

2. Лучинський М.А., Лісецька І.С. Стоматологічне здоров'я дітей м. Івано-Франківськ // Науковий вісник Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. «Стоматологічне здоров'я – дітям України» 28-29 вересня 2007. – С. 140.
3. Парпалей Е. А., Бойченко Т. Е., Удовичка Е. В., Спиридонова Т. Н. Оценка уровня стоматологического здоровья детей и подростков // Современная стоматология. -2000. -№3.- С. 49-51.
4. Попович З.Б. Екологічні чинники стоматологічної захворюваності дітей Прикарпаття //Науковий вісник Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. «Стоматологічне здоров'я – дітям України» 28-29 вересня 2007. – С. 109-110.
5. Савичук Н.О., Парпалей К.А., Комиссар О.І., Поночова Т.С. Стоматологічна диспансеризація дітей раннього та дошкільного віку – шлях до якісного стоматологічного здоров'я. //Науковий вісник Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. «Стоматологічне здоров'я – дітям України» 28-29 вересня 2007. – С.183-188.
6. Смоляр Н.І., Дубецька І.С. Профілактика карієсу молочних зубів дітей дошкільного віку. //Науковий вісник Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. «Стоматологічне здоров'я – дітям України» 28-29 вересня 2007. – С.203-206.
7. Хоружа Р.Ю., Комаревська О.В., Хоружий М.Є., Зерова А.О. Епідеміологічне дослідження стоматологічної захворюваності у Донецькому регіоні / Матеріали I (VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України. – К., 1999. – С.53.
8. Челяпін О.О., Кудря В.Ф. Стан шляхів стоматологічної допомоги в сучасних умовах //Матеріали I (VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України.- Київ, 1999. – С. 56-57.
9. Статистично-аналітичні довідники „Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні” за 2001-2007 роки. – Центр медичної статистики МОЗ України.

SUMMARY

SOCIAL-HYGIENICAL ASPECTS OF STOMATOLOGICAL HELP TO CHILD'S POPULATION OF UKRAINE Golubchikov M.V., Malar R.V., Kanura A.A.

The social hygienical aspects of analysis of stomatology help to child's population of Ukraine, which allowed to give comparative description of organization of stomatology help to the children in the regions of Ukraine in a dynamics are resulted in the article

Key words: stomatology help, child's population

УДК: 796.2: 796.012.1 + 616.1: 376.33

ВПЛИВ РУХЛИВИХ ІГОР НА ФІЗИЧНУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ГЛУХИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Гурінович Х.Є., Гузій О.В., Трач В.М., Свистун Ю.Д.

Львівський державний університет фізичної культури, кафедра біохімії та гігієни, м. Львів

РЕЗЮМЕ: покращення показників фізичної працездатності, показників електрокардіографії свідчать про позитивний вплив рухливих ігор на функціональний стан організму глухих дітей молодшого віку

Ключові слова: глухі діти, фізична працездатність, серцево-судинна система, рухливі ігри

Вступ. Проблеми дитинства в Україні посідають чільне місце серед основних державних завдань сьогодення. Особливо гостро це питання постає для глухих дітей, оскільки приблизно одна дитина на тисячу народжується глухою. Вроджений характер порушення слуху зафіксовано у 25% глухих дітей [1]. Відомо, що будь-яка патологія безпосередньо позначається на руховій функції. Малорухливість спричинює гіпокінезію, яка викликає цілу низку негативних наслідків: зниження функціональних можливостей організму та працездатності, порушення соціальних зв'язків та умов самореалізації, втрату економічної та побутової незалежності. Все це в свою чергу викликає стійкий емоційний стрес, створюючи комплекс неповноцінності. Окрім того, змінюються біохімічні показники, виникають нервові розлади, зниження адаптаційно-компенсаторних можливостей організму, проявляються зміни і в роботі кардіореспіраторної системи, порушується режим діяльності внутрішніх органів [1, 2, 3, 6, 7].

Одним із важливих напрямків оздоровчої роботи є профілактика порушень у фізичному та функціональному розвитку дитини. Це можливо при ранній діагностиці, логопедичному обстеженні дітей групи ризику, використанні різних засобів виховання, вагоме місце серед яких належить фізичному вихованню. Вплив засобів фізичного виховання на стан організму дітей вивчали багато дослідників: Л.В. Волков, 2002; А.В. Цьось, 2002; Е.С. Вільчковський, 2004; Б.М. Шиян, 2005 та ін. Науковцями обґрунтовано застосування різних засобів фізичного виховання для дітей із відхиленнями у розвитку: комплексів вправ для покращення вестибулярної функції – І.Б. Грибовська, 1998; засобів гімнастики, лижної підготовки, плавання, баскетболу – А.Г. Карабанов, 2000; музично-ритмічних занять – І.М. Ляхова, 2002; спортивних єдиноборств – А.В. Мут'єв, 2003; українських народних, рухливих та спортивних ігор – Л.О. Чеханюк, 1993; Н.Г. Байкіна, Я.В. Крет, 2002; М.С. Ковінько, О.С. Куц, 2002; О.М. Лесько, 2004;

засобів дефектології – Л.С. Виготський, 1990; Н.Ф. Засенко, 1990; Т.А. Власова, 1993.

Проте вчені лише побіжно згадують про зміни у системах організму глухих дітей, недостатньо висвітлюють зміни під впливом засобів фізичного виховання.

Тому доцільно було дослідити стан серцево-судинної системи, фізичну працездатність глухих дітей молодшого шкільного віку та на цій основі підібрати найоптимальніші засоби для їх корекції у процесі фізичного виховання.

Мета дослідження: дослідити вплив рухливих ігор на фізичну працездатність та функціональний стан серцево-судинної системи глухих дітей молодшого шкільного віку.

Матеріали та методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури, функціональна проба PWC_{150} , електрокардіографія, ехокардіографія, методи математичної статистики. Дослідження проводилося на базі Львівської спеціальної школи-інтернату №101, спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату м. Жовква, в науковій лабораторії кафедри біохімії та гігієни Львівського державного університету фізичної культури. Наукові дослідження виконувалися відповідно до теми: 2.2.3 "Психофізична реабілітація неповносправних дітей засобами фізичного виховання" Зведеного плану науково-дослідної роботи у сфері фізичної культури і спорту на 2001-2005 роки Державного комітету молодіжної політики, спорту і туризму України. В обстеженні брали участь 72 глухих дитини 6-10 років. Окрім цього, для порівняння, було залучено 28 здорових дітей віком 6-10 років загальноосвітньої школи № 55 м. Львів.

Результати досліджень та їх обговорення. Не виявлено достовірної відмінності між досліджуваними показниками глухих дітей Львівської та Жовківської спеціальних шкіл-інтернатів. Це дозволило об'єднати та розглядати разом результати досліджень, проведених у різних школах.

Було встановлено зниження фізичної працездатності у глухих дітей обох вікових груп порівняно

з їхніми здоровими однолітками: у глухих дівчаток 6-7 років фізична працездатність дорівнює $295,97 \pm 4,26$ кгм/хв ($p < 0,05$), а у здорових – $310,37 \pm 2,69$ кгм/хв ($p < 0,05$), у глухих хлопчиків фізична працездатність становить $306,92 \pm 1,28$ кгм/хв, а у здорових – $315,07 \pm 1,39$ кгм/хв ($p < 0,05$) (рис.1-А).

Така ж ситуація є і серед дітей 8-10 років: результати обстеження фізичної працездатності глухих дітей достовірно відрізняються від результатів обстеження фізичної працездатності здорових ($p < 0,05$) (рис.1-Б). При аналізі показника фізичної працездатності необхідно враховувати перерахунок на кг маси тіла [5].

Аналізуючи електрокардіограми (табл. 1) здорових дітей, ми не виявили відмінностей для дітей цього віку. У глухих дітей функція автоматизму не порушена, про що свідчить правильний синусовий ритм у всіх обстежуваних. Амплітуда зубців Р, Q та R у глухих дітей є дещо нижчою, ніж у здорових. Це свідчить про зниження загального вольтажу на електрокардіограмі. Виявлено патологічні зміни зубців Р, Q, R та S – зазубреність, загострення вершини зубців, двогорбі зубці – у глухих дітей. Зміни зубця Т та тривалості інтервалу S-T свідчать про можливі порушення обмінних та відновних процесів у міокарді шлуночків у глухих дітей. Аналіз комплексу QRS глухих дітей дозволяє говорити про тенденцію до сповільнення у них внутрішньошлуночкової провідності. У глухих дітей у різних вікових групах спостерігаємо тенденцію до подовження електричної систоли, яку можна пояснити як ознакою синдрому Джеверла-Ланге-Нільсена, так і порушенням процесів реполяризації в міокарді шлуночків. Нами встановлено, що у глухих дітей більше, ніж на 5% була збільшена величина систолічного показника, що дозволяє говорити про порушення скоротливої здатності міокарда. Спостерігається дихальна аритмія внаслідок посилення впливу центрів вагусної іннервації [2].

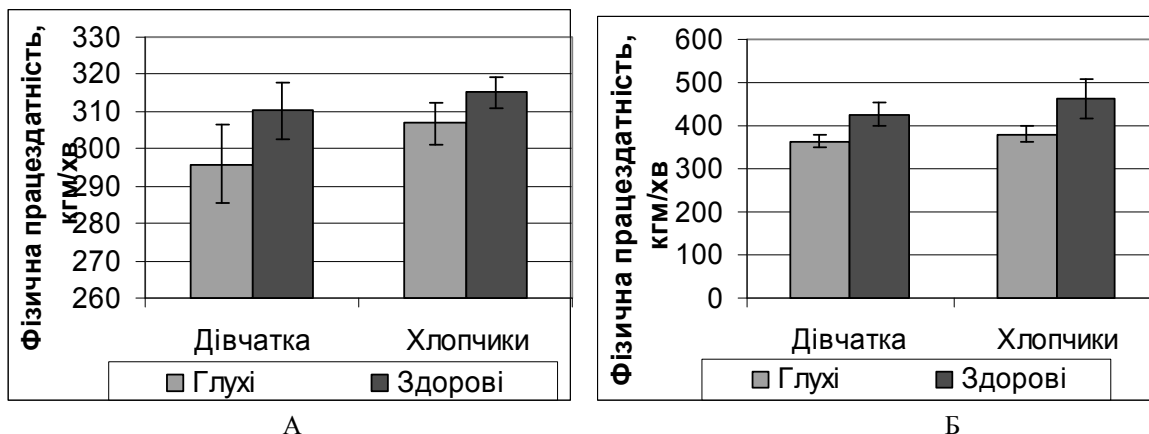


Рис. 1. Показники фізичної працездатності дітей 6-7 (А) та 8-10 років (Б) за результатами констатуючого експерименту

Аналізуючи ехокардіограми здорових та глухих дітей, можна зробити висновок, що їхні результати достовірно не відрізняються між собою ($p > 0,05$). Лише супутні патології глухих дітей, такі як часті ангіни, ревмокардити, є причиною прола-

псу мітрального клапана, оскільки вони пошкоджують структуру серцевого м'яза. Необхідно продовжувати спостереження за такими дітьми, щоб не допустити серйозніших змін у серці.

Таблиця 1

Показники електрокардіограми дітей у стані спокою за результатами другого стандартного відведення (результати констатуючого експерименту)

Показники електрокардіограми	Діти 6-7 років		Діти 8-10 років	
	здорові (n=16)	глухі (n=32)	здорові (n=12)	глухі (n=40)
P, мм	1,41±0,14	1,27±0,08	1,25±0,17	1,21±0,07
Q, мм	1,06±0,17	0,81±0,06	1,04±0,28	0,91±0,07
R, мм	12,50±1,07	12,41±0,85	13,67±1,64	12,03±0,73
S, мм	3,00±0,55	1,61±0,20	2,08±0,35	1,37±0,15
T, мм	2,81±0,36	3,16±0,20	3,25±0,28	3,08±0,20
P-Q, с	0,14±0,01	0,14±0,004	0,14±0,01	0,14±0,003
QRS, с	0,07±0,003	0,05±0,002	0,07±0,01	0,05±0,002
S-T, с	0,12±0,01	0,11±0,004	0,14±0,01	0,12±0,01
Q-T, с	0,31±0,01	0,34±0,01	0,34±0,003	0,37±0,01
СП, %	50,78±1,75	55,27±1,10	44,15±0,80	47,42±1,27
R-R, с	0,63±0,01	0,69±0,02	0,78±0,01	0,71±0,03

Враховуючи отримані початкові дані, ми зробили спеціальну програму використання рухливих ігор для корекції фізичного стану глухих дітей молодшого шкільного віку [3]. Основними її завданнями є наступні: 1) сприяти покращенню вестибулярних функцій; 2) сприяти розвитку та покращенню пам'яті, уваги; 3) сприяти покращенню орієнтації дитини в просторі; 4) сприяти покращенню швидкості рухової реакції; 5) запобігати порушенням постави і плоскостопості; 6) сприяти збільшенню загальної рухової активності; 7) сприяти зміцненню та покращенню здоров'я; 8) покращити функціональні можливості систем організму; 9) виховати потребу в систематичних заняттях фізичною культурою; 10) формувати життєво важливі вміння та навички; 11) виховувати моральні цінності; 12) сприяти підготовці та прискоренню інтеграції глухих дітей у суспільство.

Усі ігри (96) ми розподілили за складністю та рівнем сприйняття, інтенсивністю навантаження, характером впливу на організм – ігри корекційного (кількість – 64) та загальнорозвивального впливу (кількість – 32). В основу поділу ігор за інтенсивністю ми поклали показник частоти серцевих скорочень: ігри низької інтенсивності – частота серцевих скорочень не перевищує 120 уд/хв; ігри середньої інтенсивності – частота серцевих скорочень коливається від 120 до 140 уд/хв; ігри високої інтенсивності – частота серцевих скорочень не перевищує 150 уд/хв. Також використано фізкультурні паузи, фізкультурні хвилинки, комплекси спеціальних вправ для профілактики та зменшення

порушень постави і плоскостопості. Запропонована нами добірка рухливих ігор була спрямована на збільшення рухової активності глухих дітей [4]. Рухливі ігри використовувалися на уроках фізичної культури, великих перервах, під час прогулянок, на заняттях лікувальною фізкультурою, під час ранкової гімнастики та в позаурочний час.

Глухі діти були розподілені на дві групи: група А – діти, які займалися за програмою загальноосвітньої школи, група Б – діти, що займалися за авторською програмою. Повторне дослідження наприкінці педагогічного експерименту засвідчило значні позитивні зміни за досліджуваними показниками глухих дітей молодшого шкільного віку.

У результаті використання авторської програми у дівчаток 6-7 років групи А фізична працездатність мала тенденцію до збільшення на 2,39 кгм/хв ($p > 0,05$), що відповідає 0,81%, у групі Б – на 21,17 кгм/хв ($p < 0,05$), що становить 7,15%. У хлопчиків цього ж віку групи А спостерігається така ж тенденція: зростання фізичної працездатності на 2,76 кгм/хв ($p > 0,05$), що відповідає 0,9%, а групи Б – на 12,36 кгм/хв ($p < 0,05$), що становить 4,03 % (рис. 2-А).

Серед глухих дівчаток 8-10 років групи А зростання фізичної працездатності зафіксовано на 3,18 кгм/хв ($p > 0,05$), що відповідає 0,87%, а групи Б – на 17,93 кгм/хв ($p < 0,05$), що становить 4,93%. У хлопчиків групи А фізична працездатність зросла на 1,85 кгм/хв ($p > 0,05$), що відповідає 0,49%, групи Б – на 33,58 кгм/хв ($p < 0,05$), що становить 8,83% (рис. 2-Б).

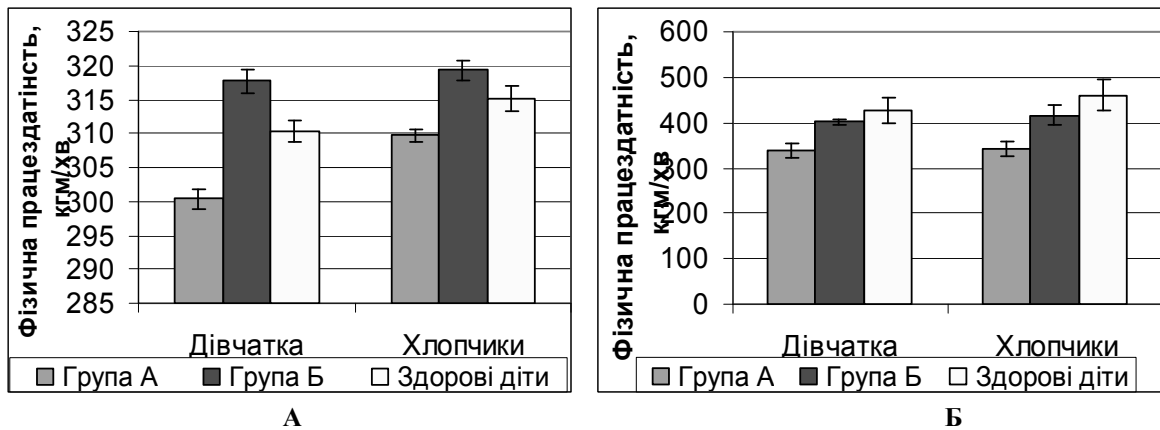


Рис. 2. Показники фізичної працездатності дітей 6-7 (А) та 8-10 (Б) років після використання авторської програми

У віці 6-7 років фізична працездатність дітей групи Б достовірно відрізняється від результатів дітей групи А та здорових дітей. У 8-10-річних глухих дітей, окрім достовірних відмінностей між групами А та Б, виявлено і відмінності порівняно зі здоровими дітьми. Отже, фізична працездатність глухих дітей із віком зростає, проте не досягає рівня їхніх здорових однолітків.

Аналіз електрокардіограм (табл. 2) дозволяє зробити такий висновок: тривалість комплексу QRS вказує на сповільнення внутрішньошлуночкової провідності у глухих дітей. Тривалість інтервалу S-T свідчить про покращення обмінних та відновних процесів у міокарді шлуночків серед глухих дітей, які займалися за авторською програмою.

Таблиця 2

Показники електрокардіограми дітей у стані спокою за результатами другого стандартного відведення після використання авторської програми

Показники електрокардіограми	Діти 6-7 років			Діти 8-10 років		
	здорові діти (n=16)	група А (n=15)	група Б (n=17)	здорові діти (n=12)	група А (n=20)	група Б (n=20)
P, мм	1,41±0,14	1,60±0,19	1,15±0,10	1,25±0,17	1,45±0,21	1,18±0,12
Q, мм	1,06±0,17	1,13±0,24	1,03±0,23	1,04±0,28	0,90±0,13	1,13±0,17
R, мм	12,50±1,07	12,87±1,02	12,00±1,13	13,67±1,64	12,70±1,14	13,85±0,98
S, мм	3,00±0,55	1,47±0,27	2,41±0,41	2,08±0,35	2,23±0,33	1,88±0,29
T, мм	2,81±0,36	2,77±0,34	2,71±0,33	3,25±0,28	3,75±0,38	2,80±0,23
P-Q, с	0,14±0,01	0,13±0,01	0,13±0,01	0,14±0,01	0,14±0,004	0,12±0,004
QRS, с	0,07±0,003	0,07±0,003	0,07±0,002	0,07±0,01	0,07±0,002	0,07±0,002
S-T, с	0,12±0,01	0,13±0,01	0,12±0,01	0,14±0,01	0,13±0,004	0,13±0,004
Q-T, с	0,31±0,01	0,35±0,01	0,31±0,002	0,34±0,003	0,36±0,004	0,33±0,004
СП, %	50,78±1,75	53,83±1,42	47,05±1,34	44,15±0,8	48,33±1,25	42,88±0,89
R-R, с	0,63±0,01	0,65±0,03	0,68±0,02	0,78±0,01	0,76±0,02	0,78±0,02

Скорочення тривалості електричної систоли підтверджує думку кардіологів про можливе її зменшення під впливом регулярних занять фізичними вправами та свідчить про покращення процесів реполяризації в міокарді шлуночків у глухих дітей, які займалися рухливими іграми. Зниження величини систолічного показника у таких дітей вказує на зменшення порушень скоротливої здатності міокарда. Рідша частота появи дихальної аритмії та її коливань у глухих дітей вказує на зменшення впливу блукаючого нерва, що позитивно відображається на загальному стані серцево-судинної системи глухих дітей. Достовірних змін показників ехокардіографії у глухих дітей, які за-

ймалися рухливими іграми, не виявлено, ймовірно, глухота не впливає на роботу клапанного апарату серця.

Висновки. Аналіз науково-методичної літератури показав, що проблема глухоти серед дітей залишається актуальною в наш час. Фахівцями розробляються різні шляхи для покращення функціонального стану систем організму глухих дітей. Серед них вагоме значення посідають засоби фізичного виховання.

Встановлено, що стан серцево-судинної системи глухих дітей за даними електрокардіографії характеризується порушенням обмінних та відновних процесів у міокарді шлуночків серця; спові-

льненням внутрішньошлуночкової провідності; подовженням електричної систоли, порушенням процесів реполяризації в міокарді шлуночків; порушенням скоротливої здатності міокарда. За даними ехокардіографії достовірних відмінностей у глухих та здорових дітей не виявлено, ймовірно, глухота не впливає на морфо-функціональні показники роботи серця. Показники фізичної працездатності глухих дітей 6-7 та 8-10 років при величині пульсу 150 ударів за хвилину були меншими, ніж у здорових однолітків.

Розроблено авторську програму корекції фізичного стану глухих дітей молодшого шкільного віку засобами фізичного виховання, застосування якої дало змогу покращити фізичну працездатність

у глухих дівчаток 6-7 років на 21,17 кгм/хв ($p < 0,05$), у глухих хлопчиків – на 12,36 кгм/хв ($p < 0,05$). Серед глухих дітей 8-10 років фізична працездатність збільшилася відповідно на 7,93 кгм/хв ($p < 0,05$) та 33,58 кгм/хв ($p < 0,05$). Фізична працездатність глухих дітей 6-7 років досягає рівня здорових, а у віці 8-10 років лише наближається до них. Виявлено достовірне покращення скоротливої здатності та реполяризації, обмінних і відновних процесів у міокарді шлуночків у глухих дітей.

Подальші дослідження передбачається провести у напрямку вивчення впливу запропонованої програми рухливих ігор на функціональний стан інших систем організму.

ЛІТЕРАТУРА

1. Байкіна Н.Г., Крет Я.В. Основы инвалидного спорта: Учеб. пос. для студ. ф-та физ. воспитания, учителей-дефектологов и тренеров по инвалидному спорту. – Запорожье, 2002. – 58 с.
2. Гуринович Х.С., Гузій О.В. Стан серцево-судинної системи у глухих дітей молодшого шкільного віку за показниками електрокардіографії // Спортивний вісник Придніпров'я: Наук.-теорет. журнал Дніпропетровського державного інституту фізичної культури і спорту. – Дніпропетровськ, 2004. – № 6. – С. 124-127.
3. Гуринович Х.С., Гузій О.В. Особливості показників ехокардіографії у глухих дітей молодшого шкільного віку // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: Зб. наук. пр. за ред. Єрмакова С.С. – Харків: ХДАДМ (ХХП), 2004. – № 11. – С. 8-12.
4. Гуринович Х.С., Трач В.М. Методика використання засобів фізичного виховання для корекції рухової функції глухих дітей молодшого шкільного віку: Навч. посіб. — Л.: ДП Схід Сонця, 2005. – 105 с.
5. Детская спортивная медицина: Руководство для врачей. Изд. 2-е / Под. ред. С.Б. Тихвинского, С.В. Хрущева. – М.: Медицина, 1991. – 558 с.
6. Чудная Р. Адаптивное физическое воспитание: Монография. – К.: Наукова думка, 2000. – 358 с.
7. Curtiss S., Prutting C., & Lowell E. Pragmatic and semantic development in young children with impaired hearing // Journal of Speech and Hearing Research. – 1997. – Vol. 22. – P. 534-552.
8. Fallen N.H., Umansky W. Young children with special needs. New York: Macmillan, 1998. – 200 p.

SUMMARY

THE INFLUENCE OF PLAY GAMES UPON THE PHYSICAL CAPACITY AND FUNCTIONAL STATE OF CARDIO-VASCULAR SYSTEM OF THE JUNIOR DEAF CHILDREN'S ORGANISM

Gurinovych H., Guzij O., Trach V., Svystun Y.

The improving of physical capacity indicators, indices of electrocardiography testify about positive influence of play games upon the functional state of the junior deaf children's organism.

Key words: deaf children, physical capacity, cardio-vascular system, play games

УДК 372.461+616.31:614.2

ПРИНЦИПИ ПЕДАГОГІЧНОГО ОЦІНЮВАННЯ ЗНАТЬ СТУДЕНТІВ ЗГІДНО З ПОЛОЖЕННЯМИ БОЛОНСЬКОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ

Локота Є.Ю., Бульбук О.І., Кошкін О.Є., Кучірка Я.М.

Ужгородський національний університет, кафедра хірургічної стоматології, м.Ужгород, Івано-Франківський державний медичний університет, м.Івано-Франківськ

РЕЗЮМЕ: в статті обговорюються питання пов'язані з оцінюванням студентів стоматологічного факультету та способи досягнення викладачами рівня справедливого оцінювання. Автори висвітлюють актуальність впровадження тестових завдань у систему ліцензійного підсумкового контролю студентів. Викладено принципи створення та аналізу тестових завдань на кафедрі ортопедичної стоматології.

Ключові слова: студент, оцінювання, тестове завдання

Європейські інтеграційні процеси відчутно впливають на всі сфери життя України, зокрема на реформування системи вищої освіти. Країни Європи визнали за необхідність порівняти та зробити сумісними системи освіти різних країн континенту. Ця необхідність була озвучена в принципах

Болонської декларації (1999). Діяльність Болонського процесу спрямована на узгодження систем вищої освіти континенту. Таке узгодження можливе тільки при ідентичному підході до оцінювання студентів у всіх навчальних закладах. Оцінювання – це систематичний збір та інтерпретація свідчень,