# Лекція 7.

# Тема: ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В СМГ ПРИ ВСД ТА ПРИ ПОРУШЕННЯХ ЗОРУ.

**План.**

1. Особливості проведення занять з фізичної культури в СМГ при ВСД.
2. Особливості проведення занять з фізичної культури в СМГ при порушеннях зору.

**Література:**

1. Боднар І. Теорія, методика і організація фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи. Навч.-методичний посіб. – Львів, Українські технології. – 2005. – 48 с.

2. Дубогай О.В., Завацький В.В., Короп В.П. Фізичне виховання студентів, віднесених за станом здоров’я до спеціальної медичної групи. Луцьк, Надстир’я, 1996. – 222 с.

3. Макаренко О.Особливості занять фізичними вправами з дітьми із слабким зором. // Друга Всеукр наук. конф. аспірантів “Молода спортивна наука України” Львів: ЛДІФК, ПІРАМІДА, 1998. – С. 129–134.

4. Макарова Е. Покращення стану здоров’я та фізичної працездатності дітей дошкільного віку з порушеннями постави та хворих на сколіоз. // II Всеукр наук. конф. аспірантів “Молода спортивна наука України” Львів: ЛДІФК, 1998. – С.103-108.

5. Мурза В.П. Фізичні вправи і здоров’я. К. – Здоров’я, 1991. – 256 с.

6. Ніцеля О. Вплив фізичного навантаження на стан зорової функції. // Молода спортивна наука України. Зб. наук. статей з галузі фізичної культури та спорту. Львів: ЛДІФК, 2000. – Випуск 4. - С.328-330.

7. Полатайко Ю.О. Фізичне виховання школярів у спеціальних медичних групах. – ІваноФранківськ: Плай, 2004. – 161 с.

8. Теорія і методика фізичного виховання. Підручник для ін-тів ФК / Під ред. Т.Ю. Круцевич (в 2-х т.). К.: Олімпійська література, 2003. – 422 с.

9. Шологон Р., Іващенко П. Особливості методики фізичного виховання при міопії зі студентами СМГ / Збірка наук. статей галузі фізичної культури та спорту: Молода спортивна наука України. Львів: ЛДІФК, 2000. - Вип. 4. – С. 320 – 322.

10. Шрім Мурад. Вплив кінезіотерапії на сколіотичну хворобу дітей. // Друга Всеукр наук. конф. аспірантів “Молода спортивна наука України” Львів: ЛДІФК, ПІРАМІДА, 1998. – С.179-182.

11. Язловецький В.С. Фізичне виховання учнів з відхиленнями в стані здоров'я. Навчальний посібник. Кіровоград: РВВ КДПУ імені В.Винниченка, 2004. – 352 с.

1. **Особливості проведення занять з фізичної культури в СМГ при ВСД**

ВСД – це вазомоторні порушення, що супроводжується розкоординованими реакціями на різних ділянках судинної системи. Призначає оздоровчі фізичні вправи лікуючий лікар, а лікар-фахівець з ЛФК визначає методику занять. Процедури проводить інструктор, в особливо складних випадках – лікар з ЛФК. Застосування лікувальної фізкультури, підвищуючи ефективність комплексної терапії хворих, прискорює терміни одужання і попереджає подальше прогресування захворювання. Як ми бачимо, ВСД належить до захворювань серцево-судинної системи, а такі захворювання вимагають до себе особливого, ретельного підходу. Виділяють два типи вегето-судинної (або нейроциркуляторної) дистонії: ВСД за гіпотонічним типом і ВСД за гіпертонічним (гіпертензійному) типу. Синдром лабільності артеріального тиску проявляється неадекватним підвищенням артеріального тиску до рівня прикордонної артеріальної гіпертонії (вегето-судинної дистонії за гіпертонічним типом) або його пониженням (вегето-судинна дистонія за гіпотонічним типом) при фізичному навантаженні, хвилюванні, гіпервентиляції. У хворих з вегето-судинною дистонією по гіпотонічному типу нерідко відзначаються непритомність. Синдром дихальних порушень відбувається у 85% випадків. Хворі скаржаться на відчуття браку повітря, неможливість зробити глибокий вдих, незадоволеність процесом дихання. Вегетативні розлади у тій чи іншій мірі характерні для всіх хворих на вегето-судинну дистонію і проявляються пітливістю, ознобом, холодними кінцівками, мармуровістю шкіри. Навіть виходячи з назв, можна сказати, що перший тип ВСД пов'язаний з періодичними зниженнями артеріального тиску, а другий, навпаки, з періодичними його підвищеннями. Нас буде цікавити другий тип ВСД, який має свої специфічні особливості як в ході перебігу самої хвороби, так і в її лікуванні. Серед ознак, типових саме для ВСД за гіпертонічним типом можна виділити такі нервово-вегетативні симптоми, як: «емоційна лабільність, неспокійний сон, швидка стомлюваність, почастішання і лабільність пульсу, пітливість, відчуття страху і т.д.». Рекомендацій до лікування ВСД за допомогою лікувальної фізкультури в спеціальній літературі зустрічається зовсім небагато. Такий недолік інформації, як мені видається, обумовлений тим, що ВСД за гіпертонічним типом тісно пов'язана з іншим, ще більш серйозним захворюванням – гіпертонією, і зв'язок цей проявляється у двох аспектах: по-перше, ВСД може стати передумовою розвитку гіпертонії (основою її вважається порушення вегето-судинної регуляції, в результаті чого підвищується м'язовий тонус артерій), а по-друге, ВСД за гіпертонічним типом ускладнюється низкою симптомів, характерних для гіпертонії (періодичним підвищенням артеріального тиску, головними болями, підвищеної втомою, іноді – болями в області серця). Тому при лікуванні даного типу ВСД доцільно використовувати також і ті фізичні вправи, які здатні запобігти подальшому розвитку гіпертонії (не випадково комплекси вправ, пропоновані В. І. Дубровським для лікування гіпертонії і ВСД за гіпертонічним типом багато в чому схожі). Виходячи з цих міркувань, багато авторів і роблять акцент на характеристику тих вправ, які присвячені безпосередньо профілактиці гіпертонічної хвороби серця. У комплекс лікування хворих на вегето-судинну дистонію обов'язково включається лікувальні фізичні вправи.

**Класифікація та причини розвитку ВСД.**

Нейроциркуляторна дистонія (НЦД, вегето-судинна дистонія) має функціональну природу. Для неї характерні розлади нейроендокринної регуляції діяльності серцево-судинної системи. У підлітків та юнаків НЦД частіше за все обумовлена неузгодженістю фізичного розвитку та ступенем зрілості нервово-ендокринного апарату. В іншому віці розвитку дистонії можуть сприяти нервово-психічне виснаження в результаті гострих і хронічних інфекційних захворювань та інтоксикацій, недосипання, перевтома, неправильні режими харчування, статевого життя, фізичної активності (знижена або занадто інтенсивна). Зміни, обумовлені збоями в керуванні тонусом симпатичної і парасимпатичної систем (відносяться до вегетативної нервової системи) з боку вищих вегетативних центрів, можуть привести до розвитку так званої вегетативної дистонії. Найчастіше вона проявляється розладом серцевосудинної діяльності з розвитком судинної дистонії. У деяких людей вегетативна дистонія спостерігається від народження: вони погано переносять жару або холод, при хвилюванні червоніють або бліднуть, пітніють. У дітей вегетативна дистонія може проявлятися нічним нетриманням сечі. У дорослих (частіше в жінок) порушення регуляторних функцій вегетативної нервової системи іноді протікає у вигляді приступів – вегетативних кризів. Судинна дистонія виникає на ґрунті нервового перенапруження або після гострих і хронічних інфекційних захворювань, отруєнь, вітамінної недостатності, нервових зривів. Симптоми судинної дистонії можуть бути постійними або проявлятися приступами – так звані вегетативно-судинні пароксизми. Постійні симптоми частіше бувають при вродженій нестійкості нервової системи. Такі люди погано переносять зміну погоди; при фізичних навантаженнях та емоційних хвилюваннях легко бліднуть, червоніють, підвищується серцебиття і пітливість. Вегетативно-судинні пароксизми починаються або з головного болю, або з болю в області серця й серцебиття, почервоніння або збліднення обличчя. Піднімається кров'яний тиск, частішає пульс, підвищується температура тіла, починається озноб. Іноді виникає безпричинний страх. В інших випадках настає загальна слабкість, з'являються запаморочення, потемніння в очах, пітливість, нудота, знижується кров'яний тиск, знижується пульс. Напади тривають від декількох хвилин до 2-3 годин, і в багатьох проходять без лікування. При загостренні судинної дистонії кисті і стопи стають багрово-синюшними, вологими, холодними. Ділянки збліднення на цьому тлі надають шкірі мармуровий вид. У пальцях з'являються оніміння, відчуття повзання мурашок, поколювання, а іноді болю. Підвищується чутливість до холоду, руки й ноги сильно бліднуть, іноді пальці стають одутлими, особливо при тривалому переохолодженні кистей або стоп. Перевтома й хвилювання викликають частішання приступів. Після нападу на кілька днів може залишитися почуття розбитості й загального нездужання. Однією з форм вегетативно-судинних пароксизмів є непритомність. При непритомності раптово темніє в очах, блідне обличчя, наступає сильна слабкість. Людина втрачає свідомість і падає. Судом зазвичай не буває. У положенні лежачи непритомність проходить швидше, цьому сприяє також вдихання через ніс нашатирного спирту.

**Симптоми та лікування**

Хворих турбують слабкість, стомлюваність, розлади сну, дратівливість. У залежності від реакції серцево-судинної системи виділяють **3 типи НЦД: - кардіальний; - гіпотензивний; - гіпертензивний.** **Кардіальний тип** – скарги на серцебиття, перебої в області серця, іноді відчуття браку повітря, можуть відзначатися зміни серцевого ритму (синусова тахікардія, виражена дихальна аритмія, надшлуночкова екстрасистолія). **Гіпотензивний тип** – стомлюваність, м'язова слабкість, головний біль (нерідко провокується голодом), мерзлякуватість кистей і стоп, схильність до непритомних станів. Шкіра звичайно бліда, кисті рук холодні, долоні вологі, відзначається зниження систолічного артеріального тиску нижче 100 мм рт.ст. **Гіпертонічний тип** – характерні минуще підвищення артеріального тиску, що майже в половини хворих не сполучається зі зміною самопочуття й уперше виявляється під час медичного огляду. На очному дні на відміну від гіпертонічної хвороби змін немає. У деяких випадках можливі скарги на головний біль, серцебиття, стомлюваність. Синдром ВСД може виникнути при органічному ураженні головного мозку. Будь-яку форму церебральної патології супроводжують вегетативні порушення. Однак нерідко ВСД виступає не як синдром, а як самостійна нозологічна форма з різноманітними особливостями хвороби. Її розвитку в більшій мірі сприяє природжена неповноцінність ВНС. У багатьох випадках виявляється декілька факторів: одні з них – що призводять, інші – що реалізують хворобу. Клінічні симптоми захворювання різноманітні, характеризуються перевагою суб'єктивних проявів над об'єктивними. Відсутні органічні зміни з боку всіх систем організму: вісцеральної, серцевої, нервової, ендокринної і т.д. Тим часом явно визначаються функціональні порушення, особливо з боку серцево-судинної та вегетативної нервової систем, найбільш чітко виражені в період пароксизмів. Попередження судинної дистонії повинно починатися із загартовування в дитячому та юнацькому віці, організації раціонального режиму праці та відпочинку. Необхідно уникати нервових перенавантажень, при захворюванні ретельно дотримувати режиму й інших призначень лікаря. Переважно використовувати не медикаментозні методи: нормалізація способу життя, заняття фізкультурою і деякими видами спорту (плавання, легка атлетика). Використовується фізіотерапія, бальнеотерапія, санаторно-курортне лікування.

1. Збалансований режим дня, сон – найкращий відпочинок (8-10 годин).

2. Адекватна фізична активність. Тільки підлітки з АД 140-90 і вище займаються в підготовчій фізкультурній групі решта в основній. Гарний ефект призводять заняття в басейні, біг, лижі, аеробіка, танці, лижні прогулянки. Можна використовувати велотренінг.

3. Дієта містить всі необхідні інгредієнти, багата вітамінами, показані продукти, що містять солі калію – картопля, баклажани, капуста, чорнослив, абрикоси, родзинки, інжир, зелений горошок, петрушка, помідори, ревінь, буряк, кріп, квасоля, щавель. Частину тваринних жирів треба замінити рослинними (соняшникова, кукурудзяна та оливкова олія). З підвищеним АТ - необхідні продукти, що містять солі магнію, гречана, вівсяна, пшеничні крупи, горіхи, соя, квасоля, морква, шипшина. Треба виключити із їжі соління, маринади, обмежити сіль до 4-5г. Протипоказано міцний чай, кава, шоколад.

4. Психотерапія: методи релаксації, сполучення аутогенного тренування і словесно-образне навіювання, розв’язання психологічної проблеми. Сімейна психотерапія. Мета – нормалізувати ставлення особистості до оточуючих, зняття психологічного напруження.

5. Масаж голови, комірцевої зони С1-С4, спини. Тривалість сеансів 8-10- 15 хв., курс – 18-20 процедур. З зниженим ПЕКЛО масаж тулуба, кінцівок щітками.

6. Фітотерапія: валеріана, калина червона, півонія, пустирник, трава Стефанії – дають седативний ефект, цією же дією та м'яким діуретичним впливом володіють айва, березовий гриб, мак, мигдаль, морква, м'ята, пастернак, солодка. При відсутності нормалізації ПЕКЛО додають засіб з резерніноподібною і бета-адреноблокуючою дією: барвінок малий, білокопитник, вербена, змієголовник, магнолія, раувольфія, чорна горобина, арніка, багно, пастуша сумка.

7. За відсутності ефекту від описаних заходів необхідно переходити до медикаментозної терапії. Лікування судинної дистонії – комплексне із застосуванням ліків і фізіотерапевтичних процедур, проводиться за призначенням лікаря. З метою оздоровлення хворих широко застосовуються лікувальна фізкультура, заміські прогулянки, туризм, санаторно-курортне лікування, нормалізація способу життя та процедури що загартовують. При дратівливості, розладах сну – препарати валеріани, пустирника, валокордин, іноді транквілізатори. При гіпотензивному типі – лікувальна фізкультура, беллоід, кофеїн, фетанол. При гіпертонічному типі – бетаадреноблокатори, препарати раувольфії. Показані броміди, димедрол, балланспон, беллоід, транквілізатори, монобромід камфори, лікувальна фізкультура (методи аутогенного тренування, загального загартовування, психофізичної зарядки, самомасажу) і фізіопроцедури (хвойні ванни, душі і т.п.), відпочинок на свіжому повітрі.

**Оздоровча фізична культура при ВСД**

**- Цілі і завдання оздоровчої фізичної культури.**

Для початку необхідно зазначити, що фізична активність при ВСД, як і при будь-якому іншому захворюванні серцево-судинної системи, повинна бути строго обмежена і чітко визначена. Наприклад, «при захворюваннях серцевосудинної системи небажані вправи на тренажерах». Фізична активність залежить від функціональних можливостей пацієнта, його віку, статі та рівня здоров'я. Для того, щоб отримати профілактичний і лікувальний ефект в ході занять фізкультурою, необхідно дотримуватися цілого ряду принципів, порушення яких може призвести до непоправних наслідків.

Ці принципи такі: «систематичність, регулярність, тривалість, дозування навантажень, а також індивідуалізація». Якщо, займаючись ФК, людина слідує даними принципам, то позитивний ефект не змусить себе довго чекати. Чим же обумовлюється цей позитивний ефект? Вся справа в тому, що фізичні вправи призводять до розвитку функціональної адаптації систем організму, підвищують рівень його життєдіяльності і, перш за все, серцево-судинної системи. Фізична праця, розумні спортивні ігри та фізичні навантаження. «Під час занять фізичною культурою нормалізується пульс, підвищується артеріальний тиск, збільшується кількість циркулюючої крові, у багато разів збільшується кількість функціонуючих капілярів у кістякових м'язах і в міокарді». Таким чином, можна сказати, що фізичні навантаження необхідні при захворюваннях серцево-судинної системи. Гіподинамія нерідко і є тим чинником, який викликає захворювання подібного роду: «Після тривалої гіподинамії настає період реадаптації до навантажень, які можуть призводити до різних проявів судинної дистонії». ФК нормалізуючи впливає на судинну реактивність, сприяючи зниженню тонусу судин при виражених спастичних реакціях у хворих і вирівнюванню асиметрії в стані тонусу судин. Це в свою чергу супроводжується виразним зниженням артеріального тиску. Фізичні вправи підвищують скоротливу здатність міокарда. У хворих нормалізуються показники венозного тиску, збільшується швидкість кровообігу як в коронарних, так і в периферійних судинах, що супроводжується збільшенням хвилинного об'єму серця і зменшенням периферичного опору в судинах. Під впливом дозованих фізичних вправ нормалізуються показники ліпідного обміну та коагуляяційна активність крові. Розвиваються компенсаторно-пристосувальні реакції, підвищується адаптація організму хворого до навколишнього середовища і різним зовнішніх подразників. Особливо сприятливий вплив на хворих надають спеціальні фізичні вправи. Під впливом ФК у хворих поліпшується настрій, зменшуються головний біль, запаморочення, неприємні відчуття в області серця і т. д. Інтенсивність і обсяг занять залежать від загальної фізичної підготовки і функціонального стану серцево-судинної системи, що визначається при проведенні дозованих проб з навантаженням. Хворим показані ранкова гігієнічна гімнастика, дозована ходьба, ближній туризм (переважно в санаторно-курортних умовах), спортивні ігри або їх елементи; фізичні вправи у воді, вправи на тренажерах, масаж комірної області.

**- Засоби і методи фізичної культури при ВСД.**

Тепер перейдемо безпосередньо до тих методів ФК, які використовуються при лікуванні ВСД за гіпертонічним типом. В.І. Дубровський вважає, що ефективними методами лікування ВСД є: масаж, лікувальна гімнастика (загальнорозвиваючі, дихальні вправи), теренкур. Отже, почнемо по порядку: Масаж. В.І. Дубровський вважає, що при ВСД найбільш дієвий особливий тип масажу - масаж точковий, або прессація, – вплив на точки акупунктури пальцями». В основі точкового масажу лежить механічна дія пальцем (пальцями) на біологічно активні точки (БАТ), які мають зв'язок (через нервову систему) з різними внутрішніми органами і функціональними системами. На жаль, неможливо наочно показати місця розташування БАТ, на які необхідно впливати при ВСД (для цього див: Дубровський В. І.). Серед завдань масажу можна виділити нормалізацію процесів у центральній нервовій системі, сну, артеріального тиску, зняття головного болю і т.д. Таким чином, ми бачимо, що масаж спрямований на ліквідацію симптомів, характерних для ВСД. Крім точкового масажу при гипертензионном типі ВСД доцільне застосування також масажу «комірцевої» області, живота, нижніх кінцівок. Однак при цьому виключаються прийоми: рублення і биття. Тривалість масажу, згідно В.І. Дубровському, повинна складати приблизно 10-15 хвилин, кожен курс терапії складається з 10-15 процедур.

**Гімнастика.** представляє собою основну форму застосування фізкультури. При ВСД процедура гімнастики зберігає свою стандартну структуру, тобто вона як завжди складається з трьох розділів: вступного, основного і заключного. Фізичні вправи в ході заняття повинні послідовно охоплювати різні м'язові групи. Вправи виконуються ритмічно, в спокійному, середньому темпі. У вступному розділі використовують прості вправи, в основному для дрібних і середніх м'язових груп. Вступна частина складає 15-20% часу. Вправи сприяють поступовому входженню в роботу, підготовки до основної частини занять. Основний розділ складається з загальнорозвивальних вправ. За часом основний розділ займає 65-70% часу. Заключний розділ характеризується зниженням загально-фізіологічного навантаження (15-20% часу). Крім загальнозміцнюючих вправ у ході гімнастики доцільно використовувати також і дихальні вправи, причому ефективність останніх стає вище, якщо їх поєднувати з загально-розвивальними вправами, масажем комірцевої області. Дихальні вправи цінні тим, що вони збуджують і поглиблюють функцію дихання. Вони сприяють нормалізації та вдосконалення дихального акту. Одночасно з цим відбувається взаємокоординація дихання і рухів, зміцнення дихальних м’язів, поліпшення рухливості грудної клітки, ліквідація спайок в плевральній області, попередження застійних явищ у легенях. При ВСД допустимо виконання як статичних (не поєднуються з рухом кінцівок і тулуба), так і динамічних (дихання поєднується з різними рухами) дихальних вправ.

**- Ходьба як засіб ФК.** Ходьба представляє собою одну з циклічних вправ. Ходьба широко використовується для відновлення рухових функцій, тренування серцево-судинної і рухової систем, а отже вона допустима і при ВСД (її якраз і рекомендує В. І. Дубровський). Одне з безперечних переваг ходьби полягає в тому, що вона не вимагає будь-яких спеціальних навичок. Одним із засобів дозування ходьби є ходьба за системою К. Купера. Система К. Купера заснована на принципі щотижневого збільшенні дистанції безперервної ходьби (див. Додаток). Дозування ходьби зазвичай проводиться за темпом, довжині кроків, за часом, за рельєфом місцевості (рівна, пересічена та ін.). При ВСД можливе застосування такого різновиду ходьби, як теренкур. «Теренкур – це прогулянки по місцевості з різним рельєфом», тобто при теренкурі змінюється дозування за рельєфом місцевості. По суті своїй теренкур представляє дозоване сходження. На відміну від дозованих прогулянок рівною місцевістю, маршрути теренкура проходять з використанням пересіченої місцевості в умовах санаторно-курортної зони. Розмір фактичного навантаження залежить від довжини маршруту (зазвичай 500, 1500, 3000 м), рельєфу місцевості, темпу, кількості зупинок. Головне завдання терренкура залишається таким самим, як і за звичайної ходьби – зміцнення серцево-судинної і рухової систем.

**- Комплекси фізичної культури**.

Протипоказання до призначення або продовження занять різними формами ФК: загальні протипоказання, що виключають застосування ФК, значне підвищення артеріального тиску (понад 210/120 мм рт. ст.); стан після гіпертонічного кризу, значне зниження артеріального тиску (на 20-30% від вихідного рівня), що супроводжується різким погіршенням самопочуття хворого; порушенням серцевого ритму; розвиток нападу стенокардії, різкої слабкості і вираженої задишки.

1. **Особливості проведення занять з фізичної культури в СМГ при порушеннях зору**

Серед порушень зору найбільш поширеними є короткозорість (міопія), далекозорість (гіперметропія), астигматизм. Здебільшого в учнів, які страждають на короткозорість, спостерігається задовільний фізичний розвиток, низька фізична підготовленість.

30% учнів з порушеннями зору звільняють від уроків із фізичної культури в школі. Короткозорість частіше розвивається у шкільному віці, в роки навчання, і пов’язана, переважно, із тривалою зоровою роботою на близькій відстані (читання, писання, креслення), особливо при недостатньому чи неправильному освітленні й у неналежних гігієнічних умовах.

За даними наукових досліджень, короткозорість частіше виникає в осіб із відхиленнями в загальному стані здоров’я. Серед школярів, що страждають на короткозорість, кількість практично здорових виявилася у два рази меншою, ніж серед усієї групи обстежених учнів. Відзначається зв’язок короткозорості з такими захворюваннями, як ревматизм, рахіт, хронічний тонзиліт, важкі інфекційні захворювання.

Науковцями помічено, що в короткозорих школярів частіше, ніж у здорових, зустрічаються зміни опорно-рухового апарата: порушення постави, сколіоз, плоскостопість. Це зв’язано з неправильною позою під час читаня й писання, а також зі швидким стомленням м’язів шиї і спини, що у свою чергу впливає на стан внутрішніх органів.

Однією з причин короткозорості є послаблення циліарних м’язів ока. Цей недолік можна виправити з допомогою спеціально розроблених комплексів фізичних вправ для зміцнення м’язів ока. У результаті прогресування короткозорості часто зупиняється або сповільнюється. Однак надмірне навантаження може й негативно вплинути на здоров’я учнів. Тому необхідно з особливою увагою організовувати та проводити заняття з фізичної культури.

## **Розрізняють 3 ступеня короткозорості: слабкий – до 3,0 діоптрій; середній – 3,5–6,0 діоптрій; сильний – 6,0 і більше діоптрій.**

Школярів із порушенням зору доцільно розподіляти з урахуванням характеру захворювання органу зору, загального стану здоров’я і ортопедичних дефектів.

Розподіл здійснюється за такими групами: основна, підготовча, СМГ № 1 («А»), СМГ № 2 («В»), група ЛФК.

В основній медичній групі займаються діти із слабким ступенем короткозорості. Школярі зі слабким ступенем короткозорості (до 3 дпт) входять до основної медичної групи і можуть займатися на уроках з фізичної культури та в спортивних секціях.

Тому усі засоби, які передбачені програмою, можуть використовуватися школярами з порушенням зору. Програмні вправи виконуються учнями зі слабким ступенем короткозорості без обмежень.

Школярі з середнім ступенем належать до підготовчої медичної групи. Школярі з короткозорістю середнього ступеня (3,5-6 дпт) входять до підготовчої медичної групи і під часу уроків з фізичного виховання займаються разом із практично здоровими дітьми. Перед ними стоять ті самі завдання, що і перед здоровими дітьми. Проте практичні заняття з фізичного виховання з такими школярами фахівці радять проводити окремо від школярів основної медичної групи. До програми для школярів із середнім ступенем короткозорості варто внести обмеження. Так, при виборі засобів фізичної культури потрібно виключити стрибки з висоти більше 1,5 м, вправи з великим і тривалим фізичним напруженням. Ступінь нервово- м’язового напруження і загальне навантаження під час занять з фізичної культури повинні бути дещо меншими, ніж в однолітків основної медичної групи. Якщо немає можливості виділити школярів з короткозорістю в самостійну групу, їх доцільно поділити на 2 підгрупи: школярів із короткозорістю 3,5 – 4,5 дпт зарахувати до підготовчої групи, а школярів з 5-5,5 дпт – до спеціальної.

До спеціальної медичної групи спрямовуються діти з відхиленнями більше 6,0 дпт. Поряд з іншими завданнями фізичної культури важливими є профілактика прогресування короткозорості, профілактика і корекція вад постави. При цьому до СМГ №1 зараховують школярів з певними захворюваннями: підвивих кришталика, глаукома, висока міопія, ускладнена гіперметропія. За загальноклінічними характеристиками ці діти – здорові і могли б займатися в підготовчій медичній групі, проте їм протипоказані вправи пов’язані з підніманням вантажів, поштовхами, різкими нахилами голови тощо. В СМГ №2 займаються діти, що страждають важкими загально-клінічними захворюваннями (серцево-судинної та дихальної систем, органічними порушеннями ЦНС тощо).

Окрім ступеня порушень, має значення наявність (чи відсутність) інших змін органу зору. Школярі з хронічними запальними й дегенеративними захворюваннями очей, незалежно від гостроти зору, зараховуються до СМГ.

Умовно виділяють 2 групи осіб з порушеннями зору. До 1-ї групи належать особи, які мають короткозорість зі зміною очного дна, підвивих кришталика, косоокість, до 2-ї зараховуються школярі з атрофією зорового нерва, далекозорістю (гіперметропією) та альбінізмом.

Школярам 1-ї групи ***протипоказані:*** вправи зі статичним напруженням, значними обтяженнями, прискореннями, стійки на голові, руках, стрибки у воду, нахили вперед із положення стоячи, стрибки у довжину й висоту, волейбол, футбол, де можливі зіткнення, бадмінтон, штовхання кулі, метання гранати.

***Дозволені:*** загально-розвивальні вправи, ходьба і повільний біг, вправи на швидкість реакції і частоту рухів, на гнучкість і рівновагу, на розслаблення м’язів, диференціацію простору, часу і ступеня м’язових зусиль, лижні прогулянки, плавання, метання м’ячів, настільний теніс.

До групи лікувальної фізичної культури зараховуються школярі з високим ступенем короткозорості (8 діоптрій), але без патологічних змін очного дна при достатній фізичній підготовленості, які можуть виконувати майже всі вправи з навчальної програми. Під час занять з фізичної культури з такими школярами не бажано використовувати вправи на високій і середній колоді, стрибки і зіскоки, опорні стрибки, перекиди, стійки на голові, вправи на гімнастичній стінці вище 4-ої поперечини, стрибки з підкидного містка, стрибки у воду вниз головою, тривалі стрибки через скакалку, а також інші вправи, при виконанні яких можливі падіння, зістрибування і різкі струси тіла. У цій групі варто більш широко використовувати дихальні й коригувальні вправи, а також спеціальні вправи для зовнішніх і внутрішніх м’язів очей.

За даними наукових досліджень, реакція на фізичне навантаження будь-якого характеру у школярів із короткозорістю відрізняється від показників здорових, нормальнозорих школярів. Якщо в останніх погіршення зорових функцій складають 20-25%, то у короткозорих – 25-62,5%. За цими даними науковці зробили висновок, що силові вправи та статичні навантаження не дають бажаних результатів. Для короткозорих школярів більше підходять навантаження та вправи на витривалість та швидкість.

Методика проведення заняття в підгрупі «В» дещо відрізняється від інших груп. У занятті зі школярами 20 хв відводиться на підготовчу частину, яка ділиться на дві частини по 10 хвилин. У першій половині школярі виконують вправи гігієнічного характеру з впливом на всі м’язові групи, у другій – самостійно виконують спеціальні вправи.

Для виконання індивідуальних вправ в умовах залу школярі поділяються на мікрогрупи по 3-4 особи (за характером захворювання), їм пропонуються комплекси з описами і фотоілюстраціями. Учитель заздалегідь складає комплекси фізичних вправ з урахуванням специфіки захворювання для кожного учня та допомагає правильно вивчити ту чи іншу вправу. Спочатку вправи виконуються тільки під контролем учителя, потім їх можна і потрібно виконувати самостійно, у тому числі й у домашніх умовах. На всіх заняттях у підготовчій і вступній частинах обов’язково повинні виконуватися коригуючі вправи. Необхідно звертати увагу школярів на правильне виконання звичайних і простих вправ, вчасно виправляти недоліки та неточності під час їх виконання. Складні вправи вивчаються тільки після засвоєння техніки виконання простих вправ, при цьому необхідно домагатися красоти та точності у виконанні.

В основній частині учитель допомагає правильно вивчити вправу, на яку відводиться 15-20 хв. Для підгрупи «В» не виключаються із занять елементи легкої атлетики (біг, стрибки, метання, штовхання ядра), передбачаються також вправи на розвиток сили, спритності, швидкості і витривалості. На заняттях використовуються усі засоби фізичної культури, передбачені програмою. В основній частині проводиться гра або ж вправи ігрового характеру під рахунок або музичний супровід, які передбачені програмою як для підгрупи «А», так і підгрупи «Б».

У заключній частині заняття застосовується ходьба, вправи на увагу, спокійні, малорухливі ігри.

## **Показання щодо застосування фізичних вправ при зниженні гостроти зору:**

* вправи виконувати у середньому темпі;
* під час відпочинку використовувати вправи на зоровому тренажері;
* показана гімнастика для зорового стомлення.

## **Обмеження щодо використання фізичних вправ при зниженні гостроти зору:**

* різкі вправи;
* перенавантаження;
* виключити перекиди, стійки на голові;
* виключити вправи зі струсом тіла (стрибки, підскоки, зіскоки, опорні стрибки).

# Питання для контролю

1. Назвати особливості розподілу учнів СМГ з порушенням зору на підгрупи.
2. Охарактеризувати особливості проведення занять з фізичної культури учнів СМГ при короткозорості.
3. Визначити засоби фізичної культури, які використовуються під час занять зі школярами з коротокозорістю підгрупи «А».
4. Визначити засоби фізичної культури, які використовуються під час заняттях зі школярами з коротокозорістю підгрупи «В».
5. Визначити показання та протипоказання до застосування фізичних вправ під час занять з фізичної культури школярів із короткозорістю.