

Таблица 6 – Динамика показателей ЭГ в ходе педагогического эксперимента ($\bar{X} \pm S_{\bar{x}}$)

Показатели	До эксперимента	В конце эксперимента	Прирост, %
Динамометрия, кг (правая рука)	18,2±0,66	19,2±0,53	6,2
Динамометрия, кг (левая рука)	16,5±0,42	18,1±0,34	10,3
Проба Генчи, с	18±0,6	19,6±0,56	9,7
Проба Штанге, с	25,85±0,47	28,83±0,49	11,9
Ортостатическая проба, уд/мин	13,4±0,15	8,85±0,18	33,4
Тест САН, балл	6,93±0,18	4,63±0,19	32,6

Педагогический эксперимент показал, что средние результаты по всем показателям улучшились в обеих группах, однако в ЭГ отмечены более высокие показатели процентного прироста по сравнению с исходными величинами.

Таким образом, можно судить о том, что разработанная нами программа комплексного применения средств физической реабилитации (с включением в ЛГ элементов пилатеса, йоги и фитбол-гимнастики, а также с использованием массажа, самомассажа, пеших прогулок и гидротерапии) улучшает функциональное и психоэмоциональное состояние женщин в период беременности (II триместр), является эффективной и может быть рекомендована к применению у данного контингента.

1. Акушерство: учеб. для студентов медвузов / под ред. проф. В. И. Бодяжина, проф. К. Н. Жмакина. – Курск: Медицина, 1995. – 395 с.
2. Айламаязан, Э. К. Акушерство / Э. К. Айламаязан. – СПб., 2000. – 494 с.
3. Калинина, Л. Ф. Лечебная физическая культура в акушерской и гинекологической клинике / Л. Ф. Калинина. – Харьков: ФиС, 1969. – 152 с.
4. Лечебная физкультура для женщин / под общ. ред. Т. А. Евдокимовой. – М.: Эксмо, 2005. – 352 с.

ПРОБЛЕМА ДЛИТЕЛЬНО И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Тулупова Л.А.,

Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

Одним из приоритетных направлений системы дошкольного воспитания и здравоохранения является улучшение состояния здоровья длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста, относящихся к группе медико-социального риска. Эти дети вследствие ситуации болезни отличаются от здоровых сверстников особенностями физического и психического развития: чаще отмечаются отклонения от нормы показателей функционального состояния организма и физического развития, характерна сниженная переносимость физических нагрузок, выявляется хроническая патология. У них заметно меняется отношение к окружающему миру, наблюдаются изменения в развитии самосознания, в динамике познавательной деятельности, а также дефицит общения с взрослыми и сверстниками. Бывает, рекуррентные респираторные инфекции приводят к социальной дезадаптации и возникновению педагогических проблем, снижению качества жизни в целом. Снижение функциональных резервов длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста 3–5 лет неблагоприятно отражается на их физическом и нервно-психическом развитии, успешности будущего обучения в школе. Именно этим обусловлена медико-социальная значимость изучения длительно и часто болеющих детей, особенно дошкольного возраста 3–5 лет, страдающих рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей с бронхо-легочными заболеваниями: острым и хронический бронхитом.

Острые респираторные инфекции (ОРИ) – самые частые заболевания у детей, на их долю приходится до 70–80 % всей инфекционной патологии детей. Являются абсолютными лидерами в структуре инфекционной заболеваемости в детском возрасте [1]. Практически каждый ребенок

неоднократно в течение года болеет простудными заболеваниями. Острые респираторные заболевания у детей наиболее часто проявляются в виде инфекций:

- 1) верхних дыхательных путей (ринит; назофарингит; ангина; тонзиллофарингит; ларинготрахеит; трахеит; бронхит; ларинготрахеобронхит);
- 2) терминальных респираторных отделов и легочной паренхимы (бронхопневмония);
- 3) ЛОР-органов (отит; евстахиит; аденоидит; синусит).

Исследования, проведенные многими авторами при изучении проблемы рецидивирующих инфекций, установили, что особенно длительные и частые эпизоды повторных ОРЗ у детей обуславливают запуск формирования хронической патологии взрослого периода [1], зачастую без промежуточной стадии хронической патологии детского возраста [2]. Под влиянием повторных ОРЗ у категории длительно и часто болеющих детей происходит глубинная перестройка в системах организма, дисбаланс иммунной системы (А.Л. Заплатников, 2006). Эти дети заслуживают особого внимания, так как частые респираторные инфекции могут обусловить срыв основных адаптационных механизмов, привести к значительным нарушениям функционального состояния организма и способствовать раннему развитию хронической патологии [3]. После ОРЗ, по данным отдельных авторов, возникают самые различные осложнения (10–30 %): от вялотекущих фарингитов и бронхитов, до тяжелых хронических пневмоний и инфекционно-аллергической бронхиальной астмы; увеличилась также длительность и частота тяжелых форм заболевания [1]. Повторные и тяжело протекающие заболевания неблагоприятно влияют на состояние здоровья детей, приводят к срыву адаптации основных функциональных систем организма, в том числе угнетению функциональной активности системы иммунитета с формированием в ней дисбаланса и порочного круга с возникновением новых заболеваний. Развитию иммуносупрессии способствует и частое использование лекарств (нестероидные противовоспалительные препараты, антибиотики и др.).

Установлено, что именно за счет группы длительно и часто болеющих детей формируется более половины всей заболеваемости детей. Больше чем 25 % детей на их первом году жизни и 18 % детей в возрасте между 1-м и 4-м годами страдают от рецидивирующих инфекций дыхательных путей с осложнениями в виде среднего отита, синусита, бронхиальных и легочных инфекций [2]. Помимо этого, в этой группе детей особенно высок риск возникновения хронических заболеваний, нередко приводящих к инвалидизации ребенка [3]. Динамика инвалидизации привлекает внимание большого количества специалистов к изучению этой проблемы и поиску новых эффективных методов реабилитации длительно и часто болеющих детей с бронхолегочными заболеваниями. По мнению ведущих отечественных и зарубежных ученых: физиологов, пульмонологов, терапевтов, инфекционистов – показатели заболеваемости в значительной степени связаны с недостаточной функцией внешнего дыхания, с плохим дренажем бронхолегочной системы, со слабостью мышц, участвующих в дыхательных движениях, что приводит к накоплению условно патогенной флоры, снижению локального иммунитета и вспышке того или иного заболевания дыхательной сферы ребенка, таких как острый и хронический бронхиты, особенно у длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста 3–5 лет [3].

При лечении длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста используется широкий спектр лекарственных препаратов, но, многие дети страдают аллергическими заболеваниями, что существенно ограничивает возможности медикаментозной терапии. Более того, фармакологические препараты часто оказывают побочное действие различного характера, нарушающие реактивность организма и ухудшающие его функциональное состояние. Отмечается увеличение частоты аллергических и токсических реакций на лекарства, формирование резистентности к различным препаратам. Однако немедикаментозные методы лечения и реабилитации у детей дошкольного возраста с рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей используются недостаточно.

Поэтому актуальность использования возможностей немедикаментозной терапии у длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста, страдающих бронхо-легочными заболеваниями, возрастает. Немедикаментозные методы предупреждают прогрессирование заболевания, уменьшая риск развития осложнений и побочных проявлений на лекарственные препараты, являясь наиболее экологически чистыми, простыми и доступными. Положительный эффект этих методов имеет близлежащие сроки и отдаленные, часто нужны повторные курсы, для реализации чего необходимы и важны мотивация, терпение и значительные усилия ребенка и его родителей, педагогов и медперсонала.

Исследователи продолжают поиск и разработку новых научно обоснованных и эффективных программ укрепления здоровья длительно и часто болеющих детей, восстановления их работоспособности, социальной реабилитации и адаптации в обществе. Возникает потребность в поиске и применении средств и организационных форм, их эффективном сочетании в комплексной реабилитации детей дошкольного возраста с рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей. Многие вопросы, традиционно считавшиеся решенными, вновь пересматриваются в свете новых теоретических исследований и данных современных клинических наблюдений. В литературе имеются разноречивые взгляды на проблему часто и длительно болеющих детей [1; 3]. Единого комплексного подхода к обоснованию причин частых респираторных заболеваний у детей, тактики лечебных, профилактических и мероприятий по восстановлению на данный момент не обозначено.

С одной стороны, значительная часть исследователей, не найдя грубых изменений в иммунном статусе у длительно и часто болеющих считает, что такой проблемы вообще не существует, такое состояние является вариантом физиологической нормы и не требует каких-либо корректирующих вмешательств. Таких детей предлагают называть «поздно стартующий ребенок» и наблюдать в динамике. С этим сложно согласиться, так как при острых респираторных заболеваниях, повторяющихся более 6–8 раз в году, адекватного восстановления функциональных характеристик иммунной системы не происходит. С другой стороны, не менее значительная часть исследователей находит те или иные изменения в иммунном статусе и других системах детского организма и отстаивает позицию о том, что такое состояние – это не норма, а переходное состояние между здоровьем и болезнью (предболезнь по старой терминологии), формирующее хронические воспалительные процессы, и именно это состояние является наиболее оптимальной точкой приложения всех позитивных воздействий. Такая позиция более близка и приемлема для нас [3].

Таким образом, сложившаяся ситуация обуславливает поиск более оптимальных подходов к организации и совершенствованию медицинской помощи и реабилитации длительно и часто болеющих детей, требует проведения современных реабилитационных мероприятий и разработки новых подходов. Восстановление и оздоровление этой группы детей предоставляет реальную возможность снижения количества обострений, а также увеличения длительности ремиссии, соответственно, сокращения заболеваемости и инвалидности среди детского населения, что улучшает качество жизни детей и их родителей. Сокращение сроков реабилитации очень значимо для экономики каждой семьи и всей страны.

В связи с вышеизложенным, поиск и разработка эффективных методов восстановления функционального состояния и действенных способов оздоровления длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста 3–5 лет, страдающих рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей с бронхолегочными заболеваниями: острым и хроническим бронхитом, является очевидной необходимостью.

Поэтому разработка эффективной программы восстановления длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста 3–5 лет, страдающих рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей, с бронхо-легочными заболеваниями: острым и хроническим бронхитом, является актуальной государственной задачей современной системы дошкольного воспитания и здравоохранения и целью нашей работы.

Включение в программу восстановления длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста 3–5 лет специально подобранных физических упражнений, подвижных игр и игровых элементов, дыхательной и звуковой гимнастики в сочетании с массажем, и ароматерапией, закаливающими процедурами, фитотерапией на фоне рационального режима дня и питания способствует усилению оздоровительного эффекта занятий и повышению мотивации ребенка к посещению детского сада и занятий, а также стимулирует его инициативу, фантазию, повышая эмоциональный фон, соответственно укрепляя иммунитет, способствует восстановлению функционального состояния детского организма. Определение в программе восстановления параметров оптимальных нагрузок для изучаемого контингента детей и продолжительность их эффективного применения в процессе восстановления способствует направленному развитию функции внешнего дыхания, достижению должного уровня функционального состояния и физического развития детей дошкольного возраста 3–5 лет, страдающих рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей с бронхолегочными заболеваниями: острым и хроническим бронхитом.

Эффективность программы восстановления оценена по следующим клиническим критериям: положительная динамика роста-весового показателя; нормализация показателей функционального состояния организма (частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений, параметры

поведения: нормализация сна, аппетита, улучшение эмоционального состояния, хорошее самочувствие, отсутствие жалоб); улучшение общего состояния здоровья, иммунитета, сокращение длительности и частоты заболеваний у детей дошкольного возраста 3–5 лет, страдающих рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей с бронхолегочными заболеваниями: острым и хроническим бронхитом.

Для достижения цели были использованы следующие методы исследования: общетеоретические методы познания (анализ, синтез, аналогия, сравнение, сопоставление, обобщение, классификация, систематизация, моделирование); анализ научно-методической, медицинской и педагогической литературы; педагогический эксперимент; педагогическое наблюдение; анкетирование и изучение медицинской документации; интернет-технологии поиска информации, медико-биологические методы исследования: соматометрия, методы измерения функций внешнего дыхания; статистический анализ результатов.

1. Часто болеющие дети / В. Ю. Альбицкий [и др.]. – Нижний Новгород: НГМА, 2003. – 180 с.
2. Зыблева, С. В. Часто и длительно болеющие дети: вопросы обследования и иммунореабилитации: практическое пособие для врачей / С. В. Зыблева, С. Л. Зыблев. – Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2015. – 84 с.
3. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 768 с.

НЕТРАДИЦИОННАЯ МЕТОДИКА РАЗВИТИЯ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Харазян Л.Г.,

Гродненский государственный университет им. Янки Купалы,
Республика Беларусь

Для повышения двигательной активности и коррекции вторичных отклонений в развитии у младших школьников с нарушениями зрения, необходимо целенаправленно формировать у них координационные способности, так как ни одно статическое положение и самое простое движение не могут осуществляться без их участия.

Установлено, что в значительной степени на статическую чувствительность отрицательно влияет отсутствие зрительного контроля за положением тела в пространстве. В данной ситуации компенсаторной реакцией на потерю зрения является повышение в определенной степени статической чувствительности. Вестибулярный аппарат у слепых и слабовидящих, получая дополнительную информацию от различных рецепторов, информирует головной мозг о положении тела относительно окружающих предметов и при необходимости усиливает статическую чувствительность [5]. Но этой компенсаторной реакции недостаточно. Анализ литературы показал, что способность к сохранению вертикальной устойчивости тела у детей с нарушениями зрения ниже, чем у практически здоровых ровесников. Эти результаты касаются как времени удержания заданной позы, так и угла наклона туловища относительно вертикальной оси [4; 7; 12]. Следует обратить внимание на то, что при выполнении тех же тестов с закрытыми глазами тотально слепые дети показывают более высокие результаты, чем слабовидящие и слепые с остаточным зрением. Это объясняется прежде всего тем, что при тотальной слепоте компенсаторные процессы проявляются сильнее [8; 10].

Исследования динамического равновесия у незрячих и слабовидящих школьников свидетельствуют о том, что величина колебания тела при ходьбе у этих детей в два раза больше, чем у нормально видящих сверстников [2; 13].

Анализ методик развития координационных способностей на уроках адаптивной физической культуры у детей с нарушениями зрения показал, что они включают в себя те же специальные упражнения, что и для здоровых детей, только адаптированные к данному контингенту занимающихся. Они отличаются от тех, которые предназначены для здоровых детей некоторыми параметрами, в частности, количеством повторений, интенсивностью выполнения упражнения, интервалами отды-