

глядаються як захворювання, однак вони негативно впливають на організм дитини, створюючи несприятливі умови для функціонування внутрішніх органів, а отже, й сприяючи виникненню різних патологічних станів організму.

Профілактика дефектів постави базується на двох головних завданнях: організації умов зовнішнього середовища і покращенню фізичного розвитку дитини через широке використання фізичних вправ (О.Д.Дубогай, 1985; Л.М.Волгіна, 1990). Саме це визначає актуальність даної роботи.

Проблема полягає в теоретичному обґрунтуванні методичних підходів до визначення параметрів конкретних занять фізичними вправами з дітьми, які мають порушення постави, для дослідження корекції цих порушень і оздоровчого ефекту із врахуванням рівня фізичного стану кожної дитини.

На основі вивчення характеру взаємозв'язку порушень постави з показниками морфо-функціонального статусу, фізичної підготовленості, працездатності, захворюваності і за допомогою сучасних методів статистичної обробки й аналізу отриманих результатів запропонована розробка системи оцінок рівня фізичного розвитку і фізичної підготовленості учнів молодших класів, а також, з метою корекції порушень постави розробляються методичні рекомендації по регламентації спрямованості занять, обсягу та інтенсивності навантажень на заняттях.

ШЛЯХИ НОРМАЛІЗАЦІЇ ФІЗИЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННІ НА ДИСКІНЕЗІЮ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ

АБАБНЕХ МУХАМЕД

Український державний університет фізичного виховання і спорту

При лікуванні та реабілітації дітей, хворих на дискінезію жовчевідних шляхів одночасно з медикаментозними засобами лікування, застосовується лікувальна фізкультура. Процеси відновлення функціонального стану окремих органів і систем проходять із запізненням порівняно з клінічними показниками хвороби. В свою чергу, понижений фізичний стан, який виникає під час захворювання, може призвести до загострення її, чи переходу хвороби в хронічний процес. Застосування в системі реабілітації фізичних вправ нормалізує клінічний стан дитини, піднімає загальну працездатність, допомагає її розвитку. Але фізичні тренування можуть бути ефективними лише тоді, коли вони адекватні фізичним можливостям хворих. На сучасному етапі для їх визначення використовуються показники загальної працездат

ності, в першу чергу максимальне споживання кисню. Воно особливо доцільне при дискінезії жовчних шляхів, в патогенезі якої в першу чергу мають місце функціональні зміни.

Нами проведено дослідження загальної працездатності по величинам максимального споживання кисню методом велоергометрії із застосуванням формули Ван-Добельна в модифікації для дитячого організму, розробленої інститутом педіатрії, акушерства та гінекології АН України (Бабко С.О., Макеєв С.М., 1983, 1986).

Як видно з табл. 1, максимальне споживання кисню збільшується з віком, але у дітей, хворих на дискінезію жовчних шляхів, воно збільшується менше, ніж у здорових ($r < 0,05$).

Таблиця 1

Максимальне споживання кисню /% до норми/ у дітей з дискінезією жовчних шляхів

Вік, роки	Кількість		Групи								
	гіперкінет.	гіпокінет.	гіперкінетична				гіпокінетична				
			до лікування		після лікув.		до лікування		після лікув.		
			М	± м	М	± м	М	± м	М	± м	
7-9	12	12	хл.	83	2,9	96	3,6	61	3,1	75	0,9
			д.	72	3,1	94	2,3	67	2,8	74	1,2
10-12	16	10	хл.	66	1,8	85	3,1	63	2,9	67	1,9
			д.	77	2,2	92	4,1	79	3,1	70	2,1
13-15	25	10	хл.	68	1,6	64	0,8	63	1,9	64	0,6
			д.	81	2,3	73	2,1	88	2,3	73	2,1

Найбільше знижена загальна працездатність була при дискінезії по гіпокінетичному типу, тому в комплексі лікувальних заходів при цій формі дискінезії потужність навантаження мусить бути зменшена порівнюючи з дискінезіями по гіперкінетичному типу.

Питання про причини зниження максимального споживання кисню при дискінезіях жовчних шляхів є ще не вирішеним, є підстави стверджувати, що має значення загальна інтоксикація при запаленні жовчних шляхів. Не можна відкинути функціональні порушення в діяльності киснево-провідної системи, про що свідчать невідповідність функціональних змін фізичному розвитку дітей. Треба взяти до уваги, що саме по собі зниження фізичної працездатності є вкладом в розвиток

паталогічного процесу, що в свою чергу може викликати вегетативну дисфункцію, яка посилює дискінезію жовчних шляхів.

Виходячи з приведених досліджень, для встановлення режимів фізичної активності дітей з дискінезіями жовчних шляхів можна розділити по стану працездатності на 3 групи:

перша група - з помірно зниженим максимальним споживанням кисню 25-30 мл./хв.кг.;

друга група - із задовільними величинами максимального споживання кисню 31- 40 мл./хв.кг.;

третья група - з високим споживанням кисню -40 і більше мл./хв.кг.

Відносно до згаданих величин рухомі режими встановлювати: ошадливий, ошадливо-тренувальний та тренувальний.

Дітей із значним зниженням максимального споживання кисню (нижче 25 мл./хв.кг.) виявлено не було.

В умовах поліклініки дітей з дискінезією жовчних шляхів можна розділити на 2 групи. В першу чергу мають увійти діти з гіпокінетичним типом дискінезії, у яких найбільш часто максимальне споживання кисню було на рівні 35-25 мл./хв.кг., а також діти з низькими антропометричними величинами (нижче нормативних). Для цієї групи режим має бути ошадливий з переходом в ошадливо-тренувальний.

До другої групи належать діти з гіперкінетичним типом дискінезії і нормальними антропометричними показниками. Рухомий режим ошадливо-тренувальний з переходом в тренувальний. Така побудова навантажень при заняттях лікувальною фізкультурою себе повністю виправдовує. Проведений комплекс лікування протягом трьох тижнів дозволив більшості дітей підняти загальну працездатність на 15-25% на фоні клінічного видужання та значного зменшення місцевої симптоматики.

Література: С.О.Бабко, С.М.Макеєв. Автоматизація дослідження функціонального стану кардіораспіраторної системи людини. Кібернетика та обчислювальна техніка. Київ, 1983, вип. 59, стр. 27-30.

С.О.Бабко. Діагностика порушень функціонального стану кардіораспіраторної системи та огрунтування рухомих режимів дітей з захворюванням органів травлення. М. Педіатрія. 1986, стр. 58-61.

ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ВЕСТИБУЛЯРНОЇ СЕНСОРНОЇ СИСТЕМИ У ГЛУХИХ ДІТЕЙ 6-10 РОКІВ

ГРИБОВСЬКА ІРИНА

Львівський державний інститут фізичної культури

Сурдопедагогіка вважає глуху дитину повноцінною особистістю. Однак глухота є тяжким фізичним недоліком і супроводжується цілою