

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи
УДК: 611.019-611.7.6111.9-616-007

РУЗИЕВА Нилуфар Кароматовна

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ПЕРИОДА ДЕТСТВА
С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

14.00.02 – Анатомия человека

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Ташкент – 2012

Работа выполнена на кафедре анатомии человека и ОХТА Бухарского государственного медицинского института.

Научный руководитель: доктор медицинских наук
ТЕШАЕВ Шухрат Жумаевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
АХМЕДОВ Шавкат Махмудович
доктор медицинских наук
НИШОНОВ Юсуф Нишонович

Ведущая организация: Самаркандский государственный
медицинский институт

Защита состоится « ____ » _____ 2012 года в _____ часов на заседании специализированного совета Д. 087.01.04. при Ташкентской медицинской академии (100109, Ташкент, ул. Фароби, 2)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Ташкентской медицинской академии.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2012 г.

**Ученый секретарь специализированного
совета доктор медицинских наук,
профессор**

Х.З.Турсунов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность работы. За годы независимости в Республике Узбекистан на фоне огромных преобразований в политической и общественной жизни страны произошли значительные изменения в области охраны здоровья населения, особенно матери и ребенка, улучшилось качество медицинской помощи (Абдуллаев А.Б., 2004; Тухтаназарова Ш.И., 2009; Ашуров Т.А. и др., 2008; Мирзакаримова Д.Б., 2010).

Одним из критериев показателей здоровья детского населения является его физическое здоровье. Оценка состояния физического развития невозможна без изучения антропометрических показателей различных возрастных групп.

Антропометрические показатели групп населения в различных регионах земного шара имеют свои характерные особенности, присущей каждой местности. Такие работы выполнены на Чукотке (Годовых Т.В., 2009), в Санкт-Петербурге (Алексина Л.А., 2004; Бурцева Т.Е., 2010), Москве (Козлов А.И., 2008; Конь И.Я. и др., 2009), Нальчике (Тлакадугова М.Х. и др., 2009). Антропометрические показатели развития детей и подростков в этих регионах невозможно сопоставить с данными, полученными в нашей республике (Касим-Ходжаев И.К. и др., 2004; Саттибаев И.И., 2008; Бахадиров Ф.Н. и др., 2008; Тухтаназарова Ш.И., 2008; Мирзакаримова Д.Б., 2010). Так как имеются различия в климато-географических условиях, экологии, национальных обычаях, социальных условиях.

В детском возрасте встречаются различные пороки развития и нарушения функции центральной нервной системы, связанные с различными факторами, что приводит к инвалидности. Предупреждение, своевременное выявление заболеваний центральной нервной системы является одной из эффективных мер лечения таких больных.

В литературе имеются данные об антропометрических показателях детей больных эпилепсией (Осипов Д.П., 2009), часто болеющих детей (Курьязов Ш.М., 2010), глухонемых (Тешаев Ш.Ж., 2007), детей болеющих гломерулонефритом (Маматкулова Ф.Х., 2008). Однако в доступной литературе нам не удалось найти морфометрические показатели больных детей с церебральным параличом, такие как параметры верхних и нижних конечностей, грудной клетки и других частей тела.

Степень изученности проблемы. В литературе имеются скудные, отрывочные сведения об антропометрических показателях детей, а также данные о типе телосложения ребенка с детским церебральным параличом без учета возрастной градации и формы детского церебрального паралича. Мы не нашли сравнительные антропометрические показатели верхних и нижних конечностей, грудной клетки и других частей тела здоровых детей и детей с детским церебральным параличом. Остается не выясненным вопрос, насколько морфометрические параметры конечностей при детском церебральном параличе отличаются от таковых у практически здоровых детей.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Диссертационная работа входит в тематический план НИР Бухарского государственного медицинского института.

Цель исследования. Изучение антропометрических показателей здоровых детей первого и второго периода детства и сопоставление их с данными детей с церебральным параличом.

Задачи исследования:

1. Изучить показатели физического развития детей первого и второго периода детства у здоровых детей и детей с церебральным параличом.

2. Исследовать антропометрические показатели головы здоровых детей первого и второго периода детства и сопоставить их с данными детей с церебральным параличом.

3. Определить антропометрические показатели туловища, грудной клетки, талии у здоровых детей первого и второго периода детства и сравнить с их данными детей с церебральным параличом.

4. Сопоставить антропометрические параметры конечностей детей с детским церебральным параличом первого и второго периода детства с данными здоровых детей.

5. Сравнить антропометрические параметры здоровых детей с данными детей с диплегической формой церебрального паралича первого и второго периода детства по половому диморфизму.

Объект и предмет исследования. Антропометрические исследования проводились у 415 детей (217 мальчиков и 198 девочек) с ДЦП, находившихся на лечении в Республиканском детском психоневрологическом диспансере и в Бухарской областной психоневрологической больницы, у 720 здоровых (390 мальчиков и 330 девочек) детей, воспитанников детских садов и учащихся школ г. Бухары. Всего обследованы 1135 детей в возрасте от 3 до 12 лет.

Методы исследования. Антропометрические исследования детей проводились по методической рекомендации Н.Х.Шамирзаева, С.А.Тен и Ш.И.Тухтаназаровой (1998) с использованием вариационно-статистического метода.

Гипотеза исследования. Изучение антропометрических параметров у детей с ДЦП и сопоставление их с показателями здоровых детей позволит выявить, насколько различны эти параметры, и какая часть тела наиболее уязвима при этой патологии.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. В процессе развития детей происходит неравномерный рост всех антропометрических параметров, что выражается в скачкообразных изменениях.

2. Длина и масса тела детей с ДЦП, и у мальчиков и у девочек меньше контрольных. Отставание более выражено у лиц мужского пола.

3. Параметры талии и окружность грудной клетки у всех детей с церебральным параличом больше, чем у здоровых детей. Эти показатели во всех случаях у девочек больше, чем у мальчиков.

4. У детей с церебральным параличом мужского и женского пола между правыми и левыми конечностями по всем длинотным и обхватным размерам имеются существенные различия.

Научная новизна. Впервые сопоставлены показатели физического развития здоровых детей первого и второго периода детства с параметрами больных детей с церебральным параличом.

В сравнительном аспекте рассмотрены антропометрические показатели головы здоровых детей первого и второго периода детства с данными детей с церебральным параличом.

Изучены антропометрические параметры детей с диплегической формой детского церебрального паралича первого и второго периода детства с учётом пола детей.

Впервые установлено, что окружность грудной клетки и окружность живота в первом периоде детства у детей с ДЦП больше, чем у здоровых детей.

Впервые сопоставлены длинотные и обхватные параметры верхних и нижних конечностей здоровых детей с данными детей с церебральным параличом.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Исследование антропометрических показателей детей с детским церебральным параличом и сопоставление этих данных с показателями здоровых детей позволит выявить, насколько различны эти параметры, и какая часть тела наиболее уязвима при этой патологии.

Результаты исследования могут использоваться в работе врача-невропатолога, а также на кафедрах педиатрии, при медицинских осмотрах в различных детских лечебно-профилактических учреждениях, при медицинских осмотрах в школах и дошкольных учреждениях, при чтении лекций по анатомии человека по разделу «Аномалии развития», по педиатрии и неврологии по разделу «ДЦП и поражения опорно-двигательного аппарата». Использование результатов работы в практической медицине при лечении детей с детским церебральным параличом будет способствовать снижению доли детской инвалидности.

Реализация результатов. Основные результаты исследования внедрены в учебный процесс при проведении практических занятий и чтении лекций на кафедрах анатомии человека и ОХТА БухГосМИ и СамГосМИ, на кафедре педиатрии БухГосМИ.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены на IX конгрессе Международной ассоциации морфологов (г. Ярославль, 2010); на конференции, посвящённой 80-летию СамГосМИ (Самарканд, 2010).

Диссертационная работа была доложена и обсуждена на заседании кафедры анатомии человека и ОХТА БухГосМИ (протокол №1, от 28. 08.2011) и на межкафедральном заседании морфологических дисциплин БухГосМИ (протокол №1, от 06. 09.2011), на семинаре Специализированного совета при ТМА (Ташкент, 2011).

Опубликованность результатов. По теме диссертации опублико-

вано 10 научных работ, из них 4 журнальные статьи, (в том числе 2 статьи за рубежом), 4 тезиса, (1-за рубежом), издана 1 методическая рекомендация, имеется 1 патент.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 135 страницах, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, изложения результатов собственных исследований, заключения и выводов. Библиографический указатель включает 195 источников, в том числе отечественных и авторов из стран СНГ – 153, зарубежных – 42. Работа иллюстрирована 5 рисунками и 18 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность темы, сформулированы цель и задачи исследования, приведены научная новизна и научно-практическая значимость результатов, основные положения, выносимые на защиту, данные об апробации и публикации материалов исследования, а также краткое содержание работы.

Первая глава посвящена **обзору литературы** по теме исследования. В первой части приводятся сведения об антропометрических показателях физического развития здоровых детей мужского пола. Во второй части обзора литературы приводятся данные о физическом развитии здоровых лиц женского пола. Третья часть посвящена анализу антропометрических показателей детей с различными заболеваниями.

Во второй главе диссертации описаны **материал и методы исследования**. Измерены антропометрические показатели 720 здоровых детей и 415 детей с церебральным параличом.

Третья глава посвящена результатам собственных исследований, состоит из 4 подглав. В первой подглаве приводятся результаты исследования здоровых мальчиков, во второй - результаты исследования здоровых девочек, в третьей - результаты исследования антропометрических показателей мальчиков с церебральным параличом, в четвертой - результаты исследования антропометрических показателей девочек с церебральным параличом.

Материал и методы исследования.

Материалом для исследования служили дети с ДЦП, находившиеся на лечение в Республиканском детском психоневрологическом диспансере и в Бухарской областной психоневрологической больнице (415 детей, из них 217 мальчиков и 198 девочек).

Контрольной группой служили практически здоровые дети, воспитанники детских садов и учащиеся школ г. Бухары (720 детей, из них 390 мальчиков и 330 девочек). Всего обследованы 1135 детей в возрасте от 3 до 12 лет. Распределение обследованных по полу, возрасту и состоянию здоровья приведено в таблице.

Таблица
Распределение обследованных по полу, возрасту и состоянию здоровья

Возраст, лет	Здоровые дети		Дети с ДЦП	
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
3	50	50	20	21
4	50	50	22	20
5	40	35	22	26
6	30	40	20	21
7	40	30	21	26
8	40	40	20	20
9	30	35	22	20
10	35	40	26	25
11	40	50	20	25
12	35	40	22	20
Всего	390	330	217	198

Обследование детей с ДЦП проводилось в приемном отделении больниц, воспитанников детских садов и учащихся школ в медпунктах этих заведений. Возрастная периодизация обследованных детей была проведена по годам. Антропометрические исследования детей проводились по методической рекомендации Н.Х.Шамирзаева, С.А.Тен и Ш.И.Тухтаназаровой (1998).

Общие антропометрические показатели изучены в следующем порядке: масса тела измерена с помощью медицинских весов, предназначенных для взрослых (кг). Для измерения роста, стоя использован ростомер стандартного типа. При этом тело ребенка находилось свободно, не касаясь вертикальной планки. Подвижная перпендикулярная планка ставится свободно на верхушку головы, полученные данные обозначаются в сантиметрах. Все антропометрические параметры головы, скуловой и нижнечелюстной диаметр лица измерялась с помощью тазомера.

Проведены измерения длины корпуса или рост, сидя, длина туловища. Окружность грудной клетки измеряли с помощью измерительной ленты, поперечные и переднезадние размеры с помощью тазомера.

Длина верхней и нижней конечности измерялась измерительной лентой.

Полученные данные подвергали статистической обработке на компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2003, включая использование встроенных функций статистической обработки.

Четвертая глава. Исследованием установлено, что рост здоровых лиц мужского пола, начиная с 3 до 12 лет, увеличивается в 1,57 раза. Наибольший темп прироста наблюдается в 5 (7,9%) и 7 лет (7,83%), а наименьший – в 11 (2,3%) и 12 лет (3,2%). Данные о длине тела мальчиков с 8 до 11 лет согласуется с данными Ф.Х.Алимходжаева и др. (2003).

Наши данные противоречат данным С.А.Мирбабаева (2004), указывающим, что наиболее интенсивный рост длины тела у мальчиков отмечается в 9 и 11 лет, а у девочек в 10 и 12 лет.

Рост лиц женского пола с 3 до 12 лет увеличивается в 1,65 раза. Наибольший темп прироста наблюдается в 4 (9,4%) и 5 лет (9,3%), – а наименьший в 11 (3,6%) и 12 лет (2,1%). Перекрест ростовых параметров между этими двумя группами происходит в 5,6,7,9 и 10 лет.

Анализ результатов литературы показывает, что 10 летние девочки, проживающие в г. Бухаре отстают по росту от своих сверстников из г. Красноярска в среднем на 3,6 см (Баранова Е.Н.и др., 2004).

Масса тела мальчиков, начиная с 3 до 12 лет, увеличивается в 2,75 раза. Наибольший темп прироста наблюдается в 6 (23,2%) и 8 лет (19,5%), а наименьший – в 4 (5,3%) и 11 лет (6,3%). Масса тела здоровых девочек с 3 до 12 лет увеличивается в 2,8 раза. Наибольший темп прироста наблюдается в 6 (18,1%) и 8 лет (15,3%), а наименьший – в 4 (7,6%) и 11 лет (1,6%). Перекрест параметров массы тела между полами происходит в 4, 8, 9 и 11 лет.

Наши результаты согласуются с данными полученными А.П.Койносовым и соавт. (2008) и Д.Б.Мирзакаримовой (2010), утверждающими, что наименьший рост у обоих полов наблюдается в 11 и 12 лет. Масса тела в 8 лет у мальчиков больше, чем у девочек; в 9 лет – наоборот, в 10 лет – почти одинаково; затем в 11–12 лет – у девочек она меньше, чем у мальчиков.

При сопоставлении наших данных по росту и массе тела у лиц мужского и женского пола от 8 до 12 лет с данными, детей проживающих в Гомельской области (Киеня А.И.и др., 2001), выявлено, что у лиц мужского пола проживающих в г. Бухаре и по росту и по массе тела отстают от своих Гомельских сверстников (от 4,1 см в 8-летнем возрасте, до 7,9 см в 12 лет; от 3,8 кг в 8 году жизни, до 7,9 кг в 12 лет). Такое отставание наблюдается и у лиц женского пола (от 4,6 см в 8-летнем возрасте, до 8,8 см в 12 лет; от 2,6 кг в 8 лет, до 8,0 кг в 12 лет).

Наши данные расходятся с данными В.В.Гребенниковой и соавт. (2008), приводящими параметры роста и массы тела детей от 7 до 15 лет, проживающих в г.Норильске (Россия, Крайний Север). По росту дети, проживающие в г. Бухаре отстают от своих сверстников, проживающих в г. Норильске от 6,5 см (в 7 лет) до 7,7см (в 12 лет) у лиц мужского пола и от 6,0 см (в 7 лет) до 10,8 см (в 12 лет) у лиц женского пола. Такое отставание наблюдается также по массе тела - от 4,5кг (в 7 лет) до 8,0 кг (в 11 лет) у лиц мужского пола и от 3,5 кг (в 7 лет) до 8,2 кг (в 12 лет) у лиц женского пола. Такое отставание, вероятно, связано с климатогеографическими, социальными, экономическими условиями этих регионов.

С 3 до 12 лет скуловой диаметр у лиц мужского пола увеличивается всего в 1,14 раза, а у лиц женского пола в 1,11 раза. Наибольший темп прироста у лиц мужского пола отмечен в 4 (1,15%) и 5 лет (7,73%), у лиц женского пола в 5 (1,96%) и 7 лет (2,45%); а наименьший у лиц мужского пола в 5 (0,21%) и 10 лет (0,31%), у лиц женского пола в 10 (0,10%), и 11 лет (0,20%).

Нижнечелюстной диаметр у лиц мужского пола за первый и второй период детства увеличивается в 1,29 раза, у лиц женского пола 1,19 раза. Высокий темп прироста у лиц мужского пола отмечен в 7 (5,6%) и 8 лет (5,26%), у лиц женского пола в 8 (5,88%) и 10 лет (3,07%), а низкий темп прироста у мальчиков наблюдается в 10 (0,12%) и 12 лет (1,19%), у девочек в 9 (0,6%) и 12 лет (1,18%).

Сопоставление морфометрических параметров длины корпуса показало, что у лиц мужского пола длина корпуса увеличивается с 3 до 12 лет в 1,96 раза, а у девочек – в 1,92 раза. Наибольший темп прироста наблюдается у мальчиков в 5 (22,5%) и 7 лет (20,1%), у девочек также в 5 (19,9%) и 7 лет (14,8%); а наименьший у мальчиков в 4 года (2,1%), 9 и 11 лет (по 2,2%), а у девочек – в 9 (0,1%) и 12 лет (1,1%). Перекрест параметров длины корпуса между полами происходит в 7, 8, 9 и 11 лет.

Длина туловища у лиц мужского пола с 3 до 12 лет увеличивается в 1,66 раза, а у женского пола – в 1,7 раза. Наибольший темп прироста у мальчиков наблюдается в 5 (11,7%) и 6 лет (18,2%), а наименьший – в 9 (0,5%) и 11 лет (1,6%). Наибольший темп прироста у девочек наблюдается в 5 (13,6%) и 6 лет (16,8%), а наименьший – в 8 (1,5%) и 10 лет (1,4%). Перекрест параметров длины туловища между полами происходит в 7, 8, 9 и 11 лет.

Размеры окружности грудной клетки в паузе от 3 до 12 лет у здоровых лиц мужского пола увеличивается в 1,43 раза, а у лиц женского пола -1,45 раза. Наибольший темп прироста у мальчиков выявляются в 6 (9,8%) и 7 лет (7,5%), у девочек в 4 (8,4%) и 12 лет (5,1%), а наименьший у мальчиков - в 8 (1,6%) и 9 лет (1,9%), а у девочек - в 8 (2,4%) и 11 лет (1,7%).

Поперечный диаметр груди у лиц мужского пола за первый и второй период детства увеличивается 1,48 раза, а у лиц женского пола -1,46раза. Наибольший темп прироста у лиц мужского пола наблюдается в 4 (5,2%) и 11 лет (6,3%), у лиц женского пола в 9 (5,4%) и 10 лет (6,6%). Самый низкий темп прироста у мальчиков отмечается в 6 (1,8%) и 7 лет (4,0%), у лиц женского пола в 6 (1,2%) и 7 лет (2,9%). Наибольший темп прироста у лиц женского пола связано с началом полового развития. Перекрест параметров поперечного диаметра груди между двумя группами происходит в 7, 10 и 11 лет.

Наши результаты по морфометрическим параметрам грудной клетки согласуются с данными, полученными Е.Н.Барановой и соавт. (2004), согласно которым у девочек в 10 лет окружность грудной клетки в паузе равен 66,1 см (по нашим данным - $65,0 \pm 2,4$ см), а поперечный диаметр - 20,0 см (по нашим данным - $20,9 \pm 0,77$ см).

Близкие результаты получены Ж.С.Соорбековым (2004) в условиях среднегорья. Так, обхват грудной клетки у 7-летних мальчиков равен в среднем $59,4 \pm 0,3$ см в 12 лет - $68,7 \pm 0,2$ (по нашим данным - $61,4 \pm 2,27$ см; $69,0 \pm 2,76$ см).

Переднезадний диаметр груди у лиц мужского пола с 3 до 12 лет увеличивается в 1,17 раза, у лиц женского пола в 1,21 раза. Наибольший темп прироста у лиц мужского пола наблюдается в 5 (3,0%) и 9 лет (2,8%), у лиц

женского пола в 10 (5,1%) и 12 лет (4,7%). Самый низкий темп прироста у мальчиков отмечен в 7, 11, 12 лет (по 0,7%), а у девочек в 4,6,7 лет (по 0,8%). Перекрест параметров переднезаднего диаметра груди между двумя группами происходит в 12 лет, что связано с ранним половым развитием лиц женского пола.

Сопоставление наших данных с результатами С.Х.Жалиловой и соавт. (2003), изучавших поперечный размер грудной клетки у детей от 3 до 7 лет, проживающих в сельской местности Андиганского вилоята, не выявило существенной разницы.

По окружности грудной клетки и по переднезаднему размеру наши данные почти схожи с данными С.А.Мирбабаевой и соавт. (2003), которые изучали параметры грудной клетки у детей от 7 до 12 лет. Но данные авторов о поперечных размерах грудной клетки не совпадают с нашими данными (у 12-летних лиц мужского пола поперечный диаметр груди на уровне соска в нашем случае равен $23,0 \pm 0,9$ см, а у автора - $33,5 \pm 0,3$ см).

Высота грудной клетки у лиц мужского пола с 3 до 12 лет увеличивается в 1,38 раза, у лиц женского пола в 1,21 раза. Наибольший темп прироста у лиц мужского пола наблюдается в 7 (3,9%) и 8 лет (7,5%), а у лиц женского пола в 4 (4,8%) и 5 лет (6,9%). Самый низкий темп прироста у мальчиков отмечен в 6 (1,1%) и 9 лет (1,4%). Темп прироста высоты грудной клетки у лиц женского пола меньше, чем у лиц мужского пола. С возрастом темп прироста у девочек уменьшается. Наименьший темп прироста наблюдается с 8 до 12 лет (по 0,5%).

Сопоставление параметров ширины таза показывает, что от 3 до 7 лет она меньше у лиц женского пола, с 9 до 11 лет этот размер достоверно отстаёт у лиц мужского пола, а на 12 году жизни этот показатель недостоверно отстаёт (на 0,1 см) у лиц женского пола по сравнению с мальчиками. Эти данные совпадают с данными С.А.Астанакуловой (2003), согласно которым ширина таза у девочек 7-12 лет на 5% шире, чем у мальчиков.

Обхват талии у лиц мужского пола с 3 до 12 лет всегда достоверно больше чем у лиц женского пола. Наше мнение расходится по параметрам талии, полученными С.А.Астанакуловой (2003), указывающей, что в 12 летнем возрасте обхват талии у девочек на 1 см больше, чем у мальчиков (в нашим данным у лиц женского пола он меньше на 2,1 см).

При анализе морфометрических параметров верхней и нижней конечности, по длиннотным размерам между правой и левой стороны достоверной разницы не выявлено. А по обхватным размерам 85% случаев параметры левой стороны отстают от правой.

У лиц мужского пола с 3 до 12 лет длина верхней конечности увеличивается в 1,65 раза, а у лиц женского пола в 1,72 раза. Наибольший темп прироста у мальчиков наблюдается на 4 (8,2%), 5 (9,5%) и на 8 году (8,7%); у девочек также на 4 (9,3%), 5 (10,2%) и на 8 году жизни (9,0%) постнатального развития. Самый низкий темп развития у обоих полов в 11 (1,6%) и 12 лет (3,9%).

У лиц мужского пола с 3 до 12 лет длина плеча увеличивается 1,78 раза, у лиц женского пола в 1,81 раза. Наибольший темп прироста у мальчиков наблюдается на 7 (10%) и на 8 (10,5%) году жизни, а у лиц женского пола 6 (9,4%), 7 (9,1%) и на 8-м году жизни (12,1%). Самый низкий темп прироста общей длины верхней конечности у лиц мужского пола наблюдается на 11 (2,3%) и 12 лет (1,5%), а у лиц женского пола на 9 (0,4%) и на 12-м (1,9%) году жизни.

Обхват правого плеча у лиц мужского пола с 3 до 12 лет увеличивается в 1,4 раза, а обхват левого плеча – в 1,3 раза, у лиц женского пола 1,32 раза, у обоих плечах. Наибольшее увеличение обхвата наблюдается в 7 (5,9% справа, 6,6% слева) и 9 лет (5,4% и 5,0% соответственно). Наименьший темп прироста обхвата плеча с обеих сторон отмечается в 4 (по 1,3%) и 5 лет (по 0,6% с обеих сторон). Наибольшее увеличение обхвата плеча у девочек как у лиц мужского пола наблюдается в 7 (8,5% справа, 7,4% слева) и 9 лет (7,2% и 6,2%). Наименьший темп прироста обхвата плеча с обеих сторон отмечается в 5 (по 1,9%) и 6 лет (по 0,6% с обеих сторон).

У лиц мужского пола с 3 до 12 лет длина предплечья увеличивается в 1,86 раза, а у лиц женского пола в 1,71 раза. Наибольший темп прироста наблюдается в 11 (8,2%) и 12 лет, а у девочек на 9 (7,0%) и 11 году жизни (7,4%). Самый низкий темп развития наблюдается у мальчиков в 6, 8 (по 0,6%) и 10 лет (0,5%), а у девочек на 6 (1,9%) и 8 году жизни (1,1%).

Длина кисти у лиц мужского пола с 3 до 12 лет увеличивается в 1,59 раза, у лиц женского пола в 1,80 раза. Наибольший темп прироста у мальчиков наблюдается в 8 (12,8%) и 9 лет (6,4%), а у лиц женского пола в 6 (8,8%) и 8 лет (9,1%). Наименьший темп прироста мальчиков отмечен в 6 (1,7%) и 7 лет (1,6%), а у лиц женского пола - в 10 (2,0%) и 12 лет (3,7%).

Между правыми и левыми нижними конечностями по длине разницы не выявлено. Общая длина нижней конечности с 3 до 12 лет у лиц мужского пола увеличивается в 1,65 раза, а у лиц женского пола – в 1,53 раза. Наибольший темп прироста длины нижней конечности у лиц мужского пола отмечен в 6, 7 и 10 лет (по 9,1%), а у лиц женского пола 8 (8,7%) и 10 лет (9,3%). Наименьший темп прироста наблюдается в 9 (1,5%) и 11 лет (3,8%) у лиц мужского пола, 4 (1,4%) и 9 лет (1,8%) у лиц женского пола.

Параметры длины нижней конечности 9 летних детей, проживающих в г. Андижане, (Мирзакаримова Д.Б., 2010) идентичны (65,1±0,4 см - у мальчиков и 64,6±0,4 см - у девочек) с нашими данными.

Длина бедра у лиц мужского пола с 3 до 12 лет увеличивается в 1,72 раза, а у лиц женского пола – в 1,64 раза. Наибольший темп прироста длины бедра у лиц мужского пола отмечен в 7 (5,81%) и 8 лет (9,89%), а у лиц женского пола 8 (7,27%) и 10 лет (6,55%). Наименьший темп прироста наблюдается в 9 (3,33%) и 10 лет (2,9%) у лиц мужского пола, в 4 (3,0%) и 12 лет (3,24%) у лиц женского пола. Обхват правого бедра у лиц мужского пола увеличивается 1,35 раза, а обхват левого бедра – в 1,34 раза.

У лиц мужского пола с 3 до 12 лет длина голени увеличивается в 1,59 раза, а у лиц женского пола в 1,49 раза. Наибольший темп прироста наблюда-

ется в 5 (7,79%) и 8 лет (7,03%), а у девочек в 7 (6,37%) и 12 (2,63%) лет. Самый низкий темп развития у мальчиков наблюдается в 4 (2,21%) и 11 лет (1,21%), а у лиц женского пола в 8 (1,05%) и 10 лет (1,67%). Обхват правой и левой голени увеличивается идентично обхвату бедра.

Длина стопы у лиц мужского пола с 3 до 12 лет увеличивается в 1,61 раза, у лиц женского пола в 1,55 раза. Наибольший темп прироста у мальчиков отмечен в 5 (6,25%) и 8 лет (7,78%), у лиц женского пола - в 8 (8,69%) и 10 лет (6,79%), Наименьший темп прироста у мальчиков отмечен в 4 (0,34%) и 7 лет (2,85%), а у девочек - в 7 (2,24%) и 12 лет (1,72%).

Рост детей с ДЦП лиц мужского пола с 3х до 12 лет увеличивается в 1,7 раза, у лиц женского пола в 1,6 раза. Наибольший темп прироста отмечен у мальчиков в 4 (17,5%) и 8 лет (10,0%), как у лиц женского пола в 4 (9,4%) и 8 лет (12,2%), наименьший у мальчиков в 9 (1,8%) и 10 лет (1,4%), а у девочек в 10 (0,8%) и 11 лет (1,7%) (рис 1).

Масса тела у детей с ДЦП растет волнообразно. У лиц мужского пола с ДЦП в 6 и 9 году жизни отмечается отрицательный темп прироста, такая картина у лиц женского пола отмечается в 6, 9 и 11 году жизни. Более высокий темп массы тела отмечается у лиц мужского пола с ДЦП в 5 (26,1%) и 8 лет (27,7%) и 12 лет (33,7%) (рис 2).

Окружность головы у детей с ДЦП во всех возрастных группах меньше чем у здоровых. У лиц мужского пола с ДЦП окружность головы в 12 лет меньше, чем у здоровых на 5,0 см (7,7%), а у лиц женского пола на 3,6 см, (6,94 %).

Продольный диаметр головы у лиц женского пола незначительно меньше чем у лиц мужского пола, и он почти одинаково у здоровых и у детей с ДЦП, а вертикальный диаметр головы во всех возрастных группах меньше у детей с ДЦП, в 12 летнем возрасте у лиц мужского пола на 1,9 см (14,9), а у лиц женского пола на 0,5 см (3,9%), меньше чем у здоровых детей.

Скуловой диаметр у лиц мужского пола с ДЦП до 10 лет меньше, чем у здоровых, а с 10 до 12 лет наоборот это параметр больше чем у здоровых детей. До 7 лет скуловой диаметр больше у здоровых лиц женского пола, а с 8 до 12 лет он больше у детей с ДЦП. Это происходит из-за того, что тонус жевательных мышц с возрастом увеличивается у детей с ДЦП и это приводит к увеличению скуловых размеров лица.

Длина корпуса у лиц мужского пола с ДЦП с 3 до 12 лет растет в 1,7 раза. Наибольший темп прироста наблюдается в 5 (19,0%) и 7 лет (15,3%), наименьший в 9 (0,9%) и 11 лет (2,1%). Более высокий темп прироста длины корпуса у лиц женского пола с ДЦП отмечен в 5 (17,0%) и 7 лет (16,9%), а наименьший в 10 (2,1%) и 12 лет (0,6%). Окружность грудной клетки детей с ДЦП растет зигзагообразно. У лиц мужского пола ОГК с 3 до 12 лет увеличивается в 1,29 раза, а у лиц женского пола с ДЦП в 1,36 раза.

Поперечный диаметр груди у детей с ДЦП с 3 до 12 лет у мальчиков увеличивается в 1,47 раз, у девочек 1,42 раза. Наибольший темп прироста отмечен в 4 (16,2%) и 9 лет (4,9%), а у девочек в 4 (16,5%) и 10 лет (5,4%), наименьший в 6 (2,1%) и 7 (0,5%).

Дети с ДЦП при ходьбе принимают вынужденную позу. Это отражается на формировании грудной клетки.

При ДЦП из-за повышения тонуса мышц туловища переднезадние размеры грудной клетки почти во всех случаях больше, чем у здоровых детей. Поперечный размер в более ранние сроки больше, чем у здоровых детей. В ранние сроки второго периода детства эти параметры намного уменьшаются, а в поздние сроки второго периода детства поперечный диаметр груди опять больше у детей с ДЦП. По нашему мнению, это формируется из-за сидячего образа жизни у детей с ДЦП. Из-за постоянного повышенного тонуса мышц, размеры высоты грудной клетки с возрастом уменьшаются, т.е. высота грудной клетки меньше у лиц мужского и женского пола с ДЦП.

Из-за прогрессирования заболевания во втором периоде детства окружность грудной клетки у детей с ДЦП постепенно уменьшается.

Наши данные согласуются с данными С.А.Бортфельда (1971) и А.С.Витензона и соавт. (1971), выяснившими, что у больных с ДЦП имеются своеобразные колебания туловища в сагиттальной плоскости. Это вызывает усиление поясничного лордоза, соответственно которому происходит выпячивание живота, и компенсаторное движение верхней части туловища кзади.

У лиц мужского пола с ДЦП ширина таза во всех возрастных группах меньше чем у здоровых. Обхват талии и окружность живота в первом периоде детства (из-за сидячего образа жизни) больше, чем у здоровых детей. Во втором периоде детства эти параметры начинают отставать у детей с ДЦП. У лиц женского пола с ДЦП в 3-летнем возрасте ширина таза больше чем у здоровых девочек. Начиная с 4 до 12 лет, этот параметр меньше чем у здоровых девочек. Обхват талии до 9 лет, окружность живота до 8 лет больше чем у здоровых девочек. В поздние сроки второго периода детства эти параметры начинают отставать у лиц женского пола с ДЦП как у лиц мужского пола с ДЦП.

Наши данные согласуются с данными И.С.Перхурова и соавт. (1996), которые указывают, что при ДЦП наличие патологических поздних тонических рефлексов, отсутствие или задержка развития выпрямительных реакций обуславливают отсутствие способности удерживать туловище в вертикальном положении, в результате чего задерживается и искажается развитие физиологической кривизны позвоночника, формы тазовых костей и таза в целом.

Общая длина правой верхней конечности у лиц мужского пола с ДЦП в 3-летнем возрасте почти одинакова с длиной у здоровых детей. С 4-летнего возраста она начинает отставать у детей с ДЦП, в 12 лет она меньше на 4,8 см (8,04%), чем у здоровых.

Общая длина левой верхней конечности в 12 лет меньше на 9,7 см (17,70%), по сравнению со здоровыми детьми. Общая длина верхней конечности у лиц женского пола с ДЦП во всех возрастных группах меньше чем у здоровых девочек, а в 12 лет она меньше с правой стороны на 6,0 см (10,2%), с левой стороны на 7,3 см (12,7%). С возрастом у обоих полов детей с ДЦП отставание длинотных параметров увеличивается.

Анализ длинотных параметров сегментов верхней конечности (длина плеча, длина предплечья и длина кисти) показало, что у обоих полов детей с ДЦП и с правой и с левой стороны наибольшее отставание отмечаются в кисти, потом в предплечье, и наименьшее в плече. При ДЦП больше страдают параметры конечности, особенно ее дистальные сегменты.

Общая длина нижней конечности во всех возрастных группах у детей с ДЦП меньше, чем у здоровых. Это согласуется с данными И.С.Перхурова и соавт. (1996), которые указывают, что при ДЦП развитие кости нижних конечностей претерпевают изменения. С возрастом отставание увеличивается, и к 12-ти годам у лиц мужского пола с правой стороны оно отстает на 9,8 см (13,4%), а с левой стороны на 12,5 см (19,2%). У лиц женского пола с ДЦП общая длина правой нижней конечности меньше на 9,9 см (14,8%), а левой на 11,2 см (17,0%). Отставание длинотных параметров нижней конечности в основном происходит за счёт отставания длины голени.

Охватные параметры верхней и нижней конечности у здоровых и у детей с ДЦП меньше с левой стороны. Кроме того этот параметр у детей с ДЦП во всех возрастных группах меньше, чем у здоровых детей.

Исследования показали, что при диплегической форме ДЦП больше страдают параметры конечности. Наши данные доказывают, что патологический очаг в головном мозге часто располагаются односторонне, и эти данные совпадают с данными В.П.Зыкова и соавт. (2003), которые указывают, что при спастической диплегии наблюдается асимметрия основных ритмов альфа-активности. Межполушарная асимметрия, региональная асимметрия биоэлектрической активности мозга на электроэнцефалографии.

В доступной нам литературе мы не нашли конкретных данных об антропометрических параметрах верхних и нижних конечностей, грудной клетки и других частей тела детей с ДЦП для сравнения с нашими данными.

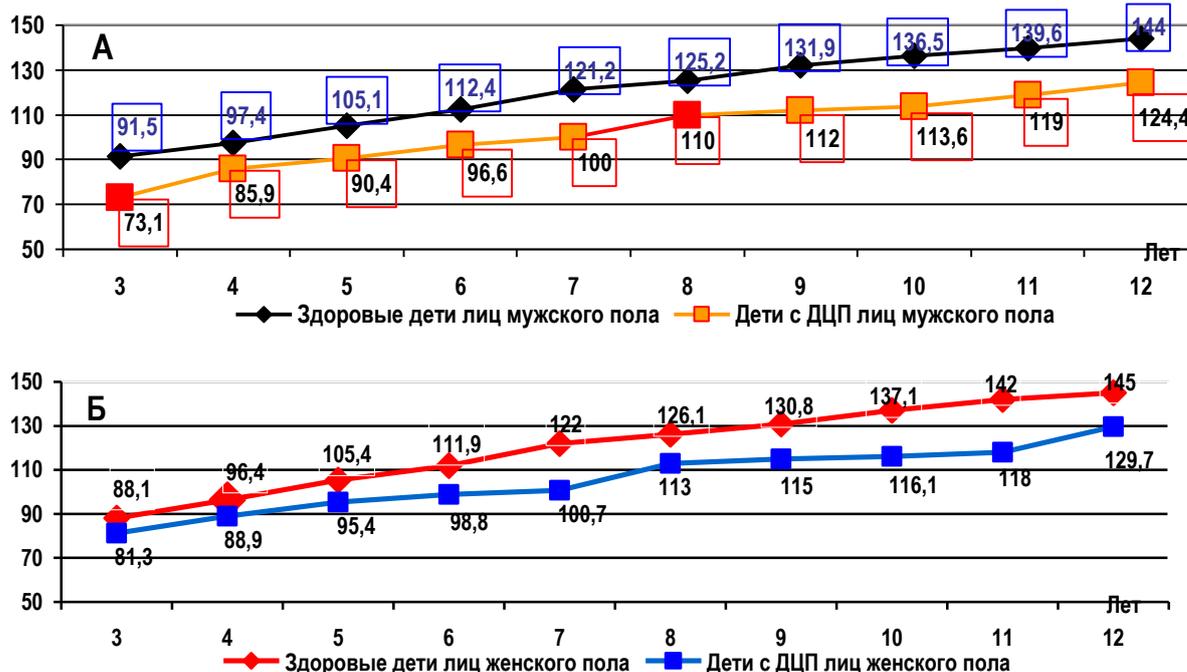


Рис.1. Морфометрические параметры длины тела (А) мальчиков здоровых и мальчиков с ДЦП; (Б)лиц женского пола здоровых и девочек с ДЦП.

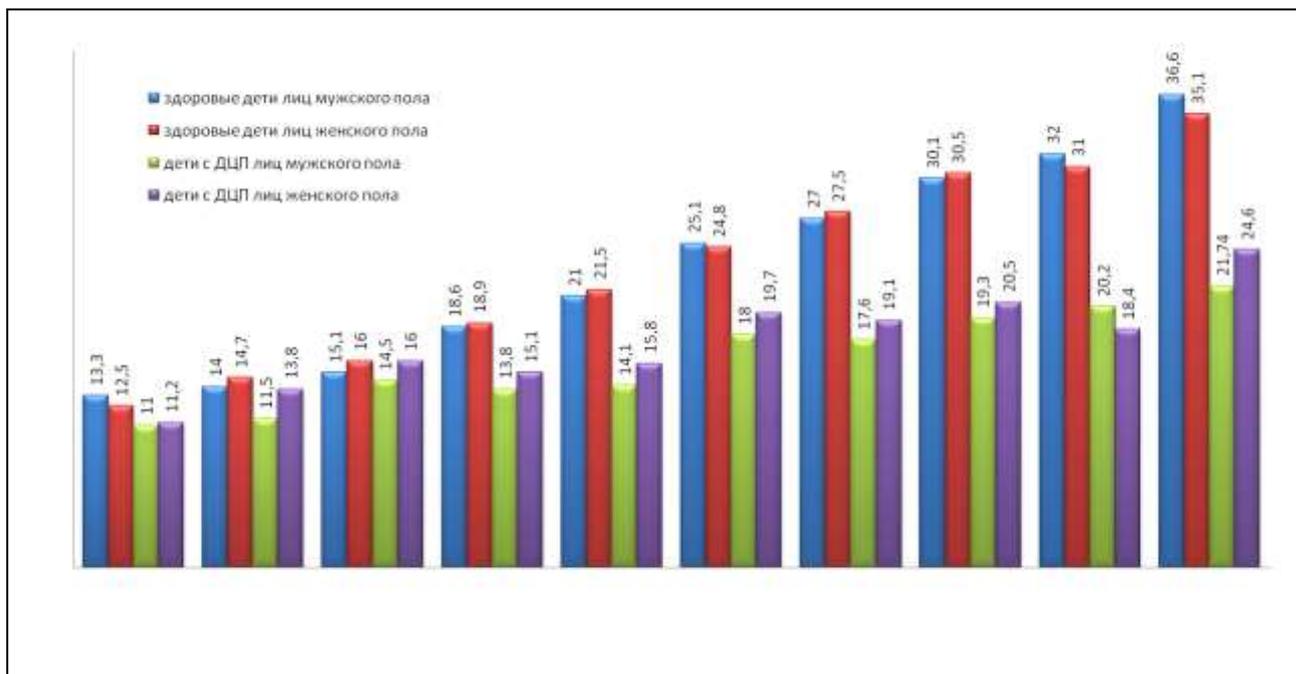


Рис.2. Морфометрические параметры массы тела здоровых детей и детей с ДЦП первого и второго периода детства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования позволили сформулировать следующие **выводы**:

1. Рост детей у лиц мужского пола первого периода детства увеличивается в 1,32 раза, у лиц женского пола - в 1,38 раза; масса тела в первом периоде увеличивается в 1,57 раза, а у лиц женского пола - в 1,72 раза. Рост детей у лиц мужского и женского пола второго периода детства увеличивается одинаково; масса тела во втором периоде у мальчиков увеличивается в 1,74 раза, а у лиц женского пола - в 1,63 раза. Перекрест ростовых параметров между этими двумя группами происходит в 5, 6, 7, 9 и 10 лет, а перекрест параметров массы тела наблюдается в 4, 8, 9 и 11 лет.

2. Рост у детей с церебральным параличом во всех возрастных группах меньше, чем у здоровых детей. У лиц мужского пола, больных детским церебральным параличом, длина тела в 12-летнем возрасте по сравнению со здоровыми отстает на 19,6 см, а у лиц женского пола на 15,3 см.

3. Масса тела у детей с церебральным параличом изменяется неравномерно. Наименьший темп прироста массы тела у лиц мужского пола с детским церебральным параличом отмечен на 6 и 9 году жизни, а у лиц женского пола в 6, 9 и 11-летнем возрасте. Масса тела у лиц мужского пола с детским церебральным параличом в 12 лет по сравнению со здоровыми меньше на 14,9 кг, а у лиц женского пола на 10,5 кг.

4. Окружность и вертикальный диаметр головы у детей с церебральным параличом во всех возрастных группах меньше, чем у здоровых. У лиц мужского пола с детским церебральным параличом окружность головы в 12 лет

меньше, чем у здоровых на 5,0 см, а у лиц женского пола – на 3,6 см. Скуловой диаметр у лиц мужского пола с детским церебральным параличом до 10 лет меньше, чем у здоровых, а с 10 до 12 лет, наоборот, происходит увеличение скуловых размеров из-за гипертонуса жевательных мышц.

5. Изменение размеров грудной клетки и талии происходит неравномерно. В обеих группах форма грудной клетки с возрастом изменяется от узкого к широкому. В первом периоде детства окружность грудной клетки и талии больше, у детей с ДЦП. Из-за прогрессирования заболевания во втором периоде детства окружность грудной клетки у детей с церебральным параличом уменьшается. При ДЦП из-за высокого тонуса мышц туловища в первом периоде детства переднезадний размер грудной клетки становится большим по сравнению с поперечным, чем у здоровых детей. В более поздние сроки второго периода детства у больных с ДЦП поперечный диаметр грудной клетки становится больше на фоне уменьшения высоты грудной клетки.

6. При детском церебральном параличе больше изменяются параметры конечностей и особенно их дистальных сегментов. В верхней конечности отмечается уменьшение длины кисти, потом предплечья, а затем плеча. Отставание длинотных параметров нижней конечности происходит преимущественно за счёт отставания длины голени. Обхватные параметры верхних и нижних конечностей у здоровых детей и у детей с церебральным параличом всегда меньше с левой стороны.

Практические рекомендации

1. Из-за сидячего образа жизни у детей с ДЦП изменяется форма грудной клетки, размеры таза и живота. Этот фактор надо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий в виде лечебных и физических упражнений, направленных преимущественно на дыхательные мышцы, способствующих разработке мышц брюшного пресса.

2. При лечении диплегической формы ДЦП часто используют специальные упражнения для релаксации мышц конечностей. При этом надо учитывать, что дистальные части конечностей отстают в развитии больше, по сравнению с проксимальными, поэтому большую нагрузку необходимо направить именно на эти части конечностей.

Список опубликованных работ

1. Рузиева Н. К., Тен С.А., Тешаев Ш.Ж., Рустамова Н.Б., Исомиддинова Ш.Н. Антропометрическая характеристика больных детским церебральным параличом во втором периоде детства. //Морфология.- Санкт-Петербург, 2010. – Т. 137, №4. - С.164.

2. Рузиева Н. К., Тешаев Ш.Ж. Морфометрическая характеристика параметров физического развития детей с детским церебральным параличом 7-летнего возраста. //Актуальные вопросы медицины: Матер.науч.-прак. конф. с междунар. Участием. - Самарканд, 2010. - С.185-186.

3. Рузиева Н.К. Сравнительная характеристика физического развития здоровых детей и детей с детским церебральным параличом 7-летнего возраста. //Вестник Тинбо.- Ташкент, 2010. - №2.- С.117-118.
4. Рузиева Н.К., Тешаев Ш.Ж. Сравнительная характеристика антропометрических показателей конечностей детей 5-летнего возраста в норме и при детском церебральном параличе. //Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2011.- №1(64). - С.45-48.
5. Тешаев Ш.Ж., Рузиева Н.К. Соғлом ва церебрал фалажи билан касалланган болаларда кўл-оёқларнинг антропометрик кўрсаткичлари. // Узбекистон тиббиёт журнали. – Тошкент, 2011.- №1.- С.9-11.
6. Идиев О.Э., Махсудов С.Н., Рузиева Н.К. Результаты электромиографических исследований жевательных мышц у детей с церебральным параличом. //Науково-практичний журнал. Вісник стоматології.- Одесса, 2011.- №2. – С.95-98.
7. Рузиева Н. К. Морфометрическая характеристика антропометрических показателей у детей первого и второго периода детства с детским церебральным параличом: Методические рекомендации. – Бухара, 2011.- 24 с.
8. Патент РУз. № DGU 02258. БЦП билан касалланган болаларнинг биринчи ва иккинчи болалик даврларидаги тана кисмлари ривожланиши бузилишини текшириш ва аниқлаш учун дастур. /Рузиева Н.К., Тен С.А., Тешаев Ш.Ж. //Расмий ахборотнома. – 2011. - №3.
9. Рузиева Н.К. Антропометрические показатели мальчиков с детским церебральным параличом в возрасте 3-7 лет. //Врач-аспирант. - Воронеж (Россия).- 2011. - №5.3(48). - С.492-499.
10. Идиев О.Э., Рузиева Н.К., Махсудов С.Н., Тешаев Ш.Ж., Яхёева Ф.О. Функциональное состояние жевательных мышц при детском церебральном параличе. //Вестник Тинбо. – Матер.Умеждунар.конф., посв. 20-летию создания научно-технического общества Узбекистана «Тинбо». - Ташкент, 2011. - С.58.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Рўзиева Нилуфар Кароматовнанинг 14.00.02 – Одам анатомияси ихтисослиги бўйича «Болаликнинг I ва II даврида соғлом ва болалар церебрал фалажи билан оғриган болаларда антропометрик ўсиш кўрсаткичлари солиштирма характеристикаси» мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч (энг мухим) сўзлар: БЦФ, бош, кўкрак қафаси, чанок, кўл ва оёқлар антропометрик ўлчамлари.

Тадқиқот объектлари: 3 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаликнинг I ва II даврларида бўлган 390 нафар ўғил бола ва 330 нафар қиз бола, ҳамда БЦФ билан оғриган 217 нафар ўғил ва 198 нафар қиз болалар.

Ишнинг мақсади: Болаликнинг биринчи ва иккинчи даврида болалар церебрал фалажи (диплегик формаси) билан оғриган болаларда антропометрик ўсиш кўрсаткичларини аниқлаш ва уларни соғлом болалар кўрсаткичлари билан солиштириш.

Тадқиқот методлари: Н.Х.Шомирзаев ҳаммуал. (1998) бўйича антропометрия, вариацион-статистик усул.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: Биринчи маротаба болаликнинг биринчи ва иккинчи даврида болалар церебрал фалажи(диплегик формаси) билан оғриган болаларда антропометрик ўсиш кўрсаткичлари ёшига ва жинсига мансуб ҳолда текширилиб, олинган натижалар соғлом болалар кўрсаткичлари билан солиштирилди. Бунда церебрал фалаж болаларнинг ўсиш кўрсаткичлари соғлом болалар ўсиш кўрсаткичларидан қанчалик даражада орқада қолганлиги аниқланди.

Амалий аҳамияти: БЦФда асосий даво муолажалари физиотерапевтик даво ҳисобланади.БЦФда тананинг соғлом болалардан қайси соҳаси ўсишдан қанча орқада қолиши аниқланди, бу даво муолажаларини белгилашда ҳисобга олинса, ногиронлик даражасини пасайишига ёрдам беради.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: асосий текширув натижалари Бухоро Давлат тиббиёт институтининг одам анатомияси ва ОХТА, педиатрия, ҳамда Самарканд Давлат тиббиёт институтининг одам анатомияси ва ОХТА кафедраларида амалий машғулотлар ўтиш ва маърузалар ўқишда ўқув материалларига сингдирилган.

Қўлланилиш (фойдаланиш) соҳаси: одам анатомияси, педиатрия, суд тиббиёти, неврология, антропология.

РЕЗЮМЕ

диссертации Рузиевой Нилуфар Кароматовны на тему: "Сравнительная характеристика антропометрических показателей у детей первого и второго периода детства с детским церебральным параличом" на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.02 - Анатомия человека.

Ключевые слова: ДЦП, антропометрические параметры головы, грудной клетки, таза и конечности.

Объекты исследования: 720 здоровых мальчиков и девочек первого и второго периода детства, 415 мальчиков и девочек с ДЦП в возрасте от 3 до 12 лет жизни.

Цель работы: Изучить антропометрические показатели здоровых детей первого и второго периода детства и сопоставить их с данными детей с церебральным параличом.

Методы исследования: антропометрия по Н.Х.Шомирзаеву и соавт. (1998), вариационно-статистический метод.

Полученные результаты и их новизна: Впервые сопоставлены показатели физического развития здоровых детей первого и второго периода детства с параметрами больных детей диплегической формой с церебрального паралича. В сравнительном аспекте рассмотрены антропометрические показатели головы здоровых детей первого и второго детства с данными больных детей с церебральным параличом. Изучены антропометрические параметры детей с церебральным параличом первого и второго периода детства по половому диморфизму. Изучение антропометрических показателей детей с детским, церебральным параличом и сопоставление этих данных с показателями здоровых детей позволили выявить, насколько различны эти параметры, и какая часть тела наиболее уязвима при этой патологии. Использование результатов работы в практической медицине, при лечении больных детей с детским церебральным параличом будет способствовать снижению доли детской инвалидности.

Практическая значимость: результаты исследования могут использоваться в работе врачей-невропатологов, а также на кафедрах педиатрии, при медицинских осмотрах в различных детских лечебно-профилактических учреждениях, при медицинских осмотрах в школах и дошкольных учреждениях, при чтении лекций по анатомии человека по разделу «Аномалии развития», по педиатрии и неврологии по разделу «ДЦП и поражения опорно-двигательного аппарата».

Степень внедрения и экономическая эффективность: основные результаты исследования внедрены и используются при проведении практических занятий и чтении лекций на кафедрах анатомии человека и ОХТА, педиатрии Бухарского государственного медицинского института и на кафедре анатомии человека и ОХТА Самаркандского государственного медицинского института.

Область применения: Анатомия человека, педиатрия, судебная медицина, неврология, антропология.

RESUME

Thesis of Ruziyeva Nilufar Karomatovna on theme: on the degree competition of the doctor of sciences in medicine 14.00.02 - an Anatomy of the person, subject: “Comparative feature of antropometric factors beside healthy children first and the second period childhood with baby cerebral palsies”

Key words: children of cerebral pulse, antropometric parameters heads, thorax, basin and limbs.

Subjects of research: 390 boys, 330 girls - first and the second period childhood, 217 boys children with children of cerebral pulse and 198 girls, from 3 before 12 years to lifes.

Purpose of work: study the antropometric factors children first and the second period childhood and sick cerebral palsies and match them.

Methods of research: antropometria on N.H.Shomirzayev with autor. (1998), variational-statistical method.

The results obtained and their novelty: is For the first time matched factors of the physical development children first and the second period childhood with parameter sick children with cerebral palsies (diplegic form). In comparative aspect are considered antropometric factors of the head of children first and second childhood with given sick children with cerebral palsies. The Studied antropometric parameters children with cerebral palsies first and second period childhood on sexual dimorphism. The Study antropometric factors children with baby, cerebral palsies and collation these given with factor of children will allow to reveal, insofar different these parameters and what part of body the most vulnerable under this pathology. Use result work in practical medicine, at treatment sick children with baby cerebral palsies will promote the reduction of the share baby invalid.

Practical value: Results of the study can be used when functioning (working) the physician of the neurologist, in neurosurgeries, as well as on pulpit of pediatrics, at physical examinations in different baby medical- preventive institutions, at physical examinations in school and preschool institutions, also when reading lecture on anatomies of the person in section “Anomalies of the development”, on pediatrics and neurologyes in section “children of cerebral pulse and defeats supporting-motor device”.

Degree of embed and economic effectivity: the main results of the study are introduced in scholastic material when undertaking practical occupation and reading lecture on pulpit of the anatomies, pediatrics Bukhara State medical institute, of the anatomies Samarkand State medical institute.

Field of application: anatomy, pediatrics, judicial medicine, neurology, anthropology.