

Підвищуючи активність рухового аналізатора фізичним навантаженням, можна викликати бажані зміни з боку зорового аналізатора, тобто управляти удосконаленням зорових функцій. Це положення підтверджується тим, що порушення поля зорового аналізатора негайно викликає розлад регуляції білемоторного апарату зорового аналізатора.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ананьева Н.А., Ямпольская Ю.А.// Школа здоровья. - М., 1994. - №1. - С.17.
2. Демирчоглян Г.Г., Якунлин В.И. Гимнастика для глаз. - М., Физкультура и спорт, 1987. - 32С.
3. Калценко В.П. Педагогическая коррекция: исправление недостатков характера у детей и подростков: Пособие для студентов сред. и высш. учеб. заведений.- М.: Издательский центр "Академия", 1999. - 304С.
4. Лытвяк А.Г. Тифлопсихология: Учеб.пособие для студентов пед.ин-тов по спец. №2111 "Дефектология". - М.: Просвещение, 1985. - 208С.
5. Сермеев Б.В. Физическое воспитание детей с нарушением зрения. - К.: Здоров'я, 1987. - 112С.

THE SPECIAL FEATURES OF DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH BAD EYESIGHT

GHETA A.V.

In the article an ability of possible correction of emotional condition of children with bad eyesight by the exercises of physical training is described.

КІЛЬКІСНА ОЦІНКА РІВНЯ СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ 14-15 РОКІВ, ХВОРИХ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ

ОКСАНА ГУЗІЙ

Львівський державний інститут фізичної культури

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це захворювання мозку в результаті ураження на ранніх етапах онтогенезу (пренатальний і ранній постнатальний період), яке виникає внаслідок впливу різних несприятливих ендо- і екзогенних факторів на організм плоду або дитини. Таке захворювання, насамперед, характеризується в грубому порушенні рухових функцій, яке може поєднуватися із порушеннями мислення, мови, слуху, зору.

Проблема відновлення порушених функцій у хворих з дитячим церебральним паралічем і на даний час не втрачає актуальності (1). Методи і засоби реабілітації хворих з наслідками ДЦП включають медикаментозну терапію, масаж у поєднанні з прийомами лікувальної фізкультури й ортопедо-хірургічного лікування і здебільшого не вирішують повністю завдань щодо відновлення та компенсації рухових порушень. Це потребує удосконалення методичних підходів до реабілітації хворих, більш ефективних форм корекції рухових порушень з даною патологією інвалідів.

Реальне управління фізичною реабілітацією можна здійснювати лише в тому випадку, коли буде єдиний критерій, що свідчить про ефективність цього процесу (2). Важливо також індивідуалізувати процес фізичної реабілітації залежно від стану різноманітних функцій організму підлітків.

Усі ці проблеми можливо вирішити, якщо в якості критерію толерантності до фізичних навантажень, можливості індивідуалізації та оцінки ефективності процесу фізичної реабілітації, використовувати єдиний показник – рівень соматичного здоров'я.

З цією метою методом випадкової вибірки було обстежено 16 підлітків хворих на ДЦП і проаналізовано показники їхнього фізичного стану (таблиця 1).

Характеризуючи фізичний стан обстежених, варто зауважити, що згідно з класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я артеріальний тиск (АТ) знаходиться в межах вікової норми: АТ_{сист} - 120 мм рт. ст., АТ_{діаст} - 80 мм рт. ст.

Вага тіла є також одним із провідних чинників, які характеризують гармонійний розвиток людини (3). За даними дослідження, у понад 60 % осіб відмічено знижений рівень ідеальної ваги тіла на 10-15 %.

Аналіз кореляційних взаємозв'язків показників фізичного стану обстежених засвідчив наявність невеликої кількості достовірних зв'язків ($r = 0,268 - 0,57$). Так, виявлено взаємозв'язок часу відновлення ЧСС після навантаження (30 присідань за 30 сек) з віком, АТ_{сист} та АТ_{діаст} і зростом. Вага тіла взаємозв'язана з зростом та розмірами обхвату грудної клітки. Виявлені взаємозв'язки слід враховувати при виборі програм з фізичної реабілітації.

Характеризуючи кількісні показники рівня здоров'я підлітків (табл. 2), варто зауважити, що їхній середній рівень кількісних показників стану здоров'я становить 25 %, а нижче середнього – 75 % (сума балів – 7,0 і 9,0).

При поширеному зниженні рівня здоров'я окремі особи в групі мають кількісні показники рівня здоров'я від 0 до 9 балів. Це свідчить про високий ступінь диференціювання відмінностей при використанні кількісної оцінки здоров'я порівняно з оцінкою фізичного стану. Підкреслимо, що навіть найкількісно виражений рівень здоров'я визначається різним співвідношенням показників, які входять до загальної оцінки рівня здоров'я і це враховувалось при побудові програми з фізичної реабілітації для підлітків за умов перманентного однакового рівня їхнього фізичного здоров'я.

Варто звернути увагу й на показник, що має прогностичну значущість в розмах (співвідношення максимальних та мінімальних значень) показників рівня здоров'я. Так, показники, пов'язані з оцінкою ваги тіла (індекс ваги тіла, співвідношення ЖСЛ і ваги тіла, динамометрії та ваги тіла) мають розмах у межах 0 – 3 балів. Це свідчить про певну стабільність цих показників і відсутність подовження терміну досягнення змін у рівні цих показників, пов'язаних з вагою тіла.

Межі показників рівня здоров'я, зорієнтованих на врахування ЧСС (індекс Робінсона, індекс Руф'є), є більш розширеними. Розмах значень за базисною оцінкою цих показників коливається в межах 6 балів (від 0 до 6), що дозволяє відбирати в якості критеріїв ефективності реабілітаційного курсу певні показники.

Таблиця 1

Показники фізичного стану підлітків 15-16 років (вихідні дані, n = 16)

П.І.Б.	Стать	ЖЄЛ (мл)	ЧСС (уд/хв)	АТ (мм рт ст)	Маса тіла (кг)	Довжина тіла (см)	Динамо- метрія кисті (кг)	P ₁ (ЧСС за 15с)	P ₂ (ЧСС за перші 15с після навант.)	P ₃ (ЧСС за останні 15с після навант.)
Г-ль Н.	Д	1200	78	110/70	41	150	8	19	22	18
М-ка О.	Д	2100	62	100/70	47	160	12	14	21	16
А-к В.	Х	2200	64	120/80	48	158	15	15	19	17
К-на Н.	Д	2200	78	100/60	49	155	13	17	24	19
О-к І.	Х	2100	67	110/80	59	168	15	16	23	21
Ш-ка Н.	Д	2500	78	100/60	48	157	11	18	24	20
Б-за Б.	Д	1500	58	110/80	65	162	13	13	19	16
Ш-к О.	Д	2200	66	110/70	52	161	16	17	23	20
П-на Н.	Д	2000	64	100/70	42	160	12	16	21	19
Т-н О.	Д	1700	62	110/80	52	158	12	15	24	22
З-на М.	Д	1500	60	120/80	49	158	10	14	27	20
К-к О.	Х	1400	66	110/70	64	173	15	16	24	20
О-ко П.	Х	2400	68	120/70	56	174	18	18	23	20
М-ко М.	Х	2600	76	100/60	58	171	20	19	25	20
П-ка Б.	Х	2800	70	110/70	64	173	14	17	24	19
Д-к А.	Х	2900	68	115/75	66	172	17	16	23	18

Таблиця 2

Кількісні показники рівня здоров'я підлітків 15-16 років з ДЦП (вихідні дані)

П.І.Б	Стать	ЖІ (бали)	Рівень	СІ (бали)	Рівень	ІР (бали)	Рівень	ІР-с (бали)	Рівень	Сума Балів	Рівень здоров'я
Г-ль Н.	Д6	29,2 (0)	н\с	19,5 (0)	н\с	20,9 (4)	в\с	2,8 (6)	с	10	с
М-ка О.	Д5	44,6 (1)	в	25,5 (0)	с	14,0 (4)	н\с	0,4 (6)	н\с	10	с
А-к В.	Х5	45,8 (1)	с	30,3 (0)	с	18,0 (4)	с	0,4 (6)	н\с	10	с
К-на Н.	Д5	44,8 (0)	с	26,5 (0)	с	17,0 (4)	с	4,0 (4)	с	8	н\с
О-к І.	Х5	35,5 (0)	с	25,4 (0)	с	17,6 (4)	с	4,0 (4)	с	8	с
Ш-ка Н.	Д5	52,0 (1)	с	22,9 (0)	с	18,0 (4)	с	4,8 (4)	с	9	с
Б-за Б.	Д5	23,0 (0)	н\с	20,0 (0)	н\с	14,3 (4)	н\с	-0,8 (6)	н\с	10	с
Ш-к О.	Д6	42,3 (0)	с	30,0 (0)	с	18,7 (4)	с	0,4 (6)	н	10	с
П-на Н.	Д6	47,6 (3)	с	28,5 (0)	с	16,0 (4)	с	2,4 (4)	с	9	с
Т-н О.	Д6	32,6 (0)	с	23,0 (0)	с	16,5 (4)	с	4,4 (4)	с	8	н\с
З-на М.	Д6	30,6 (0)	с	20,4 (0)	н\с	16,8 (4)	с	4,4 (4)	с	8	н\с
К-к О.	Х5	21,8 (0)	н\с	23,4 (0)	с	17,6 (4)	с	4,0 (4)	с	8	с
О-ко П.	Х6	42,8 (0)	с	32,1 (0)	с	21,6 (4)	с	4,4 (4)	с	8	с
М-ко М.	Х6	46,4 (0)	с	34,0 (0)	с	19,0 (4)	с	5,6 (0)	с	4	н\с
П-ка Б.	Х6	43,7 (0)	н\с	21,8 (0)	н\с	18,7 (4)	с	4,0 (4)	с	8	с
Д-к А.	Х6	43,9 (0)	н\с	25,7 (0)	с	18,4 (4)	с	2,8 (4)	н\с	8	с
М		42,1		43,6		18,3		3,4		7,7	
+S _m		+2,1		+1,0		+0,5		+0,5		0,4	
min		21,8		19,5		14,3		-0,8		4	
Max		52,0		34		21,6		6,4		10	

У дослідженнях не виявлено значних вікових змін за рівнем кількісних показників здоров'я. Втім, це не значить, що при розробці реабілітаційних програм вікові зміни не беруться до уваги.

Деяку зацікавленість викликає співвідношення виявленого кількісного рівня здоров'я та офіційного діагнозу обстежених. Логічно було би припустити, що підлітки з такою недугою повинні мати низький рівень здоров'я. Але результати визначення кількісних показників здоров'я не дають підстав для такої аналогії.

Окрім того, встановлений кількісний рівень низького рівня здоров'я (сума балів менше 8) вимагає більшої диференціації, оскільки в нашому дослідженні виявлені особи, в яких сума балів знаходиться в межах від 3-х до 4-х. Це дозволить більш вибірково ставитися до складання програм занять фізичної реабілітації.

Певну прогностичну зацікавленість викликає розгляд кореляційних взаємозв'язків кількісних показників рівня здоров'я. Треба відзначити високий ступінь взаємозв'язку між абсолютними величинами показників здоров'я та їх найбільшим виразом. Коефіцієнти кореляції становлять від $r = 0,668$ ("подвійний збіток") до $0,827$ ("силовий індекс" – відношення динамометрії кисті до ваги тіла). Це свідчить про адекватність вибраної бальної системи оцінки кількісних показників рівня здоров'я.

З огляду на це можна висловити припущення, що сума балів, за якою характеризується рівень соматичного здоров'я інваліда, може бути інформативним показником для проведення клініко-фізіологічних досліджень, що використовуються у практиці охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антасенко Г.М., Попова Л.В. *Медицинская валеология*. -К.: Здоровье, 1998.-248с.
2. Салогубов Е.Г. *Организация поэтапной системы восстановительного лечения детей с церебральным параличом: Автореф. Дисс...канд. мед. наук.* - Москва, 1992.-23с.
3. Семенова К.А., Махмудова Н.М. *Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом.* - Ташкент: Медицина. - 1979.-487с.
4. Гублер Е.В. *Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов.* - Ленинград: Медицина, 1978. -276 с.
5. Кондрашин Н.И., Витензон А.С., Журавлев А.И. *Клинико-физиологические обоснования и результаты лечения больных ДЦП // Ж.. Ортопедия и травматология.* - 1974.- №8.-30-36с.

THE QUANTITIES INDICES OF JUVENILES' HEALTH (AGE 14-15), THE LEVELS OF CORRELATIONS OF SEPARATE INDICES, WHICH CHARACTERIZE THE HEALTH LEVEL OF INVALIDS WITH CPS, WERE EXPERIMENTALLY DETERMINED.

OXANA GUZIY

Lviv State Institute of Physical Culture

The terminology of composing the physical rehabilitation programs was scientifically substantiated.