженого клінічного ефекту;
- пропагувати постійні заняття фізичними вправами.

Лікар повинен вміти проводити заняття лікувальною гімнастикою для того, щоб:

- а) навчити інструктора;
- б) при необхідності контролювати його роботу;
- в) забезпечити лікарський контроль;
- г) разом з інструктором розробляти найбільш ефективні методики ЛГ;
- д) проводити процедури важким хворим і при небезпеці ускладнень.

Перед тим як проводити процедуру ЛГ, інструктор повинен навчити хворих ритмічному, плавному, рівномірному виконанню фізичних вправ,

регулюванню дихання, довільній зміні його ритму, частоти, глибини, узгодженому поєднанню вправ з вдихом і видихом, довільному розслабленню всього тіла чи окремих м'язових груп, самоконтролю і регуляції свого психічного стану.

При проведенні процедури ЛГ інструктор повинен:

1. Назвати вправу.
2. Назвати вихідне положення.
3. Розказати і показати виконання вправи в поєднанні з диханням.
4. Запитати чи зрозуміла техніка виконання вправи.
5. Дати команду до початку виконання вправи.
6. Дати команду до закінчення виконання вправи.

Основне завдання реабілітолога – це навчити пацієнта правильному виконанню спеціальних вправ для запобігання посилення больових відчуттів.

Заняття лікувальною гімнастикою складаються з трьох частин: вступної, основної, заключної. Кожна з яких має свої завдання і тривалість.

При проведенні занять з лікувальної гімнастики дотримуються таких правил:

1. Характер вправ, фізіологічне навантаження, дозування і вихідні положення мають відповідати загальному стану пацієнта, його віку і ступеню тренуваності.
2. Фізичні вправи мають впливати на весь організм.
3. У занятті використовуються вправи для загального розвитку і спеціальні.
4. При складанні плану занять слід дотримуватись принципів поступовості у підвищенні і зниженні фізичного навантаження, витримуючи оптимальну фізіологічну криву навантаження.
5. Підбираючи вправи 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.

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.

Процедура ЛГ складається з 3-х розділів: вступного, основного, заключного.

1. Вступний розділ розрахований на підготовку організму хворого до наступних фізичних навантажень. Ця частина заняття підвищує загальний обмін речовин, поступово розігріває організм, концентрує увагу і регулює емоційний стан. Виконуються дихальні та загальнозміцнюючі гімнастичні вправи для всіх груп м'язів. Акцент робиться на ті м'язи, що будуть мати найбільше навантаження в основній частині заняття. Вправи в цій частині не повинні бути складними, хворі їх повинні знати. Тривалість вступного розділу 5-10 хв. Вступна триває 10-20 % часу всього заняття і її завдання – підготовка організму до виконання вправ основної частини засобами є ходьба, елементарні гімнастичні вправи для верхніх і нижніх кінцівок, дихальні вправи, вправи на увагу.

2. Основний розділ складають вправи, що мають спеціальну і загальну дію на організм хворого. Завданням цього розділу є ліквідація розладів, викликаних захворюванням, повне відновлення функцій або вироблення компенсаторних механізмів, активізація загального та місцевого кровообігу та обміну речовин, покращення дихання, ліквідація застійних явищ, підвищення функціональних можливостей організму. Вправи цього розділу залежать від особливостей методики ЛФК при певних захворюваннях. Спеціальні вправи чергуються з загальноукріплюючими вправами. Необхідно дотримуватись принципу розсіювання навантаження. В основному періоді навантаження максимальне, тривалість 6-20, іноді 40 хвилин. Основна триває 50-70 % часу заняття - спеціальні вправи, які чергуються із загально - розвиваючими, з дихальними вправами і паузами між вправами – для того, щоб дати хворому органу відпочинок. Для підвищення емоційного стану включають ігри.

3. Заключний розділ забезпечує ефективне завершення заняття, відновлення вихідного стану організму. Виконуються загальноукріплюючі і дихальні вправи, що поєднуються з вправами на розслаблення. Тривалість від 3 до 6-8 хв. Заклучна триває 10-20 % часу. Її завдання – зменшення фізичного навантаження і приведення організму до спокійного стану. Цього досягають, виконуючи дихальні вправи, ходьбу, вправи на розслаблення. Детонованість – виникає в разі бездіяльності після посиленних тренувань та участі у змаганнях, якщо тренування припиняють на тривалий термін.

Її прояви:

- порушення серцево-судинної системи,
- закрепи,
- збільшення маси тіла за рахунок жирових відкладень,
- загальна слабкість,
- швидка стомлюваність, сонливість.

Оцінка ступеню фізичної активності у осіб похилого віку

За Пироговою О. Я. (1989), для оцінки фізичного стану (ФС) треба визначити такі 7 показників.

1. Характер трудової діяльності. Розумову працю оцінюють в 1 бал, фізичну у 3 бали.

2. Вік. У 20 років нараховують 20 балів. За кожне наступне п'ятиріччя знімають 2 бали. Наприклад, у 50 років нараховують 8 балів.

3. Рухова активність. Заняття фізичними вправами 3 і більше разів на тиждень тривалістю 30 хв. і більше оцінюють 10 балами, менше ніж 3 рази – 5 балами. За відсутністю занять бали не нараховують.

4. Маса тіла. Особи з нормальною масою тіла одержують 10 балів (дозволяється перевищення маси на 5 % порівняно з нормою). Перевищення маси тіла на 6-14 кг. оцінюють у 6 балів, на 15 кг. і більше – 0 балів. Нормальну масу розраховують так:

Для чоловіків: $50 + (\text{зріст, см.} - 150) \times 0,75 + \text{вік, роки} - 21$

Для жінок: $50 + (\text{зріст, см.} - 150) \times 0,32 + \text{вік, роки} - 21$

5. Пульс у стані спокою. За кожний удар нижче ніж 90 за 1 хв. нараховують 1 бал. Якщо пульс 90 за 1 хв. і вище, бали не нараховують (у осіб віком 60 років і старших, у яких пульс нижче ніж 60 за 1 хв. бали також не нараховуються).

6. Артеріальний тиск. Особи з тиском не вищим ніж 130/80 мм.рт.ст. одержують 20 балів. За кожні 10 мм.рт.ст. систолічного або діастолічного тиску понад цей рівень віднімають 5 балів.

7. Скарги. За наявності їх бали не нараховують, за їх відсутності нараховують 5 балів.

Після складання одержаних балів фізичний стан визначають за наведеною нижче шкалою:

Рівень фізичного стану. Оцінка, бали.

- Низький: 45 і менше,
- Середній: 46-47,
- Високий: 75 і більше.

Правила інструктора з ЛГ.

Інструктор не повинен виконувати вправу разом з хворими. Він повинен спостерігати за пацієнтами, правильним виконанням вправ і при потребі виправляти недоліки і помилки при виконанні вправ.

Це можуть бути:

- скованість, напруженість при виконанні вправ;
- поверхневе дихання, короткочасні затримки дихання, невміння правильно поєднувати вдих і видих з певними частинами вправи;
- погана координація рухів, нечітке їх виконання.

Навики правильного дихання виробляються при виконанні дихальних вправ: глибоке дихання в спокої, вдих при виконанні вправи, де розширюється грудна клітка і довгий видих при її звуженні, спостереження хворого за своїм диханням в спокої і при виконанні фізичних вправ.

З перших занять ЛГ інструктор повинен вчити пацієнтів доволі розслабляти м'язи. Для цього необхідно:

1. Виконувати спеціальні фізичні вправи при розслаблених м'язах (повне розслаблення у вихідному положенні сидячи на кріслі і лежачи на спині; кидок м'яча і розслаблення; гімнастичні вправи, що чергуються з розслабленням м'язів; струшування кінцівками при розслаблених м'язах);

2. Обов'язково розслаблювати м'язи в паузі після виконання кожної фізичної вправи;

3. Самоконтроль при виконанні фізичних вправ і розслаблення тих м'язів, що не задіяні у навантаженні.

Причини раптової смерті під час тренувань:

- атеросклероз судин коронарних і головного мозку,
- гіпертонічна хвороба,
- інтоксикація (алкоголем, нікотинном),
- надмірне фізичне навантаження (некроз міокарду),
- крововилив в міокард,
- гіперфункція щитоподібної залози,
- гостра серцева недостатність,
- закриті травми внутрішніх органів і мозку,
- рефлекторна смерть від зупинки серця після удару в груди або живіт.

У медичній реабілітації, згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ, розрізняють два періоди: лікарняний та післялікарняний, у кожного з них є визначенні етапи.

1. Перший період включає:

I етап реабілітації – лікарняний (стаціонарний),

2. післялікарняний період – II етап – поліклінічний або реабілітаційний, санаторний

III етап – диспансерний.

I етап реабілітації – лікарняний (стаціонарний) – розпочинається у лікарні, де після встановлення діагнозу лікар складає хворому програму

реабілітації. Вона містить терапевтичні або хірургічні методи лікування і спрямована на ліквідацію чи зменшення активності патологічного процесу, попередження ускладнень, розвиток тимчасових або постійних компенсацій, відновлення функцій органів і систем уражених хворобою, поступову фізичну активізацію пацієнта. На цьому етапі у відновлюючому лікуванні застосовують лікувальну фізичну культуру, лікувальний масаж, засоби фізіотерапії, елементи працетерапії. При закінченні цього етапу проводять контроль за фізичним станом пацієнта і подальшу корекцію реабілітаційних заходів.

II етап реабілітації – **поліклінічний**, або реабілітаційний, санаторний розпочинається після виписки з стаціонару, у поліклініці, реабілітаційному центрі, санаторії в умовах покращення і стабілізації стану пацієнта, при значному розширенні рухової активності. На цьому етапі використовуються всі засоби фізичної реабілітації, проводиться підготовка людини до трудової діяльності, а неповносправні оволодівають пристроями до самообслуговування. Наприкінці періоду пацієнти проходять всебічне обстеження в кінці якого дається заключення щодо їх функціональних можливостей і готовності до праці. Людина або повертається на своє робоче місце, або стає до роботи з меншими фізичними й психічними навантаженнями. При значних залишкових функціональних порушеннях і анатомічних дефектах пацієнтам пропонують перекваліфікацію.

III етап реабілітації – **диспансерний**. Основною метою цього етапу є нагляд за пацієнтом, підтримка і покращення його фізичного стану і працездатності у процесі життя.

На всіх етапах реабілітації, особливо на II – III, велику роль відведено роботі психологів, педагогів, соціологів, юристів, спрямованій на адаптацію людини до того стану, у якому вона опинилася, розв'язанню питань професійної працездатності, працевлаштування і т. д. Незалежно від етапу реабілітації з пацієнтами постійно працюють реабілітологи, які коригують програму з врахуванням досягнутого ефекту. Отже, принципова схема сучасної медичної реабілітації виглядає так: лікарня – поліклініка (реабілітаційний центр, санаторій) – диспансер.

Режим рухів.

Введення режимів рухів у лікувальних установах дає змогу організувати і уніфікувати фізичне навантаження, що дуже зручно для призначення засобів лікувальної фізкультури. Режим залежить від типу лікувальної установи. В стаціонарах у лікарняний період звичайно розрізняють:

1. Суворий ліжковий режим – призначається пацієнтам, які потребують повного спокою (допускається лікування положенням). *Суворий ліжковий 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.

2. Ліжковий режим – призначається під час одужання і поліпшення стану здоров'я, при нормальній чи субфебрильній температурі. Дозволяється сидати в ліжку і вставати. Призначається індивідуальна гімнастика в положенні лежачи і масаж. *Ліжковий 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

3. Напівліжковий режим – приписують хворим при подальшому одужанні і адаптації до фізичних навантажень. Хворі можуть виконувати ранкову гімнастику і лікувальну гімнастику індивідуально чи невеликими групами з вихідного положення лежачи, сидячи, стоячи з обережним збільшенням навантаження. *Напівліжковий 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.

4. Тонізуючий, або вільний режим – призначається в період підготовки хворого до виписування. Мета цього режиму – подальше поліпшення функціонального стану організму хворого і підготовки його до домашніх умов і трудової діяльності. Рекомендуються ранкова гігієнічна і лікувальна гімнастика, які проводяться з невеликими групами, з різних вихідних положень. Дозволяються нетривалі прогулянки в саду, малорухливі ігри, легкі трудові процеси. *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.

У післялікарняний період реабілітації:

1. *Щадний режим* – для практично здорових, що потребують відпочинку. Дозволяється без обмежень застосовувати всі фізкультурні заходи, передбачені в санаторії.

2. *Щадно-тренуючий режим* – призначається особам з хронічними захворюваннями, фізично слабким, неадаптованим до фізичних навантажень. Обмежуються вправи, які можуть викликати втому, неадекватні реакції організму, рекомендується ранкова гігієнічна гімнастика з обмеженням бігу, без підскоків. Дозволяються малорухливі ігри, екскурсії.

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

Гостре фізичне перенавантаження (ГФП) розвивається в таких випадках, коли короткочасне тренування або загальне навантаження перевищує їх функціональні можливості.

Показання і протипоказання до призначення лікувальної фізичної культури.

Під час реабілітації хворих лікувальна фізична культура займає одне з перших місць у кожній клінічній спеціальності. Її можна призначати практично в будь-якому періоді перебігу хвороби. Показами до призначення ЛФК є її завдання.

Протипоказань до призначення лікувальної фізичної культури не багато і вони, як правило, мають тимчасовий характер.

Є постійні протипоказання: це тяжкі незворотні прогресуючі загальні органічні захворювання, при яких недопустиме активування як загальних так і місцевих фізіологічних процесів, де основним завданням лікування є полегшення страждань хворого, без надії на відновлення здоров'я (злоякісні новоутворення, захворювання крові, психічні захворювання, прогресування серцевої та дихальної недостатності).

Тимчасові протипоказання:

- гострий період захворювання;
- важкий стан хворого;
- гострий запальний процес, що супроводжується підвищенням температури тіла, збільшенням ШОЕ, лейкоцитозом (її можна застосовувати при субфебрильній температурі, в таких випадках ШОЕ повинна показувати тенденцію до нормалізації);

- гострий період незапальних процесів (гіпертонічний криз, інсульт);
- прогресування захворювання (в залежності від динаміки процесу);
- больовий синдром не залежно від локалізації болю;
- кровотеча або її загроза, кровохаркання;
- наявність сторонніх тіл біля магістральних судин і нервових стовбурів.

Питання для контролю:

1. Організація медичного контролю, функціональні обов'язки медичного персоналу.
2. Поняття про лікувальну фізичну культуру. Класифікація фізичних вправ.
3. Засоби та форми лікувальної фізичної культури.
4. Які антропометричні дослідження і функціональні проби застосовуються під час вирішення питання про допуск до лікувальної гімнастики?
5. Визначення та оцінювання фізичного розвитку і стану здоров'я людей.
6. Правила поведінки пацієнтів під час занять лікувальною фізичною культурою.
7. Етика та деонтологія у спілкуванні з пацієнтами.
8. Показання та протипоказання до занять лікувальною фізичною культурою.
9. Загальні вимоги до методики проведення занять за різних захворювань.
10. Які ви знаєте функціональні проби?
11. Як оцінюють результати проб із стандартними фізичними навантаженнями?
12. Адаптаційні реакції на фізичні навантаження.
13. Вплив фізичних навантажень різної інтенсивності на організм людини.
14. Зовнішні ознаки стомлення.
15. Дайте визначення ознакам гострого перенавантаження.
16. Показання протипоказання до ЛГ.
17. Режимы рухової активності.
18. Чи можуть бути танці засобом лікування?
19. Як вибрати відповідне дозування фізичного навантаження?
20. Які вам відомі методи контролю ефективності ЛФК?
21. Які вихідні положення використовують в ЛГ?
22. Дайте визначення поняттю ЛФК.
23. Які засоби загартування вам відомі?
24. Як класифікуються фізичні вправи?
25. Які провила повинен виконувати інструктор з ЛФК?
26. Назвіть методи проведення занять з ЛФК.

ЛІТЕРАТУРА

1. Арефьев В. Г. Теорія та методика викладання гімнастики: підручник. Кам'янець-Подільський: ПП Видавництво «ОІЮМ», 2012. С. 94.
2. Вакуленко Л. О. Клапчук В. В., Вакуленко Д. В. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії : підручник. Тернопіль: ТДМУ, 2018. 372 с.
3. Зданюк В. В. Совтисік Д. Д. Лікувальна фізична культура: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ТОВ «Друкарня «Рута», 2020. 132 с.
4. Козак Д.В. Давибіда Н.О. Лікувальна фізична культура: посібник. Тернопіль. ТДМУ, 2016. 108 с.
5. Медична і соціальна реабілітація: підручник / В. Б. Самойленко, Н. П. Яковенко, І. О. Петряшев та ін. 3-є видання. К.: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2023. 359 с.
6. Мухін В. М., Магльований А. В., Магльована Г. П. Основи фізичної реабілітації. Львів, 1999. 119 с.
7. Плотка В. С. Лікувальна фізична культура і лікарський контроль: навч.- метод. посіб. Рівне, 2012. 84 с.
8. Соколовський В. С., Романова Н. О. Лікувальна фізична культура: підручник. Одеса: держ. мед. ун-т., 2005. 234 с.
9. Хорошуха М. Ф., Приймаков О. О. Спортивна медицина: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, 2009. 309 с.
10. Черняков В. В., С. Г. Компанець Попередження травматизму під час уроків фізичної культури: методичні рекомендації для вчителів фізичної культури. Чернігів: ЧОШПО ім. К.Д. Ушинського, 2017. 74 с.
11. Щербина Ю. В. Основи гирьового спорту: навч. посіб. Вид. 2-е, випр. і доп. Київ: 7БЦ, 2022. 348 с.
12. Якобчук А. В., Курик О. Г. Основи медичної валеології: навч. посіб. Київ: Ліра, 2017. 244 с.

Навчальне видання

П. Ф. Музиченко, О. Б. Кучменко

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА
І ЛІКАРСЬКИЙ КОНТРОЛЬ

*Методичні рекомендації
до курсу*

Технічний редактор – А. В. Лисенко
Верстка та макетування – О. В. Борщ

Підписано до друку 09.06.2026 р.
Гарнітура Times
Замовлення № 247

Формат 60x84/16
Обл.-вид. арк. 1,3
Ум. друк. арк. 2,1

Папір офсетний
Електр. вид-ння



Ніжинський державний університет
імені Миколи Гоголя.

м. Ніжин, вул. Воздвиженська, 3^А
(04631)7-19-72

E-mail: vidavn_ndu@ukr.net
www.ndu.edu.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2137 від 29.03.05 р.