

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ И ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ

В статье представлены данные исследования физического развития детей часто болеющих острыми респираторными инфекциями и роль физического воспитания в улучшении их состояния здоровья.

Ключевые слова: дети, здоровье, физическое развитие, острые респираторные инфекции.

Физическое развитие (ФР) является одним из наиболее важных показателей здоровья ребенка. Физическое развитие ребенка — сложный процесс морфологических и функциональных перестроек, который внешне выражается в изменении размеров тела, соотношениях отдельных частей тела между собой и уровня активности функций детского организма. В период детства ФР в норме носит наиболее поступательный характер. Детский организм обладает наибольшей пластичностью и способен меняться под влиянием различных экзогенных и эндогенных факторов [9, 2].

На темпы ФР влияют наследственные факторы, тип конституции, интенсивность обмена веществ, эндокринный фон организма, факторы питания, метаболизма, активность ферментов крови и секретов пищеварительных желез. ФР подвержено колебаниям в зависимости от этнических, социальных, географических, климатических, эколого-гигиенических факторов и уровня урбанизации [6, 5]. Всякое существенное отклонение от средних данных свидетельствует о нарушении ФР ребенка [2, 1].

Тесная связь ФР и состояния ребенка определяет необходимость изучения темпов развития организма при длительном негативном воздействии неблагоприятных факторов, к числу которых относятся хронические заболевания. Заболевания органов дыхания являются наиболее распространенной группой болезней среди детского населения. Особенно большой удельный вес в структуре заболеваемости у детей имеют острые респираторные инфекции (ОРИ) верхних дыхательных путей [4, 6]. Частые ОРИ формируют в организме ребенка хронические очаги инфекции.

По данным ВОЗ (1997), частота ОРИ у детей до 5 лет во всем мире составляет в среднем от 4 до 9 эпизодов в год. Даже в неэпидемические годы число ОРИ во много раз превышает заболеваемость всеми основными инфекционными болезнями. В период же эпидемий в эпидемический процесс вовлекается более 30 % населения земного шара, причем более половины из них составляют дети (А.А. Баранов 2001). Проблема часто болеющих детей остается острой все последние десятилетия. Несмотря на значительные достижения педиатрической науки, количество детей, которые переносят в раннем возрасте ОРИ больше шести раз в год не уменьшается. В последние десятилетия наметилась явная тенденция к ухудшению показателей физического развития и состояния здоровья детей и подростков [1, 4, 8].

Все это свидетельствует о необходимости разработки системы профилактических мероприятий, предупреждающих хронизацию функциональных отклонений в состоянии здоровья детей.

Целью настоящей работы было изучение основных параметров физического развития детей часто болеющих ОРИ, определение роли физического воспитания в оздоровлении таких детей.

Анализ анамнестических данных 39 детей 6-7 летнего возраста проводился на основании изучения карты развития ребенка (учетная форма № 112) и индивидуальной карты ребенка (форма № 26).

Проведена оценка ФР у детей часто болеющих ОРИ. Индивидуальная оценка основных параметров ФР (роста, массы тела) проводилась в сравнении с возрастными нормами ФР школьников. Антропометрические обследования детей проводились общепринятыми методами. Алгоритм оценки ФР детей включал последовательные этапы: антропометрию, сравнение со средними показателями для данной возрастно-половой группы (методом определения сигмальных отклонений и по "оценочным таблицам"), определение степени гармоничности физического развития.

Для повседневной оценки ФР детей и подростков в процессе педагогической работы вовсе не обязательно владеть всем комплексом антропометрических методик. Достаточно учитывать основные антропометрические показатели: длину и массу тела ребенка, которые на разных этапах онтогенеза меняются с различной интенсивностью, что свидетельствует о различной интенсивности процессов ФР детей и подростков [2].

Для оценки гармоничности ФР использовались "оценочные таблицы", которые позволяют анализировать индивидуальное развитие ребенка в онтогенезе.

Такую оценку ФР ребенка (подростка) по региональным "оценочным таблицам" можно по праву считать наиболее отвечающим задачам практического здравоохранения — своевременному выявлению отклонений в развитии детей и подростков, установлению и устранению причин этих отклонений, разработке системы мер оздоровления и коррекции [10].

Анализ анамнестических данных показал, что наиболее частыми факторами риска попадания ребенка в группу часто болеющих детей ОРИ являются следующие факторы: мать ребенка сама относится к группе часто болеющих и имеет хроническую патологию верхних дыхательных путей и лор-органов — 69,6 %; мать во время беременности перенесла ОРЗ — 33,5 %; мать имела осложнения при родах — 82,7 %; ребенок в 1-3 месяца переведен на искусственное вскармливание — 78,9 %; ребенок перенес ОРИ в первые месяцы жизни — 46,5 %; ребенок находился под наблюдением у невропатолога в течении первых лет жизни — 81,6 %; низкая масса тела при рождении, недоношенность — 20,7 %.

Определение уровня гармонизации ФР показало, что гармонично развиваются 12,6 %, умеренно дисгармонично — 31 %, дисгармонично — 56,4% детей. Проявлением дисгармоничности является дефицит массы тела — у 23,3 %.

Средние отклонения массы тела находятся в пределах более — 1σ . Это косвенно указывает на значение жировой ткани в изменении порога чувствительности к инфекционным агентам дыхательных путей у детей [3]. Избыточная масса тела — не выявлена. Обращает на себя внимание количество детей с низким ростом (общей задержкой ФР) — 0,9 %. Средние отклонения роста тела у детей составили более — 2σ , что отражает низкие значения этого показателя в соответствующей возрастной группе детей. Это не может быть безразличным для общества, так как, по некоторым данным. Такое отклонение достаточно часто формируется у детей из неблагополучных семей [10]. Такой показатель, как рост, находится в тесной зависимости от условий питания, устойчивости организма к заболеваниям, санитарных условий, жилища и от многих других. Вполне естественно, что улучшение этих условий способствует ускорению темпов физического развития. Однако эти изменения не являются беспредельными и ограничены рамками наследственной программы развития [2].

Улучшение показателей физического развития и состояния здоровья детей и подростков можно добиться используя комплексный подход к реабилитации детей, включающий физические упражнения, тренирующие дыхательную мускулатуру грудной клетки и диафрагмальное дыхание, восстановление правильного носового дыхания, массаж с сильным раздражающим действием в зонах и точках кожной чувствительности, непосредственно связанных с дыханием; повышение иммунитета (системы защитных механизмов организма) за счет закаливания организма [7].

В процессе исполнения физических упражнений используются наиболее эффективные пути мобилизации природных, приспособительных, защитных и компенсаторных особенностей организма с целью коррекции нарушенных функций. Но эти программы должны быть индивидуальными, построены с учетом возраста, состояния здоровья, функциональных возможностей ребенка.

Выводы. 1. Частые ОРИ у детей сопровождаются заметным влиянием на физическое развитие.

2. Антропометрические обследования детей и подростков позволяют не только определить степень физического созревания, но и дать общую оценку состояния здоровья обследуемого ребенка. Это важно не только с гигиенической стороны, но и необходимо для правильной организации индивидуальной учебно-воспитательной работы, так как дети с худшими показателями развития требуют к себе больше внимания.

3. Система мер оздоровления детей с отклонениями физического развития и болеющие частыми респираторными заболеваниями должна обязательно включать физические упражнения как комплексное воздействие на организм ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гигуз Т.Л. Динамика физического развития учащихся школ города Новосибирска / Т.Л. Гигуз, А.Я. Поляков, Н.Д. Богачанов // Гигиена и санитария. — 2003. — № 3. — С. 50-52.
2. Ермолаев Ю.А. Возрастная физиология / Ю.А. Ермолаев. — М.: "Высшая школа", 1985. — 384 с.
3. Колтаков С.А. Корреляция физического развития, питания и частоты острых респираторных заболеваний у лиц юношеского возраста / С.А. Колтаков, М.А. Кислова, М.М. Расулов // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2005. — №4. — С. 32-35.
4. Майданник В.Г. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике заболеваний верхних дыхательных путей у детей / В.Г. Майданник. — К.: Вид. "Аспект-Полиграф", 2003. — 177 с.
5. Масюк В.С. Анализ физического развития детей и подростков в практике семейной медицины / В.С. Масюк // Российский семейный врач. — 2006. — Т. 10. — №1. — С. 43-44.
6. Петрова А.Г. Основные параметры физического развития перинатально ВИЧ-инфицированных детей-сирот / А.Г. Петрова, М.Г. Евсева, В.Т. Киклевич, Р.Д. Варнакова // Детские инфекции. — 2006. — Т. 5. — №5. — С. 70-73.
7. Толкачев Б.С. Физкультурный зaslон ОРЗ / Б.С. Толкачев. — М.: Физкультура и спорт, 1988. — 159 с.
8. Фокіна С.С. Ступінь біологічної зрілості часто хворюючих дітей раннього віку / С.С. Фокіна, Д.Ю. Нечитайло // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2002. — №5. — С. 53-54.
9. Шандала И.Г. Заболеваемость, Физическое развитие и функциональное состояние организма при различном характере и степени загрязнения окружающей среды / И.Г. Шандала, Я.И. Звоняцкий // Гигиена и санитария. — 1988. — №4. — С. 26-28.
10. Ямпольская Ю.А. Региональное разнообразие и стандартизованная оценка физического развития детей и подростков / Ю.А. Ямпольская // Педиатрия. — 2005. — №6. — С. 73-76.

Подано до редакції 31.01.11