

**ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԿՈՒՆՏՈՒՐԱՅԻ ՀԱՅԿԱԿԱՆ
ՊԵՏԱԿԱՆ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ
ԿԻՆԵԶԻՈԼՈԳԻԱՅԻ ԱՄԲԻՈՆ**

Ա.Ե. ՄՈՒՐԱՂՅԱՆ



**ԿԻՆԵԶԻՈԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ՄԵԹՈՂԻԿԱՆ ՄԱՆԿԱԿԱՆ
ՈՒՂԵՂԱՅԻՆ ԿԱԹՎԱԾԻ ԺԱՄԱՆԱԿ
(ուսումնամեթոդական ձեռնարկ)**

**Երևան
Հեղինակային հրատարակություն
2008**

ՀՏԴ 616 – 053. 2/. 7: 615. 825

ԳՄԴ 57.3+75.0

Մ 992

Հրատարակման է երաշխավորել ֆիզիկական կուլտուրայի հայկական պետական ինստիտուտի գիտական խորհուրդը

Մուրադյան Ա.Ե.

Մ 992 Կինեզիոթերապիայի մեթոդիկական մանկական ուղեղային կաթվածի ժամանակ.-Եր.: Հեղինակային հրատարակություն, 2008.- 46 էջ

Գրախոսներ՝

Ա. Ա. Հարությունյան - կենսաբանական գիտությունների թեկնածու, պրոֆեսոր
Ս. Վ. Գրիգորյան - բշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր

«Կինեզիոթերապիան մանկական ուղեղային կաթվածի ժամանակ» ձեռնարկում ներկայացված է մանկաբուժության արդի խնդիրներից մեկը մանկական ուղեղային կաթվածը, հիվանդության հիմնական տեսակները, առաջացման պատճառները, զարգացման մեխանիզմները, կլինիկական արտահայտումները, և նկարագրված է կինեզիոթերապիայի մեթոդիկական որպես հիվանդության բուժման կարևորագույն միջոցներից մեկը:

Աշխատանքի նպատակը մանկական ուղեղային կաթված հիվանդության և դրա ժամանակ կինեզիոթերապիայի կիրառման ուսուցանումն է, որը կօգնի կլինիկական պրակտիկայի ընթացքում, ինչպես նաև հետազայում կիրառել ստացած գիտելիքները այս հիվանդությամբ տառապող երեխաների հետ աշխատելու ընթացքում:

Ուսումնական այս ձեռնարկը նախատեսված է ֆիզիկական կուլտուրայի հայկական պետական ինստիտուտի ուսանողների, ինչպես նաև մանկական ուղեղային կաթվածով զբաղվող բոլոր մասնագետների համար:

ԳՄԴ 57.3+75.0

ISBN 978-9939-53-234-9

©Մուրադյան Ա.Ե., 2008

Ն Ե Ր Ա Ծ Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն

Զգայական բացահայտման տարբեր տեսակների (տպավորությունը, ընկալումը, պատկերացումը) հանդիսա-



նում են շրջապատի իրականության մասին մարդու զգայական գիտելիքների զարգացման հիմնական աստիճանները:

Առողջ երեխաները բացահայտում են իրենց շրջապատող աշխարհը բնությունից տրված զգայարանների միջոցով և արդեն 3-4 ամսեկանից ձգվում են դեպի առարկաները:

Մանկական ուղեղայի կաթվածով տառապող երեխաները, որոնք ունեն ձեռքերի կաթվածային երևույթներ, սովորաբար ունենում են բարդություններ առարկաները վերցնելիս: Իսկ եթե դրանց գումարվում է նաև ոտքերի պարեզը, ապա դա ավելի է սահմանափակում առարկաների շրջանակը, որոնք այս երեխաները կարող են պահել իրենց ձեռքերի մեջ և կտրուկ սահմանափակվում է նրանց շարժումային ակտիվությունը: Այդ իսկ պատճառով դանդաղում է նրանց բացահայտման գործընթացը:

Առողջ երեխան արդեն չորրորդ ամսից ձգտում է վերցնել ցանկացած առարկա և շոշափում է այն նաև բերանով և լեզվով: Հետևաբար նրա մոտ առաջանում է պատկերացում տարբեր առարկաների բնույթի, ձևի, մեծության, քաշի, ջերմության և նույնիսկ համի մասին:

Ուղեղային կաթվածով տառապող երեխան ստանում է այդ ինֆորմացիայի միայն չնչին մասը, որի հետևանքով էլ նրա մոտ դանդաղում է շոշափելու, ջերմության զգացողությունները: Բացի այդ նորմալ զարգացող երեխան զարգացման այս շրջանում ստանում է որակապես նոր ին-

Ֆորմացիա տարածության և ժամանակի մասին, զգում է, որ օրինակ ավելի դժվար է հասնել խոհանոց, քան թե մոտակա բազմոցին կամ սեղանին և թե որքան դժվար է իջնել աստիճաններից: Միաժամանակ նա սկսում է տարբերել ուղղությունները և կողմնորոշվել առարկաների միջև:

Հիվանդ երեխան զրկված է այս բոլոր տպավորություններից:

Մանկական ուղեղային կաթվածը (ՄՈԻԿ) բազմապատճառային հիվանդություն է, որն առաջանում է ներարգանդային շրջանում, ծննդաբերության ընթացքում կամ վաղ նորածնային շրջանում գլխուղեղի վնասման հետևանքով: Սովորաբար արտահայտվում է վաղ մանկական հասակում և բնորոշվում է շարժողական խանգարումներով՝ պարեզներ, պարալիչներ, մկանների թուլություն, կոորդինացիայի խանգարումներ, անկառավարելի շարժումներ, որոնք զուգակցվում են հոգեկան, խոսքի, տեսողության, լսողության խանգարումներով, ցնցումային և ոչ ցնցումային էպիլեպսիայով:

Մանկական ուղեղային կաթվածը ի հայտ է գալիս տարբեր ազդության և սոցիալական տարբեր վիճակներում գտնվող ինչպես աղջիկների, այնպես էլ տղաների մոտ:



Այս հիվանդությունը չի փոխանցվում ժառանգորեն, այլ զարգանում է ներարգանդային կյանքում կամ ծննդաբերության ընթացքում երեխայի անհասության կամ գերհասության ֆոնի վրա ուղեղի վնասման և թթվածնային քաղցի հետևանքով: Ուղեղի ախտահարումը կարող է լինել արյունազեղումների, հեմատոմայի, գանգի վնասվածքների հետևանքով:

Երեխաների մի մասի մոտ հիվանդությունը հազիվ նկատելի է, իսկ մյուս մասը տառապում են այս հիվան-

դության շատ ծանր ձևերով:

Մանկական ուղեղային կաթվածով տառապող բոլոր երեխաներն էլ ունեն բարդություններ մկանների կոորդինացված աշխատանքի և գիտակցական շարժումների հսկողության խնդրում: Այս հիվանդության դեպքում նույնիսկ ամենապարզ շարժումը կարող է լինել դժվար իրականանալի:

Էթիոլոգիա (պատճառագիտություն)

Մանկական ուղեղային կաթվածը սովորաբար հետևանք է ուղեղի այն հատվածի ախտահարման կամ վնասման, որը ղեկավարում է մկանների շարժումները:

Հիվանդությունը ավելի հաճախ հանդիպում է անհաս երեխաների մոտ:

Ավելի հաճախ հանդիպող պատճառներից են՝

➤ Նեյրոինֆեկցիաները

➤ Հղիության ընթացքում մոր մոտ սուր և խրոնիկ հիվանդությունները (սրտի արատներ, անեմիա (սակավարյունություն), ճարպակալումը, հիպերտոնիկ հիվանդությունը, շաքարային դիաբետը և այլն), ստրեսները, ֆիզիկական տրավմաները

➤ Հղիության ընթացքում դեղորայքի, ալկոհոլի ընդունումը

➤ Ինտոքսիկացիաները (թունավորումներ)

➤ Էկոլոգիական վնասները

➤ Պտղի մոտ թթվածնային քաղց առաջացնող պատճառները

➤ Ներարգանդային ինֆեկցիաները (ցիտոմեգալովիրուս, կարմրախտ...) և այլն:

Ըստ որոշ հեղինակների մոր և պտղի միջև իմունոլոգիական անհամապատասխանելիության (ABO և ռեզուս

անհամապատասխանություն) հանդիսանում է մանկական ուղեղային կաթվածի պատճառ 2-8,7% դեպքերում:

Մանկական ուղեղային կաթվածի առաջացման ռիսկի գործոններից են՝

- ծննդաբերության ընթացքում արգանդի մկանների կծկունակության թուլությունը (23,6%)
- արագացված ծննդաբերությունը (4%)
- կեսարյան հատումը (11,36%)
- ձգձգվող ծննդաբերությունը (24%)
- գործիքային միջամտությունը ծննդաբերության ժամանակ (5-14%)
- բազմապտուղ հղիություն (4%) և այլն:

Պաթոգենեզ (ախտածնություն)



Մանկական ուղեղային կաթվածի պաթոգենեզի հիմքում ընկած է ուղեղի հակազորավիտացիոն համակարգի ֆունկցիայի խանգարումները և դրա հետ սերտորեն կապված մկանային սիներգիայի պաթոլոգիան:

Կախված պտղի կամ նորածնի ախտահարման ժամկետից և ուղեղի ախտահարման բնույթից ու ծանրությունից ձևավորվում է հիվանդության այս կամ այն կլինիկական պատկերը, որը բնորոշվում է առաջնահերթ շարժողական խանգարումների տարբեր ձևերով, խոսքի և բացահայտիչ գործունեության խանգարումներով:

Այս հիվանդության ժամանակ նկատվում է կմախքային մկանների տոնուսի կախվածություն մարմնի դիրքից. Պատկած վիճակում մկանների տոնուսը որոշ չափով մոտենում է նորմային, սակայն բավական է հիվանդը ընդունի

ուղղահայաց դիրք և ի հայտ են գալիս մկանների սպաստիկության և ձգվածության նշաններ:

Շարժողական խանգարումների պաթոֆիզիոլոգիայի հիմքում ընկած են սպեցիֆիկ ախտաբանական մեխանիզմներ, որոնք ընդգրկում են շարժումների կարգավորման ամբողջ համակարգը:

Անկախ ախտահարման մակարդակից տուժում են նյարդային համակարգի բոլոր հատվածները, որոնք պատասխանատու են դիրքի պահպանման, շարժումների կառուցման և տեղաշարժման ղեկավարման համար:

Դասակարգում

Մանկական ուղեղային կաթվածի դասակարգումը հիմնված է շարժողական խանգարումների և դրանց տարածվածության վրա:

Ըստ շարժողական խանգարումների տարբերում են 5 ձև՝

1. **Սպաստիկ** – մկանային տոնուսի մեծացում, որի արտահայտվածությունը քչանում է շարժումների կրկնման դեպքում

2. **ատետոզ** – անընդհատ անկառավարելի շարժումներ

3. **ձգվածություն** – պինդ, լարված մկաններ, որոնք անընդհատ դիմադրում են պասսիվ շարժումներ

4. **ատակսիա** – հավասարակշռության խախտումներ՝ հաճախակի ընկնելով

5. **վերջույթների տրեմոր** (դող)

Մոտավորապես 85% դեպքերում հանդիպում է սպաստիկ կամ ատետոիդ ձևը:

Ըստ ախտանշանների տեղակայման տարբերում են՝

- 1. մոնոպլեգիկ** – մի վերջույթի ախտահարում
- 2. հեմիպլեգիկ** – մարմնի մի կեսի վերին և ստորին վերջույթների լրիվ կամ մասամբ ախտահարում
- 3. դիպլեգիկ** – երկու վերին կամ երկու ստորին վերջույթների ախտահարում
- 4. կվադրիպլեգիկ** – բոլոր չորս վերջույթների մասամբ կամ լրիվ ախտահարում

Էպիդեմիոլոգիա (համաճարակաբանություն)



Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ զարգացած երկրներում ուղեղային կաթվածի տարածվածությունը կազմում է 2-2,5 դեպք 10000 բնակչին: Բժշկության զարգացմանը զուգընթաց ուղեղային կաթվածի տարածվածության տվյալները փոխվում են: Հեղինակների մի մասը գտնում է, որ վերջին տարիներին նկատվում է հիվանդության նվազման հակում՝ կապված մանկաբարձական տեխնիկայի, կանխարգելիչ և բուժական միջոցառումների բարելավման հետ: Մյուսները, հակառակը, կարծում են, որ զարգացած երկրներում այս հիվանդության հաճախությունը մնում է ստաբիլ: Սակայն հեղինակների մեծամասնությունը պնդում է, որ ուղեղային կաթվածը սկսել է հանդիպել ավելի հաճախ և բացատրվում է դա մահացության ցուցանիշի իջեցումով անհասների և ցածր քաշով ծնված երեխաների մոտ, որոնց մոտ մանկական ուղեղային կաթվածի զարգացման հավանականությունը շատ մեծ է:

Կլինիկական պատկերը

Մանկական ուղեղային կաթվածի կլինիկայի հիմքում ընկած են շարժողական խանգարումները, որոնք ձևավորվում են պարալիչների, պարեզների, հազվադեպ հիպերկինեզների, ինչպես նաև խոսքի և մտավոր տարբեր խանգարումներով: Ուղեղի ներարգանդային կամ ծննդաբերական ախտահարման բարդ պաթոգենեզը պայմանավորում է նաև կլինիկական արտահայտումների բազմազանությունը: Հիվանդության կլինիկական պատկերը կախված է ուղեղի ախտահարման ժամանակից, էթիոլոգիական և պաթոգենետիկ գործոններից, պրոցեսի տեղակայումից:

Մանկական ուղեղային կաթվածն ունի զագացման 3 փուլ՝

- վաղ փուլ (մինչև 4-6 ամսեկան)
- սկզբնական ռեզիդուալ, երբ արդեն ձևավորվում են, բայց դեռ չեն ֆիքսված պաթոլոգիական շարժումները և խոսքային խանգարումները (բնորոշ է 5-6 ամսեկանից մինչև 2 տարեկան հասակին)
- ուշ ռեզիդուալ, երբ արդեն ֆիքսվում են ձևավորված սպաստիկությունը, ձգվածությունը և հողերում պաթոլոգիկ փոփոխությունները (2-4 տարեկանից բարձր)

Մանկական ուղեղային կաթվածի վաղ փուլում կլինիկական պատկերը ձևավորվում է ընդհանուր ուղեղային ախտանիշներից (ուղեղի արյան մատակարարման խանգարումներ, հիպերտենզիոն ցնցումային ախտանիշ), սպաստիկ, ռիգիդ և հիպոտոնիկ տիպի մկանների տոնուսի պաթոլոգիաներ:

Կլինիկական արտահայտման այս փուլին բնորոշ է մոզաիկությունը: Երեխան կարող է չպահել գլուխը՝ 8-10 ամսեկանում, բայց արդեն շրջվի և նստի: Հիվանդ երեխայի մոտ բացակայում է հենման ռեակցիան, բայց նա ձգվում է

դեպի խաղալիքը, 7-9 ամսեկանում նստում է միայն հենվելով, բայց քայլում է մանեժում՝ չնայած մարմնի դեֆեկտային դիրքին: Կրկնակի հեմիպլեգիայի ժամանակ երեխան լինում է անշարժ և չի խոսում: Սպաստիկ դիպլեգիայի դեպքում ստորին վերջույթների ախտահարումը զգալի արտահայտված է:

Հիպերկլինեզները առաջինը արտահայտվում են լեզվի և շրթունքների մկաններում, հետագայում, 10-12 ամսեկանից հետո, տարածվում է ձեռքերի և պարանոցի, հետո նաև մարմի մյուս մկաններում:

Բոլոր ձևերի դեպքում կարող է խանգարվել խոսքը, տեսողությունը, լսողությունը:

3-5 տարեկանում կարող են հայտնաբերվել տեսողական-տարածական հիշողության խանգարումներ: Ուղեղային կաթվածով տառապող երեխաների 50-60%-ի մոտ նկատվում են մտավոր զարգացման դանդաղում, սակայն առաջնային ինտելեկտը պահպանված է: 20-25%-ի մոտ ախտորոշվում է օլիգոֆրենիա (թուլամտություն):

Հիվանդության զարգացման վաղ փուլում նկատվում է ադինամիա կամ կտրուկ գրգռվածություն, շնչառության խանգարումներ, ասֆիքսիայի նոպաներ, ցնցումներ, դող, երբեմն աչքի պաթոլոգիկ ախտանիշներ (“մայր մտնող արևի ախտանիշ”, շլություն), ինչպես նաև բնածին շարժողական ռեֆլեքսների ընկճում: Նկատվում է քնի, ջերմության կարգավորման խանգարումներ, մաշկի գույնի փոփոխություններ, ցիանոզ և այլն:

Այս շրջանում սկսում են ձևավորվել վերջույթների պարեզներ և պարալիչներ, այդ պատճառով էլ մանկական ուղեղային կաթվածի վաղ փուլի ճիշտ ախտորոշումից և բուժումից կախված է հիվանդության ելքը:

Հիվանդության II փուլում ձևավորվում են պարալիչի տարբեր ձևերը: Կյանքի առաջին տարիներին սպաստիկ

պարալիչները արտահայտվում են ձեռքերում և ոտքերում: Վերին վերջույթները ախտահարվում են ավելի քիչ:

Մանկական ուղեղային կաթվածի տեսակները



Մանկական ուղեղային կաթվածը տարբերվում է կլինիկական արտահայտումների, գուգակցող ախտանշանների, շարժողական և մտավոր խանգարումների ծանրության, կոմպենսացիայի աստիճանի, հիվանդությունն առաջացնող պատճառների մեծ բազմազանությամբ:

Տարբերում են մանկական ուղեղային կաթվածի հետևյալ տեսակներ՝

Սպաստիկ դիպլեգիա (Լիթթլի հիվանդություն)

Մանկական ուղեղային կաթվածի ամենատարածված ձևն է, որը բնորոշվում է վերին և ստորին վերջույթների շարժողական խանգարումներով, ընդ որում ոտքերը տուժում են ավելի շատ, քան ձեռքերը: Պաթոլոգիական պրոցեսի մեջ ձեռքերի ներգրավման աստիճանը կարող է լինել տարբեր՝ շարժումների թեթև անճարակությունից մինչև արտահայտված պարեզներ, որոնք հայտնաբերվում են երեխայի շարժողական ակտիվության զարգացմանը գուզընթաց: Ոտքերում մկանային տոնուսը լինում է կտրուկ բարձրացած՝ երեխան կանգնում է կիսածալած և դեպի միջին գիծը առբերված ոտքերի վրա, քայլելու ժամանակ նկատվում է ոտքերի խաչում: Խոշոր հողերում առաջանում են կոնտրակտուրաներ, ջլային ռեֆլեքսները բարձր են, նկատվում են ոտնաթաթի կլոնուսներ: Արտահայտվում են ախտաբանական ռեֆլեքսները:

Սպաստիկ հեմիպլեգիա

Այս ձևի ժամանակ խանգարումներ լինում են գերազանցապես մի կողմում: Ձեռքում ավելի բարձր է ծալիչների տոնուսը, իսկ ոտքում՝ տարածիչների: Այդ պատճառով ձեռքը լինում է ծալած արմնկային հողում, առբերված դեպի իրանը, ավիը սեղմված բռունցքի: Ոտքը ծալված է և պտտված դեպի ներս: Քայլելիս երեխան հենվում է ոտքի մատերի վրա: Ջլային ռեֆլեքսերը բարձր են, կարող են լինել ոտնաթաթերի և ծնկան կլոնուսներ, արտահայտվեն պաթոլոգիկ ռեֆլեքսները:

Կաթվածահարված վերջույթները առողջների համեմատ հետ են մնում աճից: Մանկական ուղեղային կաթվածի հեմիպլեգիկ ձևի ժամանակ երեխայի մոտ կարող է նկատվել խոսքի զարգացման խանգարում ավալիայի ձևով՝ հատկապես ձախ կիսագնդի ախտահարման դեպքում: 50% դեպքերում մեծ տարիքի երեխաների մոտ նկատվում են հիպերկինեզներ, որոնք ի հայտ են գալիս մկանային տոնուսի իջեցմանը զուգընթաց: Մտավոր զարգացումը ուշանում է, որի խանգարման աստիճանը տատանվում է թեթևից միջև ծանր աստիճանի: Մտավոր զարգացման վրա ազդում են հաճախ առաջացող էպիլեպսաձև նոպաները:

Կրկնակի հեմիպլեգիա

Բնորոշվում է բոլոր վերջույթների շարժողական խանգարումներով, սակայն ձեռքերը ախտահարվում են ավելի շատ, քան ոտքերը: Մկանային տոնուսը հաճախ ասիմետրիկ է: Ձեռքերի, դեմքի և իրանի վերին մասի մկանների ծանր ախտահարումը հաճախ պատճառ է դառնում խոսքի և մտավոր զարգացման խանգարումների: Երեխան չի քայլում, չի խոսում, չի կարողանում ինքն իրեն սպասարկել:

Նախադպրոցական տարիքում, երբ շարժողական ակտիվությունը ավելի է արտահայտվում, որոշ երեխաների մոտ առաջանում են ոտքերի և ձեռքերի դիստալ հատվածների հիպերկլինեզներ, ինչպես նաև բերանային սինկլինեզներ: Ջլային ռեֆլեքսները բարձր են, սակայն դրանք առաջացնելը կարող է լինել դժվար մկանների բարձր տոնուսի և կոնտրակտուրաների պատճառով:

Մանկական ուղեղային կաթվածի այս ձևը հաճախ գուգակցվում է միկրոցեֆալիայով, որը վկայում է ուղեղի ներարգանդային ախտահարման մասին: Կրկնակի հեմիպլեգիայի ժամանակ երբեմն նկատվում են էպիլեպսաձև նոպաներ: Ծանր շարժողական խանգարումների պատճառով վաղ ձևավորվում են կոնտրակտուրաներ և դեֆորմացիաներ:

Ատոնիկ - աստատիկ ձև

Բնորոշվում է մկանային հիպոտոնիայով: Տոնիկ պարանոցային և լաբիրինթային ռեֆլեքսները արտահայտված են ոչ կտրուկ և կարող են հայտնաբերվել երեխայի էմոցիոնալ լարվածության և ինքնական շարժումներ կատարելու փորձի ժամանակ:

Այս ձևի դեպքում կյանքի 2-3-րդ տարում ի հայտ են գալիս ուղեղիկի ախտահարման նշաններ՝ ինտենցիոն տրեմոր (դող), իրանային ատաքսիա, շարժումների կոորդինացիայի խանգարումներ:

Այս հիվանդների մոտ կտրուկ տուժում են ստատիկ ֆունկցիաները՝ երեխաները չեն կարողանում պահել գուլքը, նստել, կանգնել, քայլել, պահել հավասարակշռությունը: Ջլային ռեֆլեքսները բարձր են, հաճախ արտահայտվում են խոսքի խանգարումները, նկատվում է մտավոր հետամնացություն: Ինտելեկտի իջեցման աստիճանը կախված է

ուղեղի ախտահարման տեղակայումից: Գերազանցապես ճակատային բլթերի ախտահարման դեպքում գերակշռում է մտավոր խորը հետամնացությունը, իսկ գերազանցապես ուղեղիկի արտահարման ժամանակ մտավոր թերզարգացվածությունը ավելի թույլ է արտահայտված, սակայն ավելի ակնառու են ուղեղիկի ախտահարման նշանները:

Ատետոիդ (հիպերկլինետիկ ձև)

Հիպերկլինետիկ ձևը բնորոշվում է ռեզուս-կոնֆլիկտային հղիության ժամանակ գերազանցապես ենթակետևային գոյացությունների ախտահարմամբ: Հիպերկլինետները արտահայտվում են երեխայի կյանքի առաջին տարուց հետո բացառությամբ ծանր դեպքերի, երբ դրանք կարող են հայտնաբերվել դեռևս կյանքի առաջին տարում: Հիպերկլինետները ավելի շատ արտահայտվում են դեմքի, պարանոցի և վերջույթների ստորին հատվածներում: Տարբերում են հիպերկլինետների հետևյալ տեսակներ՝

Էպիլեպսաձև նոպաներ նկատվում են հազվադեպ, ջլային ռեֆլեքսները բարձր են, հաճախ նկատվում են խոսքի խանգարումներ: Մտավոր զարգացումը տուժում է ավելի քիչ, քան մյուս ձևերի ժամանակ, սակայն ծանր շարժողական և խոսքային խանգարումները խոչընդոտում են երեխայի զարգացումը, ուսուցումը և սոցիալական ադապտացիան :

Խառը ձևեր

Հանդիսանում են մանկական ուղեղային կաթվածի տարբեր ձևերի գուգակցումներ:

Ավելի տարածված են համարվում սպաստիկ ձևի գուգակցումները ատետոիդ կամ ատակտիկ ձևերի հետ:

Հիվանդության III՝ ռեզիդուալ փուլում շարժողական, խոսքային և ինտելեկտուալ ոլորտներում առաջացած խան-

գարումները կանոնավորվում են, ձևավորվում են օրգանական կոնտրակտուրաներ և հոդերի դեֆորմացիաներ:

Մանկական ուղեղային կաթվածով տառապող շատ երեխաներ կարող են ունենալ նորմալ կամ միջինից բարձր ինտելեկտ: Նրանց մտավոր ունակությունների արտահայտումը կարող է սահմանափակվել միայն շփման բարդությունների պատճառով:



Այս հիվանդությամբ տառապող բոլոր երեխաները, անկախ ինտելեկտի զարգացման մակարդակից, ընդունակ են զարգացնել իրենց մտավոր ունակությունները համապատասխան բուժման, ռեաբիլիտացիայի և լոգոպեդիկ շտկման դեպքում:

Մանկական ուղեղային կաթվածի կլինիկական արտահայտումների բազմազանության հետևանքով հիվանդության տարբեր ձևերի ժամանակ վաղ ախտորոշումը բավականին դժվար է: Հիվանդության ելքի կանխատեսումը կախված է ժամանակին ախտորոշումից և ճիշտ բուժումից:

Կարևոր նշանակություն ունի այս ծանր հիվանդության կանխարգելումը (հղիության և ծննդաբերության ընթացքում տարբեր գործոնների ազդեցությունների պարզումը, հղիների ճիշտ հսկողությունը, ծննդաբերության ճիշտ վարումը և այլն), ինչպես նաև հիվանդության առաջին և վաղ նշանների հայտնաբերումը:

Մտավոր և ֆիզիկական շեղումներ, ինչպես նաև մկանային տոնուսի փոփոխություններ ունեցող երեխաները պետք է լինեն հոգե-նյարդաբանի հսկողության տակ: Անհրաժեշտ է հիշել, որ մինչև 1-2 տարեկանը չի կարելի վերջնական եզրակացություններ անել հիվանդության ելքի և բուժման էֆեկտիվության մասին, քանի որ փորձը ցույց է տվել, որ ծանր ձևերը ավելի հեշտ են ենթարկվում բուժմանը, իսկ թեթև ձևերը՝ հակառակը, բերում են ծանր ձևերի

և երեխայի հաշմանդամության զարգացմանը:

Մանկական ուղեղային կաթվածով տառապող շատ երեխաներ աչքի են ընկնում բարձր զգայությամբ, նեղակոտությամբ, արագ նկատում են շրջապատի մարդկանց տրամադրության փոփոխությունները, ցավագին են արձագանքում ձայնի բարձր տոնին կամ ամենաչնչին նկատողությանը, հաճախակի են ունենում դժգոհության և կամակորության արտահայտումներ:

Մանկական ուղեղային կաթվածով տառապող երեխաների դաստիարակության կարևոր նախապայմաններից է մանկավարժական և բժշկական միջոցառումների համաձայնեցումը՝ հաշվի առնելով ոչ միայն շարժողական, այլ նաև բարդացնող խանգարումները: Նման բարդացնող խանգարումներից են մանկական ուղեղային կաթվածով տառապող երեխաների մոտ կյանքի արդեն առաջին ամիսներին նկատվող կայուն վեգետատիվ-անոթային և սոմատիկ խանգարումները՝ փորկապություններ, ախորժակի կտրուկ անկումներ, երբեմն հակառակը՝ բարձր ախորժակ, ծարավի զգացում, ուժեղացած քրտնարտադրություն, ջերմության պարբերաբար բարձրացում, անոթային սպազմեր՝ ի պատասխան սառեցման և ցավային գրգռման (վերջույթների գունատություն, սառեցում): Հաճախ նկատվում են քնի կայուն խամգարումներ՝ քնի ռիթմի, խորության խանգարումների, դժվար քնելու, գիշերային վախերի ձևով:

Մանկական ուղեղային կաթվածով տառապող մեծամասամբ երեխաների մոտ կյանքի առաջին տարիներին նկատվում են ծծելու, կլման դժվարություններ և փսխում: Բոլոր այս խանգարումները թուլացնում են երեխային, այդ պատճառով էլ նրանք որպես կանոն լինում են թույլ, հաճախակի հիվանդանում են, իսկ ֆիզիկական զարգացումը նշանակալիորեն հետ է մնում իրենց առողջ հասակակիցներից:

Շատ երեխաների մոտ արդեն կյանքի առաջին տարիներից նկատելի են արտաքին աշխարհի ընկալման խանգարումները: Երեխան հաճախ չի կարողանում ինքնակամ շրջել գլուխը, ֆիքսել հայացքը ինչ-որ առարկայի վրա, բռնել այն: Նրանց մոտ խանգարվում է առաջին ձայնային ռեակցիաների զարգացումը, բավարար չէ ձայների արտաբերման ինտոնացիան, որը դժվարացնում է շփման ձևավորման առաջին ռեակցիաները: Նման երեխաների մոտ հաճախակի են խոսքի խանգարումները՝ հատկապես ձայների արտաբերումը:

Շարժումների կոորդինացիայի խանգարումների դեպքում (ատոնիկ-աստատիկ ձև) խոսքը լինում է դանդաղ, ընդհատվող, մոնոտոն: Բացի այդ երեխան կարող է թույլ զգալ կամ նույնիսկ սխալ զգալ լեզվի և շրթունքների դիրքը, որը նշանակալիորեն դժվարացնում է ճիշտ ձայնարտադրման զարգացումը: Ամենածանր խոսքային խանգարումները արտահայտվում են, երբ մանկական ուղեղային կաթվածը բարդանում է լսողության դեֆեկտներով: Այս հիվանդությամբ տառապող երեխաների 20-25% -ի մոտ նկատվում են մեկ կամ երկու ականջներում լսողության սրության իջեցում, բավարար չէ զարգացած ձայնային հաճախականությունների տարբերումը՝ հատկապես բարձր տոնայնության:



Լսողության խանգարումները ավելի հաճախ հանդիպում են հիպերկինետիկ ձևի ժամանակ:

Տեսողության ծանր խանգարումները, որոնք բերում են տեսողության իջեցմանը և կուրության, հանդիպում են ուղեղային կաթվածով տառապող երեխաների 10% -ի մոտ, մոտավորապես 20-30% երեխաների մոտ նկատվում է շլուրթուն:

ԲՈՒԺԱԿԱՆ ՖԻԶԿՈՒԼՏՈՒՐԱՅԻ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԸ ԵՎ ՀԱԿԱՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԸ



Շարժողական խանգարումներ ունեցող երեխաների վերականգնումը ոչ միայն բժշկական, այլ նաև մանկավարժական և սոցիալական խնդիր է: Կարևոր է ոչ միայն կորցրած շարժողական ֆունկցիաների, ինչպես նաև երեխայի մոտ զարգացած սիրտ-անոթային, շնչառական, ներզատիչ և այլ համակարգերի ֆունկցիոնալ վիճակի վերականգնումը, այլ նաև երեխային նստել, քայլել, ինքն իրեն սպասարկել սովորեցնելը, այսինքն՝ շրջապատի միջավայրին հարմարվելը:

Օգտագործելով ֆիզիկական կուլտուրայի ակտիվ ձևերը կարելի է նշանակալի ձևով բարձրացնել վերականգնողական միջոցառումների արդյունավետությունը այն երեխաների մոտ, ովքեր ունեն հենաշարժիչ համակարգի ֆունկցիայի խանգարումներ: Ֆիզիկական վարժություններով կարելի է բեռնավորել ոչ միայն նյարդա-մկանային, այլ նաև սիրտ-անոթային և շնչառական համակարգերը, որը հասկանես կարևոր է շարժողական խանգարումներ ունեցող երեխաների համար: Բացի այդ, հատուկ ստեղծված պայմաններում անցկացվող ֆիզիկական բեռնվածությունը (մարզասարքեր) շնչառական մարմնամարզության և ֆիզիոթերապիայի կոմպլեքսում զարգացնում է երեխայի մոտ շարժումների անհրաժեշտությունը և ակտիվացնում է ոչ միայն ֆիզիկական, այլ նաև մտավոր գործունեությունը:

Հենաշարժիչ համակարգի խանգարումներ ունեցող երեխաների առողջարարական վերականգնումը պահանջում է տարբերակիչ վերաբերմունք: Առաջնահերթ անհրաժեշտ է իմանալ երեխայի դիագնոզը, տարիքը, հենաշարժիչ հա-

մակարգի խանգարումների աստիճանը, ինչպես նաև երեխայի ընդհանուր վիճակը, սիրտ-անոթային համակարգի վիճակը և ֆունկցիոնալ պատրաստվածությունը:

Նշված բոլոր գործոնները հաշվի առնելով պետք է ընտրվեն ֆիզիկական բեռնվածությունը և բուժական միջոցառումները՝ ընդ որում խիստ հսկելով դրանց ազդեցությունը երեխայի օրգանիզմի, մասնավորապես սրտի վրա:

Երեխաների շարժումների զարգացման հարցում կարևոր դեր է խաղում բուժական մարմնամարզությունը: Դա պայմանավորված է նրանով, որ մանկական ուղեղային կաթվածով տառապող երեխաների շարժողական խանգարումների սպեցիֆիկայից էլնելով շատ ստատիկ և լուկոմոտոր ֆունկցիաներ նրանց մոտ չեն կարող զարգանալ սպոնտան կամ զարգանում են սխալ:

Հաշվի առնելով շարժողական խանգարումների այդ սպեցիֆիկական մանկական ուղեղային կաթվածի ժամանակ բուժական մարմնամարզության հիմնական խնդիրները հետևյալն են՝

1. Ուղղման և հավասարակշռության ռեակցիաների (այսպես կոչված պոստուրալ մեխանիզմի) զարգացում, որն ապահովվում է գլխի ճիշտ դեկավարումը տարածության մեջ և իրանի նկատմամբ: Այդ ռեակցիաների շնորհիվ տեղի է ունենում գլխի, պարանոցի, իրանի և վերջույթների ուղղում: Երեխան ստանում է հնարավորություն պահել հավասարակշռությունը ակտիվ շարժումների ժամանակ: Ուղղման և հավասարակշռության ռեակցիան արգելակում է սխալ դիրքերի ու շարժումների զարգացումը և խաղում կարևոր դեր չափավոր ինտենսիվության մկանային տոնուսի պահպանման համար, որը պետք է լինի բավարարելի ձգողականության ուժին դիմադրելու համար և ապահովի շարժումների համար անհրաժեշտ ֆիքսացիան՝ միևնույն ժամանակ չլինելով այնքան բարձր, որ դժվարացնի

շարժումները:

2. Ձեռքի և առարկա-մանիպուլյատիվ ֆունկցիայի զարգացում

3. Տեսողական-մոտոր կոորդինացիայի զարգացում

4. Սխալ դիրքերի և դրությունների արգելակում և հաղթահարում.

5. Երկրորդային արատավոր շարժողական ստերեոտիպի ձևավորման կանխարգելում:



Բուժական մարմնամարզությունն անցկացնելիս կարևոր է իմանալ ոչ միայն շարժողական հմտությունների խթանման և շարժողական ունակությունների զարգացման խթանման մեթոդները, այլ նաև այն բոլոր շարժումները և վերջույթների դիրքերը, որոնցից պետք է խուսափել երեխայի պարապմունքների ընթացքում և առօրյա կյանքում:

Անհրաժշտ է նշել, որ մանկական ուղեղային կաթված ունեցող երեխայի մկաններում միայն բուժական մարմնամարզության շնորհիվ են առաջանում ադեկվատ շարժողական ընկալումներ:

Առանց հատուկ վարժությունների իրականացման երեխան ընկալում է միայն իր սխալ դիրքերը և շարժումները, իսկ նմանատիպ զգացողությունները ոչ թե խթանում, այլ արգելակում են գլխուղեղի շարժողական համակարգերի զարգացումը: Բուժական մարմնամարզության ընթացքում նորմավորվում են դիրքերը և վերջույթների դրությունը, իջնում է մկանային տոնուսը, քչանում կամ հաղթահարվում են բռնի շարժումները: Երեխան սկսում է ճիշտ ընկալել դիրքերը և շարժումները, որը կարևոր խթան է նրա շարժողական ֆունկցիաների և հմտությունների զարգացման և կատարելագործման համար:

Քանի որ մանկական ուղեղային կաթվածը, որպես կանոն, բնածին կամ վաղ մանկական հասակի հիվանդություն է, ֆիզիկական դաստիարակությունը և, մասնավորապես, բուժական ֆիզկուլտուրան խորհուրդ է տրվում սկսել որքան հնարավոր է վաղ՝ երեխայի կյանքի առաջին ամիսներից:

Զարգացնելով երեխայի շարժումները՝ պետք է հսկել որ դրանք կատարվեն ճիշտ: Հատկապես ուշադրություն է դարձվում այն շարժողական հմտություններին, որոնք ավելի կարևոր են կյանքի ընթացքում (հմտություններ, որոնք ապահովվում են երեխայի քայլքը, առարկայական գործունեությունը, ինքնասպասարկումը): Ընդ որում այդ ընթացքում շարժումների իրականացումը պետք է ֆիքսվի հատուկ սարքավորումների կամ պարապմունքները անցկացնողի ձեռքերով:

Շարժողական ֆունկցիաների խթանման ժամանակ պետք է անպայման հաշվի առնել երեխայի տարիքը, մտավոր զարգացվածության աստիճանը, նրա հետաքրքրությունները, վարքի առանձնահատկությունները:

Շարժվելու բնական ցանկությունը չի կարող բավարարվել միայն բուժական ֆիզկուլտուրայի 20-30 րոպե պարապմունքներով: Կարևոր է անցկացնել նաև մանկական ուղեղային կաթվածով տառապող երեխաների ֆիզկուլտուրայի խմբակային պարապմունքներ, որոնց ընթացքում երեխաների մոտ ձևավորվում և ամրապնդվում են հիմնական կենսական կարևոր շարժողական ունակությունները, ինչպես նաև զարգանում են կամքը, ընկերության և միմյանց օգնելու զգացողությունները, ձևավորվում է հետաքրքրություն շարժումների նկատմամբ:

Պարապմունքները ներառում են ընդհանուր զարգացնող, շտկող վարժությունների, շարժուն խաղերի, սպորտային միջոցառումների (հեծանիվ, լող, դահուկներ) անց-

կացում:

Յուրաքանչյուր ֆիզկուլտուրայի պարապմունք կոմպլեքսային է, որն իր մեջ ներառում է վարժությունների և շարժուն խաղերի բոլոր տեսակները:

Շտկող վարժությունների մեջ ամենամեծ նշանակությունը ունեն շնչառական, թուլացնող, գլխի և վերջույթների դիրքերը նորմավորող, շարժումների կոորդինացիան և հավասարակշռության ֆունկցիան զարգացնող, ուղիղ կանգնելու և քայլելու շտկման, ինչպես նաև շարժումների ռիթմի և տարածական կազմակերպման զարգացմանը նպաստող վարժությունները:

Մանկական ուղեղային կաթվածով տառապող երեխաների մոտ բոլոր տարիքային խմբերում նկատվում են այնպիսի ֆիզիկական հատկությունների իջեցում, ինչպիսին են ճարպկությունը, արագությունը, ուժը և դիմացկունությունը:

Ուստի կարևոր է այն հատուկ վարժությունների կատարումը, որոնք ձևավորում են շարժողական հմտություններն ու ունակությունները և նպաստում են ֆիզիկական հատկությունների զարգացմանը:

Այդպիսի վարժությունների շարքին են դասվում քայլքը, վագքը, թռիչքները, մագլցումը, ինչպես նաև առարկաների հետ տարբեր գործողությունները:

Մանկական ուղեղային կաթվածով երեխաների համար հատուկ նշանակություն ունի ֆիզկուլտուրայի պարապմունքների անցկացումը մաքուր օդում: Դա ապահովվում է ֆիզիկական դաստիարակության հիմնական խնդիրներից մեկը՝ օրգանիզմի համակարգերի կատարելագործումը և երեխայի կոփումը: Ուսուցման ժամանակ որոշիչ դեր ունի անհատական աշխատանքը երեխայի հետ՝ հաշվի առնելով շարժողական խանգարումների առանձնահատկությունները, քանի որ նույնիսկ նույն տարիքի երե-

խաները ունենում են շարժողական զարգացման տարբեր աստիճաններ: Անհրաժեշտ է տարբեր միջոցների և ֆիզիկական դաստիարակության ձևերի կոմպլեքսային օգտագործում, որոնք պետք է համապատասխանեն առողջարարական, շտկման, զարգացման և դաստիարակչական խնդիրներին:

Բոլոր տեսակի պարապմունքների անցկացման ժամանակ պետք է խուսափել երեխաների գերհոգնածությունից: Այդ նպատակով անհրաժեշտ է ֆիզիկական բեռնվածության չափի ընտրման անհատական մոտեցում յուրաքանչյուր պարապմունքի համար: Ադեկվատ բեռնվածության ցուցանիշներից մեկը դա անոթազարկի (պուլսի) հաճախությունն է: Ֆիզկուլտուրայի ներածական մասից հետո անոթազարկը չպետք է հաճախանա 15-20%-ից ավել, իսկ հիմնական մասից հետո՝ 40% -ից ավել:

Պարապմունքներից հետո անոթազարկը մոտենում է նախնական ցուցանիշին 1-2 րոպեից: Շարժումները կատարելու ընթացքում շնչառությունը պետք է լինի լիարժեք և առաջնահերթ պետք է ուշադրություն դարձնել արտաշնչման, այլ ոչ թե ներշնչման վրա: Եթե երեխաները սկսում են շնչել բերանով, ուրեմն պետք է իջեցնել վարժությունների չափաբաժինը:

Բացի այդ, շարժումների զարգացման համար, ֆրոնտալ վարժությունների և շարժուն խաղերի կատարման ժամանակ պետք է խուսափել երեխայի երկար ժամանակ նույն դիրքում մնալուց, երկար ժամանակ չորամադրել վարժությունների բացատրման վրա, քանի որ դա հոգնեցնում է երեխային և իջեցնում շարժողական ակտիվությունը, իսկ չափից ավելի դրդումը ուժեղացնում է մկանային լարվածությունը և բռնի շարժումների արտահայտվածությունը:

Ֆիզկուլտուրայի պարապմունքների ընթացքում չի կարելի անցկացնել վարժություններ, որոնք կարող են բերել

հողերի գերծավման, գլխի և վերջույթների ասիմետրիկ դիրքի, ուժեղացնել ազդրերի առբերումը և ներսային պտույտը, ինչպես նաև վարժություններ, որոնց կատարումը պահանջում է գլխի երկարատև և խոնարհում դեպի ներքև կամ անընդհատ օգտագործել միայն մեկ ձեռքը կամ ոտքը:

Բուժական ֆիզկուլտուրան անցացնելիս անպայման պետք է հաշվի առնել երեխայի բժշկական տվյալները: Ֆիզիկական դաստիարակության համարյա բոլոր դեպքերում այն զուգակցվում է դեղորայքային և ֆիզիոթերապևտիկ բուժման, ինչպես նաև օրթոպեդիկ ռեժիմի հետ:

Բուժական ֆիզկուլտուրան անց է կացվում անհատական և քիչ խմբակային մեթոդով:

ԲՈՒԺԱԿԱՆ ՖԻԶԿՈՒԼՏՈՒՐԱՅԻ ՀԱՄԱԼԻՐ



Ներկայումս հենաշարժիչ համակարգի խանգարումներ ունեցող երեխաների վերականգման համար գոյություն ունի մեծ փորք, որը վկայում է այն մասին, որ օպտիմալ արդյունքներ ստանալու համար անհրաժեշտ է մաքսիմալ բազմազանել հիվանդ երեխաների շարժողական ակտիվությունը՝ չսահմանափակվելով որևիցե մեկ մեթոդով և ձգտելով մոտեցնել այն առողջ երեխաների շարժողական ակտիվությանը:

Ուժեղացած շարժողական ակտիվությամբ վարժությունների մշակված կոմպլեքսները կատարելագործում են վերականգման ավանդական մեթոդները՝ շնորհիվ մարմնի դիրքի ուղղահայացության, վեստիբուլյար համակարգի մարզման, տարածական ընկալման նորմավորման և ֆունկցիոնալ հնարավորությունների մեծացման:

Առաջարկվող մեթոդի առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ ֆիզիկական կուլտուրայի, որպես շարժողական գործունեության ձևի, օգտագործումը հնարավորություն է տալիս լավագույն կերպով ձևավորել կենսական կարևոր շարժողական ունակությունները և հմտությունները, ապահովել օրգանիզմի օրգան-համակարգերի նորմալ գործունեությունը, ակտիվացնել մտավոր ունակությունները, օպտիմացնել առողջական վիճակը և աշխատունակությունը:

Բուժական ֆիզկուլտուրայի (ԲՖԿ) մեթոդիկան մանկական ուղեղային կաթվածի ժամանակ



➤ Պարբերականություն, համակարգվածություն, անընդհատություն

➤ ԲՖԿ-ի վարժությունների խիստ անհատականացում՝ համապատասխան հիվանդության փու-

լի, ծանրության, երեխայի տարիքի և նրա մտավոր զարգացվածության

➤ Աստիճանաբար խիստ չափավորում, ֆիզիկական վարժությունների շատացում

Վարժությունների մեթոդները և բովանդակությունը մանկական ուղեղային կաթվածով երեխաների հետ աշխատելու համար

➤ Վարժություններ մկանները ձգելու, մկաններում լարվածությունը հանելու, շարժումների դիապազոնը լայնացնելու համար

➤ Փոխադարձ ազդեցությամբ վարժություններ գլխավոր և անտագոնիստ մկանների ամրապնդման համար

➤ Վարժություններ դիմացկունության համար՝ օրգանների արդյունավետ ֆունկցիոնալ վիճակի պահպանման նպատակով

➤ Վարժություններ թուլացման համար՝ մկանների սպազմը և ցնցումները վերացնելու նպատակով

➤ Վարժություններ հիվանդին նորմալ քայլել ուսուցանելու նպատակով

➤ Թեքումային հարթությամբ բարձրանալու վարժություններ՝ հավասարակշռությունը և շարժողական ակտիվությունը լավացնելու համար

➤ Դիմադրողականության վարժություններ մկանային ուժի զագացման համար

№1 Վարժությունների համալիր ձեռքերի արատավոր դիրքերի շտկման համար

Հաճախ հանդիպող պաթոլոգիական խանգարումներին է պատկանում ձեռքերի արատավոր դիրքերը, որոնք առաջանում են մկանների սպաստիկ լարվածության հետևանքով: Նման դեպքում սովորաբար ուսերը թեքված են առաջ, ձեռքերը անընդհատ ծավված են արմունկներում, դաստակը ծավված է և առբերված, իսկ մեծ մատը ծավված է և առբերված դեպի դաստակը:

Կախված ախտահարման աստիճանից այս ախտանշանները կարող են արտահայտվել միաժամանակ կամ մասնակիորեն:

Ստորև նկարագրված վարժությունները օգնում են շտկել նշված խանգարումները: Անհրաժեշտ է միայն դրանք կատարել կանոնավոր և հետևողաբար՝ ավելացնելով կատարումների քանակը:

Որքան շատ լինի վարժությունների քանակը մեկ պարապմունքի ընթացքում (20-50 անգամ) այնքան արագ կսկսվի ուղղումը: Վարժությունները կատարվում են 5 անգամ, հետո հանգիստ, 2-3 րոպե, որից հետո կրկնվում են նորից 5 անգամ և նորից հանգիստ: Եվ այդպես այնքան ժամանակ, մինչև հասցվի պահանջվող քանակի:

Կարելի է բաժանել բեռնվածությունը երկու մասի՝ առավոտյան և երեկոյան: Վարժությունները կատարվում են դանդաղ՝ ուշադրություն դարձնելով շարժումների ճիշտ կատարմանը:

Ձեռքերի արատավոր դիրքերը շտկելու նպատակով վարժությունները պետք է կատարվեն վերին վերջույթի բոլոր երեք հոդերում՝ ուսային, արմնկային, ճաճանչ-նախադաստակային:

N2 Վարժությունների համալիր ուսային հողի և թիակների շարժունակության զարգացման համար

Ուսային հողի ֆունկցիայի խանգարման ամենատիպիկ դեպքը դա իրանի թեքումն է դեպի առաջ և ուսերի առբերումը կրծքավանդակի մկանների սպաստիկ լարվածության հետևանքով: Նման դիրքում դժվար է կատարել պտույտային շարժումներ ուսային հողում: Այդ դիսֆունկցիայի շտկման նպատակով սկզբնական պետք է կատարել վարժություններ կրծքավանդակի մկանների ձգման և թիակներում շարժունակության մեծացման համար, իսկ հետո՝ ձեռքերի պտույտների համար:

Վարժություն 1

Իրանի վերին հատվածի պտույտ: Այս վարժությունը պատկանում է այսպես կոչված ձգումներին և նպաստում է կրծքային մկանների ձգմանը, որոնք ծալում են ուսերը դեպի առաջ լարված վիճակում:

Պատկել կողքի, ծնկները ծավված դեպի որովայնը, ձեռքերը հնարավորինս պարզել առաջ ուսերի մակարդակով, ավերը՝ միասին: Դանդաղ բարձրացնել վերնի մասում գտնվող ձեռքը, մարմնի վերին մասով շրջվել մեջքի վրա, գլուխը շրջել դեմքով դեպի վեր և իջեցնել պարզած ձեռքը մյուս կողմի վրա:

Կոնքը և ծավված ծնկները մնում են ելման դրությունում, թիակները պետք է կպնեն հասակին:

Հետևել, որպեսզի ծավված վերին ծունկը չշարժվի: Պահել այդ դրությունը 2-3 րոպե: Աստիճանաբար (եթե դա չի լինում միանգամից) պարզած ձեռքը ծանրության ուժի ազդեցությամբ իջնում է ներքև: Ուսերը իջնելուց հետո վերադառնալ ելման դրության, շրջվել մյուս կողքի վրա և նորից կատարել վարժությունը՝ թեքվելով հակառակ կողմի վրա:

Վարժություն 2

Ուսերի զատում դեպի հետ: Կանգնած կամ աթոռին նստած (ավելի լավ է հայելու առաջ) ինքնուրույն կամ ստիպողաբար ուսերը հետ տանել՝ մաքսիմում մոտեցնելով իրար թիակները, ֆիքսել այդ դիրքը մի քանի վայրկյան, այնուհետև վերադառնալ ելման դրության:

Վարժություն 3

Վարժությունն առարկայի հետ: Աթոռին նստած երկու ձեռքերով վերևից վերցնել մարմնամարզական կամ այլ ցանկացած փայտիկ (չորս մատերով բռնելով փայտիկի վերևի, իսկ մեծ մատով ներքև մասից) և դնել փայտիկը ուսերի վրա՝ գլխի հետևի կողմից: Դանդաղ ուղղել ձեռքերը դեպի վեր գլխի հետևի մասով՝ ինքնուրույն կամ ստիպողաբար և վերադառնալ ելման դրության: Դեպի վեր շարժումը կատարելիս ծալել գոտկային հատվածը: Կրկնել վարժությունը 10 անգամ, հանգստանալ և նորից կատարել 10 անգամ:

Այս վարժությունը կարելի է կատարել հատակին պառկած՝ բարձրացնելով փայտիկը որովայնից վեր և և հասցնելով հատակին գլխի վերևի մասով:

Վարժություն 4

Բարձրացնել ուսերը վեր, կատարել շրջանաձև վարժություններ ուսերով: Այս վարժության խնդիրը թիակների շարժունակության մեծացումն է: Աթոռին նստած բարձրացնել և իջեցնել սկզբում մեկ, հետո՝ մյուս ուսը, այնուհետև երկուսը միաժամանակ՝ աշխատելով առբերել ուսերը որքան հնարավոր է հետ և հնարավորինս մոտեցնել իրար թիակները: Կատարել ուսերի պտույտներ առաջ, հետո հետ 10-ական անգամ:

Վարժություն 5

Հենում դեպի հետ ծալված արմունկների վրա: Պառկած մեջքի վրա ինքնուրույն կամ ստիպողաբար ծալել ձեռքերը արմունկներում՝ բարձրացնելով ուսերը: Պահել այս դրությունը 1-2 րոպե:

Վարժություն 6

Ձեռքերի պտույտներ: Այս վարժությունը ամրացնում է ուսագոտու մկանները, որոնք մասնակցում են ձեռքերի պտույտային շարժումներին: Ուժեղ ուսագոտին ընդունակ է դիմակայել կոնք-ագոդրային հոդի ծալմանը՝ դրանով իսկ պահելով իրանը ուղղահայաց դիրքում:

Վարժություններ արմնկային հոդի դեֆորմացիաները վերացնելու համար

Այս հոդում պարթլոզիկ փոփոխությունների բնորոշ առանձնահատկությունը նախաբազկի ծալիչ դիրքերի և մկանային տոնուսի բարձրացումն է, որի արդյունքում սահմափակվում է տարածության մեջ ձեռքերի շարժունակությունը: Առաջարկվող վարժությունների խնդիրը ձգված վիճակում նախաբազկի տարածիչ մկանների ակտիվացումն է: Որպես կանոն նման վարժությունները կատարվում են ստատիկ կամ դինամիկ ռեժիմում՝ ձեռքի դաստակները հենած վիճակում:

Ձեռքերի ուղղում արմունկներում



Այս վարժությունները, կախված հիվանդության ծանրությունից, կատարվում են տարբեր ելման դրություններից (կանգնած, նստած, պառկած): Հիմնական խնդիրը արմնկային հոդում ձեռքերի տարածումն է կոնսրակտուրաների առաջացման կանխարգելման կամ քչացման համար: Ավելի լավ արդյունք լինում է, երբ ձեռքերը հենված են հատակին կամ պատին:

Վարժություն 1

Ելման դրությունը՝ (ե. դ.) պառկած որովայնի վրա: Ծալել ձեռքերը արմունկներում կրծքի առջև՝ հնարավորինս հենվելով ափերի վրա: Բարձրացնելով ուտերը վեր ուղղել ձեռքերը, այնուհետև նորից ծալել: Կրկնել 10 անգամ, մի քանի բույս հանգստանալ և նորից կատարել 10 ծալում-տարածում: Չի կարելի ստիպողաբար ուղղել երեխայի մատերը: Եթե նա չի կարողանում հենել ձեռքերը ափերի վրա, ապա վարժությունը կատարվում է հենվելով բռունցքներին:

Վարժություն 2

Ե. դ. – չորեքթաթ, ձեռքի մատերը հնարավորինս ուղղած: Ձեռքերի ծալում արմունկներում և ուղղում:

Վարժություն 3

Ե. դ. – նստած հատակին, ափերը՝ հետ, ձեռքերը ծալած արմունկներում: Ուղղել արմունկները, վերադառնալ ելման դրության: Կրկնել 10 անգամ: Որից հետո գրկել ծնկները ձեռքերով աշխատող մկանների ձգման նպատակով, այնուհետև նորից կատարել վարժությունը 10 անգամ:

Վարժություն 4

Ե. դ. – կանգնել դեմքով դեպի պատը և, ձեռքերով հենվելով պատին, կատարել արմունկների ծալում և ուղղում: Եթե երեխան ինքնուրույն չի կարողանում կանգնել, ապա նույնը կատարվում է նստած՝ աթոռի հենակին հենվելով:

Վարժություններ դաստակի և ձեռքի մատների արատավոր դիրքերի ուղղման համար



Դաստակի ծալիչ մկանների բարձր տոնուսի դեպքում միջին և եղունգային ֆալանգները երբեմն գտնվում են ծալված վիճակում, իսկ մեծ մատը ծալված է և առբերված դեպի ափը:

Վարժությունների կատարումը նպաստում է դեֆորմացիաների ուղղմանը: Անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ մատերի տարածումը ավելի լավ է կատարել ձեռքի արմնկային հոդում ծալած վիճակում, քանի որ այդ դեպքում մատերի մակերեսային ծալիչների մկանների տոնուսը ավելի քիչ է, քան տարածված ձեռքում:

Վարժություն 1

Ե.դ.- չորեքթաթ, ձեռքի մատերը հնարավորինս ուղղված են առաջ: Բարձրացնել մի ձեռքը հատակից, այնուհետև և, հենվելով ափին, իջեցնել հատակին: Նույնը կատարել մյուս ձեռքով: Կրկնել 10 անգամ:

Վարժություն 2

Ե. դ. – չորեքթաթ: Դնել ափերը հատակին՝ մատերը շրջելով հակառակ ուղղությամբ (աջ-ձախ): Պահել այդ դիրքում մի քանի րոպե, այնուհետև փորձել դնել ձեռքերը ափերին՝ մատերը դեպի հետ:

Վարժություն 3

Ե.դ. – նստած աթոռին ձեռքերը կրծքի առջև, մատերը

կողպեքված իրար: Առանց ձեռքերն իրարից անջատելու շրջել ավերը դուրս և պահել այդ դիրքում որոշ ժամանակ: Միացնել ավերը միմյանց առանց մատերը բացելու: Կրկնել մի քանի անգամ:

Վարժություն 4

Ե.դ.- նստած աթոռին սեղանի կամ պատի առջև, ձեռքերը ծալված արմունկներում: Հենել չորս մատերի ծայրերը սեղանի ծայրին կամ պատին և զսպանակաձև շարժումներով ճոճել ավերը: Հանգստանալ և շարունակել նորից:

Վարժություն 5

Ե.դ. – նստած աթոռին սեղանի առջև ձեռքերը դնել սեղանին և յուրաքանչյուր ձեռքին վերցնել ոչ մեծ մարգարե, փայտիկներ կամ գնդակներ: Բարձրացնել միայն դաստակը ավային մասով դեպի ներքև և իջեցնել սեղանին: Նախաբազուկը մնում է սեղանին հաված: Մի քանի կատարումից հետո շրջել ավեր մատերով դեպի վեր և նորից կատարել միայն դաստակի շարժումներ վերև և ներքև: Այս վարժությունը կարելի է կատարել յուրաքանչյուր ձեռքով հերթականությամբ կամ երկուսը միաժամանակ 2-3 անգամ 10-ական կատարում:

Վարժություն 6

Ափերի մեջ պտտել փայտիկ կամ փայթաթել ձեռքերի մեջ սրբիչ սպիտակեղենը քամելու նման:

№2 Վարժությունների համալիր ողնաշարի գոտկային հատվածի շարժունակության և գոտկային լորդոզի ձևավորման համար



Շարժումների խանգարման գլխավոր պատճառներից մեկը ողնաշարի վատ շարժունակությունն է և բացակայող կամ թույլ արտահայտված լորդոզը: Այս դեպքում երեխան չի կարողանում ճիշտ նստել, կանգնել կամ քայլել:

Պաթոլոգիայի վերացման համար անհրաժեշտ է ոչ միայն վարժությունների կանոնավոր կատարումը, այլ նաև նստած վիճակում երեխայի դիրքին խստորեն հետևելը:

Ոտքերը ծալված են ծնկներում ուղիղ անկյան տակ և հենվում են հատակին, գոտկատեղի տակ դրվում է գլանաբարձիկ, մեջքը ուղիղ, գլուխը ուղղահայաց դիրքում:

1-5 վարժությունները նպատակաուղղված են գոտկային յուրաքանչյուր 5 ողերի զարգացմանը և կատարվում է նշված հաջորդականությամբ:

6-11 վարժությունները նպաստում են գոտկային հատվածի շարժունակության լավացմանը: Դրանք բոլորը կատարվում են ինքնուրույն կամ ստիպողաբար, սկզբում 6 անգամ, հետագայում աստիճանաբար ավելացնում են մինչև 20 անգամ:

Վարժություն 1

Ե.դ. – դեմքով մարմնամարզական պատի կամ աթոռի մոտ կանգնած և ձեռքերով հենված պատին կամ աթոռին, ոտքերը հաված հատակին ուսերի լայնությամբ: Կրանստել առանց ոտնաթաթերը հատակից կտրելու, մեջքը ուղիղ, ծնկները ծալվում են առաջ՝ առանց զատելու կամ իրար մոտեցնելու:

Վարժություն 2

Ե.դ. – կանգնած ինքնուրույն կամ մեջքով հենված պատիին, ոտքերը ուսերի լայնության, գլուխը ուղիղ: Կատարում են թեքումներ աջ և ձախ, ձեռքերը սահում են ոտքերի երկայնքով: Հետևել, որպեսզի իրանը և գլուխը չծալվեն առաջ:

Վարժություն 3

Ե.դ.- կանգնած, ոտքերը ուսերի լայնությամբ, ձեռքերը ծալված արմունկներում գլխի հետևից, արմունկները գատած կողքերին: Կատարում են ուսերի պտույտներ դեպի աջ և ձախ՝ միաժամանակ շարժելով գլուխը: Կոնքը չի շարժվում: Հետևել գլխի և ուսերի միաժամանակ շարժումներին, պահել արմունկները գատած:

Վարժություն 4

Ե.դ. – պառկած մեջքին գորգի վրա, ոտքերը ծալված ծնկան հողերում ուսերի լայնությամբ, ոտնաթաթերը գուգահեռ, ձեռքերը իրանի երկայնքով: Կատարում են ծնկների գատում և առբերում:

Վարժություն 5

Ե.դ. – կանգնած, ոտքերը ուսերի լայնությամբ, մեջքը և գլուխը ուղիղ, առանց ոտնաթաթերը գետնից կտրելու կռանալ ներքև՝ ձեռքերը հասցնելով հատակին: Ուղիղ, բարձրացնել ձեռքերը վեր, արտակորվել դեպի հետ՝ գլուխը հետ տանելով:

Վարժություն 6

Ե.դ. – չորեքթաթ: Հենվելով ափերին և ծնկներին ձգել իրանը դեպի վեր, գլուխը իջեցնել ներքև, ձեռքերը ուղղված արմուկներում (վարժություն “կատու”): Կորել իրանը դեպի ներքև գոտկային հատվածում գլուխը վեր (վարժություն “շնիկ”):

Վարժություն 7

Ե.դ. – կանգնած ծնկներին գորգի վրա, ձեռքերը նախաբազուկներով դեպի առաջ բարձր դրված հենակին, գլուխը մաքսիմալ դեպի հետ: Ձգել մի ոտքը դեպի հետ թաթով դեպի ներքև, մյուս ոտքը մնում է հենված ծնկան վրա: Բարձրացնել ուղղած ոտքը կրունկով դեպի վերև, իջեցնել թաթի վրա: Փոխել ոտքերի դիրքը և կատարել վարժությունը մյուս ոտքով: Նույն ելման դրությունից գատել և առբերել ծնկան հողում ծավված ոտքը:

Վարժություն 8

Վարժություն “կիսակամուրջ”

Ե.դ. – պռոկած հատակին մեջքի վրա, ոտքերը ծավված ծնկներում և հենված հատակին:

Հենվելով ուսերին և դրանք չջարժելով կորել գոտկատեղը դեպի վեր՝ չկտրելով ոտնաթաթերը գետնից, այնուհետև վերադառնալ ելման դրության:

Վարժություն 9

Վարժություն “գորտ”

Ե.դ. – խորը կքանստել հնարավորինս չկտրելով ոտնաթաթերը հատակից, գատել ծնկները դեպի կողմ և ձեռքերը առջևից դնել հատակին ոտքերի մեջտեղով: Ճոճում

առաջ՝ ձեռքերը կտրելով և նորից դնելով հատակին: Աշխատել չկորցնել հավասարակշռությունը:

Վարժություն 10

Ե.դ. – կանգնած սեղանի կամ մարմնամարզական պատի առջև, ձեռքերը՝ հենած: Կանգնել թաթերին և իջնել կրունկների վրա:

Վարժություն 11

Քայլք ծնկների վրա՝ պահելով իրանը ուղղահայաց դիրքում:

№3 Վարժությունների համալիր գլուխք ուղղահայաց դիրքում պահելու համար

Այս վարժությունների մեծամասնությունը ուղղված է պարանոցի տարածիչ մկանների խթանման համար, որոնցում, հիվանդության առանձնահատկություններից ելնելով, խանգարված է կծկվելու հատկությունը: Աս դեպքում ավելի լավ արդյունք է ստացվում, եթե միաժամանակ աշխատում են պարանոցի և ողնաշարի գոտկային հատվածի տարածիչ մկանները:

Որպես կանոն վարժությունները կատարվում են հատակի վրա գնդակի օգնությամբ: Բացի այդ արդյունավետ են դինամիկ վարժությունները, օրինակ՝ քայլք, տեղաշարժում ծնկների վրա կամ հեծանիվ վարելը, որոնց ժամանակ անընդհատ ուշադրությունը կենտրոնանում է գլխի դիրքի վրա:

Վարժություն 1



Ե.դ – պառկած որովայնին գնդակի վրա: Կատարվում է ճոճում առաջ-հետ կամ աջ-ձախ:

Վարժություն 2

Ե.դ – պառկած որովայնին օվալաձև գնդակի վրա, ձեռքերը առաջ պարզած: Կատարում են ճոճում՝ ձեռքերով հենվելով հատակին և գլուխը բարձր պահելով:

Վարժություն 3

Ե.դ. – պառկած հատակին որովայնի վրա, ձեռքերը ծալված են արմունկներում և հենվում են նախաբազուկների վրա: Բարձրացնել գլուխը վեր, իջեցնել ներքև, շրջել դեպի աջ և ձախ: Կրկնել վարժությունը:

Վարժություն 4

Ե.դ. – աթոռին նստած: Ինքնուրույն կամ ստիպողաբար շրջել գլուխը աջ, ձախ, բարձրացնել վեր, իջեցնել, թեքել դեպի աջ և ձախ ուսը:

Վարժություն 5

Ե.դ. – նստած աթոռին: Կռանալ, վերցնել հատակից առարկան, ուղղվել և ֆիքսել գլուխը ուղղահայաց դիրքում:

№4 Վարժությունների համալիր կեցվածքի դեֆեկտների ուղղման համար

Հատուկ վարժությունների և միջոցների կիրառումը, որոնք ապահովվում են հենաշարժիչ համակարգի նորմալ զարգացումը, տալիս են հնարավորություն նորմավորել կոնքի թեքության անկյունը և ողնաշարի ֆիզիոլոգիական ծռումները, ուղղել կրծքավանդակի ձևը և դիրքը, գլխի դիրքը, հասնել ուսերի սիմետրիկությանը, ամրապնդել որովայնի պրեսսի մկանները:



Վարժություններ ազդրերի առաջային մակերեսի մկանների ամրապնդման համար

1. Կախվել մարմնամարզական պատից մեջքով դեպի պատը: Հաջորդաբար ուղիղ բարձրացնել ոտքերը

2. Ե.դ. - նույնը՝ բարձրացնելով երկու ոտքերը միաժամանակ

3. Ե.դ – նույնը, բարձրացնել ձախ ոտքը մոտեցնելով նրան աջ ձեռքը, և հակառակը

4. Պատկած մեջքի վրա, ձեռքերը իրանի երկայնքով, ափերը հենվում են հատակին, հաջորդաբար ուղիղ բարձրացնել ոտքերը

5. Նույնը՝ միաժամանակ բարձրացնելով երկու ոտքերը

Վարժություններ ազդրերի հետին մակերեսի մկանների ամրապնդման համար

1. Ծնկներին հենված հաջորդաբար բարձրացնել աջ և ձախ ոտքերը դեպի հետ

2. Նույնը՝ զուգակցված ձեռքերի տարբեր շարժումներով

3. Հենված ծնկներին ծալել ձեռքերը արմնկային հոդում՝ միաժամանակ ուղղելով ձախ (աջ) ոտքը դեպի հետ

4. Պառկած հատակին, դեմքով դեպի ներքև, հաջորդաբար ոտքերը ուղիղ բարձրացնել դեպի վեր՝ կոնքը չկտրելով հատակից

5. Նույնը՝ միաժամանակ երկու ոտքերով

6. Նույնը՝ ձեռքերի տարբեր դիրքերով

7. Կախված մարմնամարզական պատից, դեմքով դեպի պատը, հաջորդաբար բարձրացնել աջ և ձախ ոտքերը՝ առանց ծնկները ծալելու, և կոնքը սեղմած պահելով պատին

8. Նույնը՝ միաժամանակ բարձրացնելով երկու ոտքերը

Վարժություններ մեջքի մկանների ծզման համար

1. Կանգնած դիրքից կքանստել ճակատով հպվելով ծնկներին

2. Կքանստած տարածել ոտքերը առանց ձեռքերը հատակից կտրելու

3. Ոտքերը գատած թեքումներ առաջ՝ ձեռքերը հասցրնելով թաթերին: Նույնը կատարել ոտքերը իրար միացված

4. Ոտքերը ուղիղ “Փայտահատի” շարժումներ

5. Հիմնական դիրքից թեքվել դեպի առաջ ձեռքերով բռնելով սրունքները, ճակատով հպվել ծնկներին

6. Մեջքով կանգնած մարմնամարզական պատից կես քայլ հեռավորության վրա, կիսանստել ձեռքերով բռնելով պատի ստորին փայտիկից և ուղղել ոտքերը:

7. Ոտքերը լայն գատած դիրքից թեքվել առաջ՝ ձեռքերով հպվելով թաթերին

8. Նույնը՝ ձեռքերը հպելով կրունկներին
9. Հատակին նստած, ոտքերը ուղիղ, ձեռքերը կողմ, թեքում առաջ՝ ձեռքերով հասնելով թաթերին
10. Նույնը ավելի դանդաղ
11. Հատակին նստած, ոտքերը խաչաձև, բռնել ոտնաթաթերը, թեքել իրանը՝ ճակատով հպվելով մեկ աջ, մեկ ձախ ոտքին
12. Հատակին նստած, ոտքերը ուղիղ, բռնել ոտնաթաթերը, թեքվել առաջ և ճակատով հպվել ծնկներին
13. Հատակին նստած ձեռքերով բռնել աջ ոտքի ոտնաթաթը, ծալել ոտքը ծնկային հողում և մոտեցնել ծունկը ուսին
- 14 Նույնը՝ մյուս ոտքով
15. Քայլել խորը կռացած՝ ձեռքերով բռնելով ոտնաթաթերը
- 16.Կանգնած ձախ ոտքի վրա ծալել աջ ոտքը և, ձախ ձեռքով բռնելով ոտնաթաթը, ծնկով հասնել աջ ուսին
- 17.Նույնը՝ աջ ոտքի վրա կանգնած
- 18.Նույնը ինչ-որ 15,16 վարժություններում, միայն ուսին հպվել ճակատով



Մանկական ուղեղային կաթվածի ժամանակ շարժողական համակարգի խանգարումների ֆոնի վրա տեղի է ունենում շնչառական համակարգի ֆունկցիայի խանգարում, որը բերում է հյուսվածքների, հատկապես մկանային և նյարդային, թթվածնով մատակարարման իջեցմանը: Այդ պատճառով էլ երեխաների վերականգման ժամանակ կարևոր է շնչառական ֆունկցիայի վերականգնումը: Այդ նպատակով

առաջարկվում է շնչառական մարմնամարզությունը Կ. Պ. Բուտեյկոյի և Ա. Մտրելնիկովայի մեթոդովներով:

Շնչառություն ըստ Կ. Պ. Բուտեյկոյի



Ըստ Բուտեյկոյի շնչառությունը իրականացվում է քթով: Ներշնչումը կատարվում է այնքան փոքր ամպլիտուդայով, որ ոչ կրծքավանդակը, ոչ էլ որովայնը չեն շարժվում: Շնչառությունը մակերեսային է, ներշնչումը տևում է 2-3 վայրկյան, արտաշնչումը՝ 3-4 վայրկյան: Որքան քիչ է ներշնչման ծավալը (այն կազմում է 0,1-

0,2լ), այնքան ավելի լավ:

Բուժական շնչառական մարմնամարզության պարպմունքները իրականացվում են ցանկացած դիրքում, ցանկացած պայմաններում (նստած, պառկած, շարժման մեջ), սակայն սովորաբար խորհուրդ է տրվում ուսուցանել մեթոդը նստած դիրքում:

Խորհուրդ չի տրվում յուրացնել այս մեթոդը ինքնուրույն, քանի որ շնչառության մարզման որոշակի էտապում տեղի է ունենում այսպես կոչված սանոգենեզ կամ առողջացման ռեակցիա (կարող են ի հայտ գալ ցավային նույաներ, ջերմության բարձրացում, այդ իսկ պատճառով անհրաժեշտ է բժշկի կոնսուլտացիա և օգնություն):

Բուտեյկոյի շնչառական մարմնամարզության յուրացումից հետո խորհուրդ է տրվում կատարել այն օրը 2-3 անգամ 15-ական րոպե՝ զուգակցելով հանգստի և ռելաքսացիայի հետ: Խորհուրդ է տրվում կատարել այն առավոտյան անմիջապես քնից հետո, ցերեկը ճաշից առաջ և երեկոյան քնելուց առաջ:

Ա. Ստրելնիկովայի շնչառական մարմնամարզությունը



Կանգնել, գրկել ձեռքերով ուսերը՝ սեղմելով կրծքավանդակը: Արագ իջեցնել գլուխը կատարելով կարճ ներշնչում և արտաշնչում: Այնուհետև բարձրացնել գլուխը՝ նորից կատարելով ներշնչում և արտաշնչում: Նորմալ ռիթմը դա երկու այդպիսի շնչառական շարժումներն են մեկ վայրկյանում:

Կատարել մինչև 12 շնչառական շարժումներ, այնուհետև՝ հանգիստ: Եթե վարժությունը կատարվում է հեշտ տուրքամբ, ապա կատարել 24 շնչառական շարժումներ:

Յուրացման և բեռնվածության հեշտ տանելիության դեպքում կարելի է ավելացնել քանակը մինչև 48 և նույնիսկ 96 շնչառական շարժումներ առանց հանգստի:

Վարժություն «բոցքամարտիկ»: Կանգնել մի ոտքը դեպի առաջ պարզած, կատարել ձեռքերի շարժումներ խաչաձև դեպի առաջ հարվածելով և սեղմելով կրծքավանդակը: Այդ ընթացքում մի փոքր կքանստել և կատարել ներշնչում:



Կատարման ռիթմը նույնն է ինչ-որ նախորդ վարժության ժամանակ

Վարժություն «պոմպ»: Թեքվելով առաջ կատարել ներշնչում, ուղղվելով նորից ներշնչում:

Մանկական ուղեղային կաթվածի բուժման նպատակով օգտագործում են նաև մերսման և ֆիզիոթերապիայի մեթոդներ:

ԱՌԱՋԱՐԿՎՈՂ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. **Акош Кароли, Акош Магда**, 1994 год Москва “Улисс”
2. **Бадалян Л.О.** Невропатология: Учебник для студентов дефектологических факультетов высших педагогических учебных заведений – М., 2003 – 368 с.
3. **Физическая реабилитация детей с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата** /Под ред. Н.А. Гросс (Абрамова Т.Ф., Никитина Т.М., Кочеткова Н.И., Гончарова Г.А., Горбунова Е.А., Кряжев В.Д., Левин А. .С., Николаева В.В, Суровягина Л.В., Усакова Н.А., Шарова Т.Л.) – М.: Советский спорт, 2000 – 224с.
4. **Ловейко И.Д., Фонарев М.И.**, Лечебная физкультура при заболеваниях позвоночника у детей – Л: Медицина, 1988 – с.82-85, с. 97)
5. **Мастюкова Е.М.**, Физическое воспитание детей с церебральным параличом – М.: Просвещение, 1991 – 159с.
6. **Гросс Н.А.** с соавт, 2000, с.105-112
7. Журнал невропатологии и психиатрии, 2, 2001. – №2. – С. 50 – 56
8. **Little W.J.** Course of Lectures on the Deformities of the Human Frame.// Lancet, 1843, 1.–318-322 p.
9. **Blair E., Stanley F.** //Paediatr. Perinat. Epidemiol. – 1993. – Vol. 7. – P. 272–301.
10. **Крыжановский Г.Н.** Общая патофизиология нервной системы. Руководство. - М.: Медицина, 1997. - 352с.
11. **Евтушенко С.К.** Спорные и нерешенные вопросы этиологии, патогенеза и реабилитации церебрального паралича у детей // Новые технологии в реабилитации церебрального паралича. Мат. Международного конгресса. 9 – 12 мая 1994 г. – Донецк, Украина. 1994. – С. 141 – 145.

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

1.	Ներածություն -----	3
2.	Էթիոլոգիա -----	5
3.	Պաթոգենեզ -----	6
4.	Դասակարգում -----	7
5.	Էպիդեմիոլոգիա -----	8
6.	Կլինիկական պատկեր -----	9
7.	Մանկական ուղեղային կաթվածի տեսակները -----	11
8.	Բուժական ֆիզկուլտուրայի ցուցումները և հակացուցումները -----	18
9.	Բուժական ֆիզկուլտուրայի համալիրները -----	24
10.	Վարժությունների մեթոդիկական և բովանդակությունը մանկական ուղեղային կաթվածով տառապող երեխաների մոտ -----	25
11.	N 1 վարժությունների համալիր ձեռքերի արատավոր դիրքերի շտկման համար -----	26
12.	N 2 վարժությունների համալիր ողնաշարի գոտկային հատվածի շարժունակության և գոտկային լորդոզի ձևավորման համար -----	27
13.	N 3 վարժությունների կոմպլեքս գլուխը ուղղահայաց պահելու համար -----	37
14.	N 4 վարժությունների կոմպլեքս կեցվածքի շեղումների ուղղման համար -----	39
15.	Շնչառություն ըստ Բուտեյկոյի -----	42
16.	Ա. Ստրելնիկովայի շնչառական մարմնամարզություն -----	43

Ա.Ե.ՄՈՒՐԱԴՅԱՆ

Կ Ի Ն Ե Չ Ի Ո Ձ Ե Ր Ա Պ Ի Ա Յ Ի Մ Ե Յ Ո Ղ Դ Ի Կ Ա Ն
Մ Ա Ն Կ Ա Կ Ա Ն Ո Ւ Ղ Ե Ղ Ա Յ Ի Ն Կ Ա Թ Կ Ա Ծ Ի
Ժ Ա Մ Ա Ն Ա Կ

*Խմբագիր՝
Տեխ.խմբագիր՝
Համակարգչային ձևավորումը*

*Ա.Ա.Գևորգյան
Ս.Գ.Գալստյան
Լ.Ա.Մեծոյանի*

Ստորագրված է տպագրության 21.10.2008 թ.
Չափը՝ 60x84, 1/16: Տպագրությունը՝ օֆսեթ
2,9 տպագրական մանուլ: Տպաքանակը՝ 102

**Տպագրված է ֆիզիկական կուլտուրայի հայկական պետական
ինստիտուտի տպարանում**

