

Аналіз даних таблиці 1 показав, що 83 % хлопців і 60 % дівчат віднесені до груп підлітків з помірним або високим рівнем рухової активності в той час, коли на першому етапі педагогічного експерименту співвідношення загальної рухової активності у хлопців становило: низький рівень – 33,3 %, помірний – 49,8 %, високий – 16,6 %; у дівчат відповідно – 20, 60 і 20%.

Отже, отримані експериментальні дані свідчать про те, що наша методика корекції звичних вад підлітків з ДЦП є ефективною. Вона позитивно впливає на збільшення обсягу рухової активності, і може бути рекомендована для запровадження у практику спеціальних закладів, що займаються проблемами реабілітації даної категорії неповносправних осіб.

### Література

1. Збальмасова У.Ф. Детские церебральные параличи // Ортопедия и травматология детского возраста. – М.: Медицина, 1983. – С. 347-370.
2. Амосов М.М. Раздуми про здоров'я. – К.: Здоров'я, 1990. – 168 с.
3. Куц А.С. Организационно-методические основы физкультурно-оздоровительной работы со школьниками, проживающими в условиях повышенной радиоактивности: Автореф. ... дис. д-ра пед. наук: 24.00.02. – К., 1997. – 42 с.
4. Мерзлікіна О.А., Куц О.С. Методика використання засобів фізичного виховання в корекції рухової функції підлітків з церебральним паралічем. – Львів: 2002. – 88 с.
5. Сидорев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей. – М.: Медицина, 1991. – 272 с.

## DYNAMICS OF THE MOTOR ACTIVITY OF 15-16 AGED ADOLESCENTS WITH CEREBRAL PALSY.

Olga MERZLIKINA

Melitopol State Pedagogical University

The aim of the research was to investigate the dynamics of the motor activity of 15-16 aged adolescents with cerebral palsy. The program of motor function correction of CP adolescents aged 15-17 by physical education means has been worked out and experimentally proved.

## ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СКОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ З ПАРАПАРЕЗОМ І ГЕМІПАРЕТИЧНОЮ ФОРМОЮ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

Сергій АФАНАС'ЄВ

Дніпропетровський державний інститут фізичної культури і спорту

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) досить поширене захворювання, частота захворювання в різних країнах світу від 1,5 до 2,6 випадків на 1000 населення. На

Україні цей показник складає від 2,3 до 4,5 випадків у залежності від регіону і не має тенденції до зниження [1, 2]. Порушення рухових функцій призводить до змін з боку хребта, що з часом переходить у сколіоз різного ступеня важкості. Сколіози, що розвиваються в дітей, які страждають ДЦП, характеризуються поширеністю і прогресуючим перебігом [3, 4]. Вони знижують витривалість дитини до фізичного навантаження і працездатність, порушують функції серцево-судинної системи [5]. Однак питання, пов'язані з вивченням стану постави у дітей з ДЦП, залишаються далекими від свого остаточного вирішення.

Мета роботи - вивчення стану постави у дітей з парапарезом і геміпаретичною формою ДЦП.

Задачі дослідження: вивчення функціонального стану хребетного стовпа, в тому числі активної гнучкості і бічної рухливості, вивчення силової витривалості м'язів спини і черевного пресу у дітей з ДЦП.

Дослідження проводилися на базі Дніпропетровського будинку-інтернату для дітей з ДЦП. Під спостереженням знаходилося 40 дітей, серед них хлопчиків – 18, дівчаток – 22 у віці від 7 до 11 років. Для цього віку характерне прогресування деформації хребта при сколіозі [4], бо в ці роки діти починають відвідувати школу, а в положенні сидячи зростає статичне навантаження на хребет, що при зниженому функціональному стані м'язової системи в дітей з ДЦП веде до подальшої деформації хребетного стовпа.

Були використані наступні методи: спеціальні антропометричні виміри, як дозволяють зробити висновок про ступені порушень постави у фронтальній площині дослідження рухливості хребта, силової витривалості м'язів спини і черевного пресу [7]

Під час огляду і проведення спеціальних антропометричних вимірів у даного контингенту дітей були виявлені значні порушення постави у фронтальній площині більшість з яких не знайшла свого відображення в історіях хвороби.

Так, різниця у відстані від VII шийного хребця до кутів лопаток справа і зліва перевищувала 0,5 см і була відзначена в 32 (80%) дітей і склала в хлопчиків  $0,9 \pm 0,0$  см, у дівчаток –  $1,1 \pm 0,15$  см.

Різниця у відстані від яремної вирізки до передніх верхніх клубових кісток перевищує 0,5 см виявлена в 37 (92%) дітей і склала в хлопчиків  $1,0 \pm 0,2$  см, у дівчаток  $1,2 \pm 0,15$  см (табл. 1).

Таблиця 1

### Результати спеціальних антропометричних вимірів у дітей з ДЦП

Групи дітей	Кількість обстежених	Різниця у відстані від VII шийного хребця до кутів лопаток (см) $M \pm m$	Різниця у відстані від кутів лопаток по горизонталі до середньої лінії хребта (см) $M \pm m$	Різниця у відстані від яремної вирізки до передніх верхніх клубових кісток (см) $M \pm m$
Хлопчики	18	$0,9 \pm 0,05$	$1,0 \pm 0,2$	$1,0 \pm 0,2$
Дівчатка	22	$1,1 \pm 0,15$	$1,15 \pm 0,3$	$1,2 \pm 0,15$

Різниця в глибині трикутників талії була виявлена в 34 (85%) дітей і перевищувала 0,5 см і у середньому складала в хлопчиків -  $0,5 \pm 0,01$  см, у дівчаток -  $0,6 \pm 0,02$  см.

В зв'язку з цим всі обстежені діти були направлені на консультацію до ортопеда. Виявлявся у них сколіоз I - II ступеня в 100% випадків.

Силова витривалість м'язів у хлопчиків була вища, ніж у дівчаток (м'язів спини відповідно  $38,0 \pm 2,2$  с, проти  $25,0 \pm 1,8$  с; м'язів черевного пресу  $24,0 \pm 1,7$  с, проти  $15,0 \pm 2,1$  с) (табл. 2), однак вона істотно відрізнялася від показників здорових дітей, описаних в літературних джерелах [7].

Таблиця 2.

### Виявляльна характеристика силової витривалості м'язів спини і черевного пресу у дітей, які страждають ДЦП

Група дітей	Кількість обстежених	СВМ спини	СВМ черевного пресу
		(с) M + m	(с) M + m
Хлопчики	18	$38,0 \pm 2,2$	$24,0 \pm 1,7$
Дівчатка	22	$25,0 \pm 1,8$	$15,0 \pm 2,1$

Під час вимірів загальної активної гнучкості хребта ніхто з дітей не досягав нормальних площі опори, тобто результати були зі знаком (-). В хлопчиків гнучкість становила  $-10 \pm 1,3$  см, а в дівчаток була  $-14 \pm 1,4$  см.

Бокова рухливість вправо і вліво в хлопчиків і дівчаток практично не відрізнялася від одної, однак у обстежених дітей-інвалідів, вона була значно нижче, ніж у здорових дітей.

### ВИСНОВКИ

1. При ДЦП спостерігаються значні порушення постави, особливо в фронтальній площині, на які, у більшості випадків, не звертають належної уваги і не реєструють в історіях хвороби.
2. У дітей, які страждають парапарезом і геміпаретичною формою церебрального паралічу в 100% випадків виявлено сколіоз I і II ступеня.
3. При даних формах ДЦП знижена загальна активна гнучкість і бокова рухливість хребта.
4. У дітей з ДЦП значно ослаблений м'язовий корсет, про що свідчать результати обстеження сили м'язів спини і черевного пресу.
5. При ДЦП план реабілітаційних заходів необхідно будувати з врахуванням стану постави.

### Література:

- Васильченко Г.І. Церебральні паралічі / В.І.Козьявкін, І.О.Бабадагли, С.К.Ткаченко, О.О.Качмар. - Львів: Медицина світу, 1999. - 312 с.
- Васильченко К.А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией детского церебрального паралича. Антидор. - М.: 1999., 383 с.
- Васильченко И.Д. Лечебная физическая культура у детей при дефектах осанки, сколиозах и плоскостопии. - Л., 1982.
- Васильченко Г.И., Лобенко А.А. Реабилитация детей с поражениями опорно-двигательного аппарата в санаторно-курортных условиях. - М.: Медицина, 1989. - 272 с.
- Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: Руководство для врачей / Под ред. А.Ф.Каптелина, И.П.Лебедевой. М., 1995, С. 125.
- Лобенко Д. Реабилитация детей-инвалидов. М., 1995.

7. Потанчук А.А., Дидур М.Д. Осанка и физическое развитие детей. Программы диагностики и коррекции нарушений.—СПб.:Речь,2001. — 166 с.

---

## THE PECULIARITIES OF -SUPPORTING - MOVABLE APPARATUS FUNCTIONAL STATE IN THE CHILDREN SUFFERING FROM PARAPAREUSIS AND HEMIPARETHIC FORM OF CEREBRAL PARALYSIS

Sergei AFANASYEV

*Dnepropetrovsk State Institute of Physical Culture and Sport.*

In this article the author has presented the results of examination of 40 children from 7 to 11 years old who suffer from parapareusis and hemiparetic form of hemiparetic, the state of their carriage, functional condition of vertebral column, force endurance of back muscles and abdominal prelum.

Received data witness that this contingent of children has serious breaches of carriage in the frontal plane.

---

## ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ 9-11 РОКІВ, ХВОРИХ НА ІДІОПАТИЧНИЙ СКОЛІОЗ

Ганна ТАМОЖАНСЬКА

*Харківська державна академія фізичної культури*

У сучасному представленні багатьох дослідників, сколіоз розглядається як поліетіологічна хвороба, причиною якої за даними різних авторів, можуть бути зміни з боку кісткової, так і з боку нервово-м'язової системи, обумовлені обмінно-гормональними і статодинамічними порушеннями. У ряді випадків, причини сколіотичної хвороби досить ясні: вроджені сколіози, паралітичні, рубцеві й ін. Поряд з цим є хворі, що страждають на сколіозом неясної етіології, так називаним "ідіопатичним сколіозом" [4,6]. В деяких з ряду авторів, базуючись на даних неврологічних досліджень, вважають, що більша частина ідіопатичних сколіозів може бути віднесена до диспластичних [1,2]. Велике число робіт, які присвячено вивченню ідіопатичного сколіозу, значно розширили уявлення про дану захворювання. Але ще багато питань цієї патології залишаються нез'ясованими.

З питань лікувальної фізичної культури при сколіозах мається велика література, що стосується до застосування фізичних вправ, головним чином, у системі консервативного лікування хворих. Всіма авторами відзначається важливість застосування лікувальної фізичної культури на різних етапах розвитку сколіотичної хвороби. Основною спрямованістю використання фізичних вправ при консервативному лікуванні є загальний оздоровчий вплив і рішення ряду спеціальних задач, як поліпшен