

7. Ткаченко, В.Г. Паркинсонизм. Новый взгляд на старую проблему / В.Г. Ткаченко // Здоровье Украины. – 2000. – 12 дек. – С. 22–23.
8. Шток, В.Н. Лечение паркинсонизма / В.Н. Шток, Н.В. Федорова. – М., 1997. – 196с.
9. Штульман, Д.Р. Паркинсонизм / Д.Р. Штульман, П.В. Мельничук // Болезнь нервной системы. – М., 1995. – Т. 2. – С.144–159.
10. McColl, K.D. Motor response to levodopa and the evolution of motor fluctuations in the first decade of treatment of Parkinson's disease / K.D. McColl [et al] // Movement Disorders. – 2002. – V. 17, № 6. – P. 1227–1234.

## **ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

*Сташенин А.В., Приходько В.И., канд. мед. наук, доцент,*  
Белорусский государственный университет физической культуры,  
Республика Беларусь

Бронхиальная астма (БА), по мнению современных авторов [4, 5], – это не только заболевание бронхолегочной системы, но и всего организма, в том числе центральной и вегетативной нервных систем, поэтому рассматривается как хроническое психосоматическое заболевание, влияющие на физическое здоровье ребенка, его эмоционально-личностную сферу и межличностные отношения.

У 60 % детей, больных БА, отмечается склонность к депрессивному состоянию. Это выражается в пониженном настроении, безразличии, потере интереса к жизни, мыслях о собственной ненужности, ущербности, страхе смерти. Они испытывают значительные трудности в вербализации своих переживаний. У многих из них одним из факторов, провоцирующих приступ, является эмоциональное переживание, независимо от того, положительное оно или отрицательное [4].

Если ранее полагали, что БА в детском возрасте имеет относительно благоприятный прогноз, то теперь все чаще наблюдается тяжелое ее течение, о чем свидетельствует развитие астматических состояний с исходом в опасный для жизни асфиктический синдром.

В связи с этим актуальным остается поиск и разработка новых научнообоснованных и эффективных программ восстановления детей с БА, повышения их работоспособности и, как следствие, лучшей социальной адаптации [1–3].

С учетом вышеизложенного была поставлена цель – изучить особенности эмоционального и функционального состояний детей среднего школьного возраста с БА.

Исследование проводилось на базе санатория «Белорусочка». В нем приняли участие 20 детей (из них 6 девочек и 14 мальчиков) в возрасте 10–12 лет с диагнозом БА легкой степени тяжести течения.

Для изучения особенностей эмоционального и функционального состояний применялись следующие методы:

– анкетирование и интервьюирование (анкета для родителей, интервьюирование детей). Цель – выяснить индивидуальные особенности ребенка; состояние физической активности ребенка (посещение уроков физической культуры в школе, занятий в спортивных секциях, занятий физическими упражнениями дома, какие виды двигательной активности наиболее значимы для детей); интересы ребенка;

– опросник «Качество жизни» (русская версия опросника Childhood Asthma Questionnaires). Цель – дать количественную оценку качеству жизни, в частности таких аспектов, как психологическое состояние, социальные взаимоотношения, субъективные ощущения;

- исследование функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) (измерение артериального давления (АД), подсчет частоты пульса в состоянии покоя);
- исследование функционального состояния дыхательной системы (подсчет частоты дыхания (ЧД), измерение жизненной емкости легких (ЖЕЛ), измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ), проведение проб Штанге и Генчи).

В процессе анализа анкетных данных детей и их родителей были выявлены особенности, суть которых отображает рисунок.

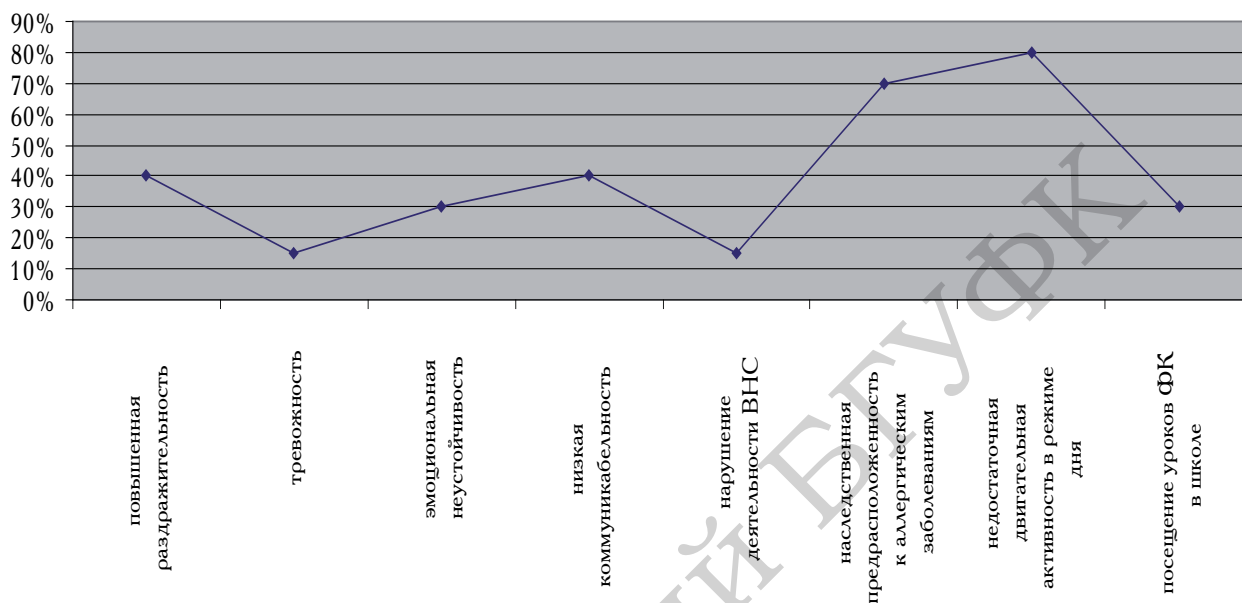


Рисунок – Показатели анкетного опроса детей и родителей

Как видно из рисунка 1, у большинства детей с БА отмечаются нарушения в эмоционально-волевой сфере с изменением поведенческих реакций: эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность, возбудимость, тревожность. Для таких детей типичны нарушения вегетативной нервной системы: повышенная потливость (общая или местная), «мраморность» кожного рисунка конечностей; лабильность пульса и артериального давления; повышенная реактивность бронхов.

В результате анализа данных опросника «Качество жизни» установлено, что показатель по шкале «Тяжесть астмы» составил 52 % от максимально возможного, что отображает частоту приступов и общее самочувствие детей. Средний балл по шкале «Дистресс» составил 76 %, что связано, на наш взгляд, с эмоциональным переживанием детьми своего состояния. По шкале «Качество активной жизни» средний балл составил 82 % от максимально возможной величины. Такой высокий показатель обусловлен тем, что привычная нагрузка для здорового ребенка организмом больного БА воспринимается как чрезмерная. По шкале «Качество пассивной жизни» средний показатель составил 78 % от максимально возможного, что, скорее всего, связано с ограничением возможностей принимать участие в играх и вынужденным занятием пассивными видами деятельности.

Анализ среднестатистических значений параметров функционального состояния ССС детей позволил констатировать, что средние показатели пульса в покое составили  $91,4 \pm 1,2$  уд/мин, что превышает предел возрастной нормы. При индивидуальном анализе данных была установлена склонность к тахикардии у 70 % детей.

Было выявлено, что средние значения показателей систолического АД составляют  $104,7 \pm 1,1$  мм рт. ст., а диастолического АД –  $63,5 \pm 1,09$  мм рт. ст., что соответствует их средним значениям для данного возраста. При индивидуальном анализе данных установлено,

что 25 % детей имеют показатели АД ниже средних значений, а у 30 % – несколько превышают нормативную величину для данного возраста.

Средние значения показателей ЧД у детей составляют  $28,25 \pm 0,4$  раз/мин, что значительно выше нормативной величины для данного возраста. При индивидуальном анализе данных было выявлено, что только у 10 % детей показатели ЧД соответствуют норме.

Средние значения показателей ЖЕЛ составили  $1885,5 \pm 34,8$  мл, что несколько ниже нормативной величины для данного возраста. При индивидуальном анализе данных было установлено, что величина ЖЕЛ соответствует ДЖЕЛ только у половины испытуемых.

ПСВ определялась при помощи пикфлоуметрии. Средние значения показателей составили  $219,1 \pm 3,09$  л/мин, что соответствует нормативным величинам для данного возраста. Индивидуальный анализ данных установил, что у 30 % детей данный показатель ниже нормы.

Время задержки дыхания на вдохе и выдохе в среднем составило  $23,7 \pm 1,0$  и  $9,75 \pm 0,5$  с соответственно, что ниже средних величин для данного возраста. Такой низкий уровень характерен для всех обследуемых детей.

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы:

- нарушение эмоционального состояния выявлено у 40–50 % исследуемых;
- функциональное состояние кардиореспираторной системы снижено у 70–90 % детей с БА.

Данные особенности целесообразно учитывать при составлении корректирующих программ для восстановления детей с БА, уделяя внимание как эмоциональному, так и функциональному компонентам.

1. Геппе, Н.А. Эффективность немедикаментозных методов в комплексном лечении бронхиальной астмы у детей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н.А. Геппе. – М., 1993. – 24 с.

2. Жохова, Ю.П. Новые технологии в реабилитации детей, страдающих бронхиальной астмой / Ю.П. Жохова, С.Д. Поляков // Актуальные вопросы медицинской реабилитации в современных условиях: материалы науч.-практ. конф. 31 марта – 2 апреля 1999 г. / под ред. проф. Б.А. Поляева. – М.: РГМУ, Федеральный центр лечебной физкультуры и спортивной медицины, 1999. – С. 122–126.

3. Лазарев, М.Л. Система развивающей терапии детей, страдающих астмой: метод. рук-во для врачей, педагогов и родителей / М.Л. Лазарев. – М.: ЦВЛД, 1993. – 291 с.

4. Марисенко, Г.П. Бронхиальная астма у детей / Г.П. Марисенко. – М.: ЦВЛД с бронхолегочной патологией, 1993. – 39 с.

5. Фонарев, М.И. Заболевания органов дыхания: справочник по детской лечебной физкультуре / М.И. Фонарев, Т.А. Фонарева. – Л.: Медицина, 1983. – 360 с.

## **РАЗВИТИЕ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ШКОЛЬНИКОВ СРЕДСТВАМИ ТАНЦЕВАЛЬНОЙ АЭРОБИКИ**

**Сторожик А.И.,**

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины,  
Украина

Современные дети используют для действий небольшие физические или мышечные усилия. Сейчас требуется высокий уровень технических приспособлений для существования в мире компьютеров и механизмов. Детей необходимо обучать осознанным двигательным действиям и закладывать в память правильные образцы движений [1].

Увеличение объемов учебной нагрузки и одновременное снижение двигательной активности приводят к отклонению в состоянии здоровья школьников [4]. Такая ситуация яв-