

ВЫЯВИТЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Хайитов Жумакул Негматович,

профессор кафедры «Физическая культура»

Бухарского инженерно-технологического института.

АННОТАЦИЯ

Физическое развитие (ФР), характеризующая процессы роста и развития ребенка, по праву считается одним из важнейших критериев, отражающих состояние здоровья детского населения, а данные, полученные при комплексных морфофункциональных обследованиях детей, являются основой для популяционного мониторинга состояния здоровья школьников на конкретной территории. Проведен анализ структуры медико-социальных факторов, влияющих на физическое развитие обследованных детей, и определены значимые факторы.

Ключевые слова: *Физическое развитие, медико-социальное значение, социальной гигиены и физиологии, экстрагенитальной патологии.*

Актуальность. Один из основных этапов управления развитием физической культуры и спорта предполагает наблюдение за внешней обстановкой с целью выявления и использования ее благоприятных возможностей для достижения определенных целей и избежания при этом угрозы препятствий. Этого добиваются изучением внешней среды и составлением перечня возможностей и угроз, которые в дальнейшем позволят использовать благоприятные возможности для развития отрасли [1]. Данный процесс называется анализом факторов внешней среды.

Успешное решение проблем функционирования и развития отрасли физической культуры и спорта возможно только на нормативно-правовой основе [3]. Анализ нормативно-правовой базы показал, что законодательство Узбекистана в области физической культуры и спорта направлено на обеспечение и защиту прав граждан на занятие физической культурой и спортом; Создание правовых гарантий функционирования и развития системы физического воспитания и спорта Республики Узбекистан; определение прав, обязанностей и обязанностей физических и юридических лиц в области физической культуры и спорта, а также правовое регулирование их отношений. Также законодательно гражданам предоставляется обеспечиваемый государством необходимый единый стандарт физического воспитания, объема и состава услуг в сфере физической культуры и спорта, время и информация для обучения жизненно необходимым двигательным умениям и навыкам, а также гарантируются равные для всех граждан правовые возможности физического совершенствования, в том числе овладения спортивным мастерством, поощряется деятельность, способствующая развитию физической культуры и спорта и укреплению здоровья человека.

Изучение состояния здоровья детей и факторов, влияющих на его формирование, является одной из актуальных задач педиатрии, социальной гигиены и физиологии.

Физическое развитие имеет важное медико-социальное значение. Медико-социальные факторы, как правило, реализуются в ближайшей к ребенку микросфере, то есть в семье с различными сторонами своей жизнедеятельности [6]. При выраженной социальной стратификации общества представители различных групп не только обитают в существенно различающейся среде, но и по-разному реагируют на воздействие одних тех же факторов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявить медико-социальные факторы, влияющие на формирование физического развития детей раннего возраста.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводили в периоде с 2018 по 2023 гг. Было обследовано 2136 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет. В обследовании участвовали дети только I и II групп здоровья. В ходе исследования проводили измерение основных антропометрических показателей. Для анализа и оценки результатов полученных измерений обследованные дети были распределены на группы. Критериями групп были определены: декретированный возраст, пол и антропометрические показатели (вес и рост). Учитывая изменчивость антропометрических показателей у детей с возрастом, для оценки и сравнения показатели приведены к единой шкале центильных коридоров (центильные таблицы А. В. Мазурина и И. М. Воронцова).

В соответствии с классификацией Ю. А. Князева [цит. по Соловьевой И. Е. и соавт. (5)], обследованные дети региона были распределены по морфотипам. Для разрешения вопроса, были ли у детей изначально такие же параметры развития, нами проведена выкопировка данных из ф. № 112/у о параметрах веса и роста обследованных детей при рождении. Выкопированные данные также были разбиты на центильные коридоры и сгруппированы по морфотипам. Кроме того, для определения изменений физического развития с возрастом обследованные дети были разделены на группы по возрастам от 1 месяца до 1 года и от 1 года 1 дня до 3 лет, между которыми было проведено сравнение.

С целью медико-социального обследования ребенка и его семьи была разработана и использована анкета-опросник. Анкета содержала ряд вопросов, определяющих условия проживания и материальный доход семьи обследуемого ребенка. Анкетирование проводили анонимно, среди матерей, дети которых проходили обследование в кабинете «Здоровый ребенок».

Дополнительная информация о состоянии здоровья родителей, особенностях течения беременности и акушерско-гинекологическом анамнезе матерей обследованных детей, о доходе семьи и характере брака была получена

при обработке патронажных карт. Условия проживания и материальный доход семьи оценивали по данным анкетирования.

Для выявления влияния медико-социальных факторов на формирование физического развития обследованных детей использовали процедуру многофакторного дисперсионного анализа. При этом одним из факторов дисперсии служила половая принадлежность исследуемых детей, что позволило разделить влияние половых различий и остальных факторов. В ходе анализа статистическая достоверность долей дисперсии оценивалась с помощью F-критерия Фишера по уровню вероятности ошибочной оценки достоверности (p), который не должен превышать 0,05 (при принятом уровне значимости 5 %). Обработку данных проводили при помощи пакета «Статистика» программы Microsoft Office Excel и программ SPSS 13.0 for Windows, STATGRAPHICS Plus for Windows и STATISTICA 6.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди обследованных пациентов чаще всего встречались дети с «гиперсомией» (31 %). Остальные морфотипы составили: «нормосомия» и «макросомия» по 20,9 %, «лептосомия» — 7,4 %, «пахисомия» — 7 %, «микролептосомия» — 6,2 %, «микросомия» — 4,1 %, «макролептосомия» — 1,7 % и «микрпахисомия» — 0,8 %. Обращает на себя внимание то, что для основной массы обследованных детей характерны «крупные» типы телосложения, их доля составляет 51,9 % от всех обследованных.

На рис. 1 отчетливо видно, что при рождении дети соответствовали нормосоматическому типу телосложения в 42,9 %, что значительно больше, чем количество детей с другими типами телосложения ($p < 0,001$). Однако данный показатель в процессе роста и развития детей снизился более чем в 2 раза и на момент обследования составил всего 20,9 % ($p < 0,001$).

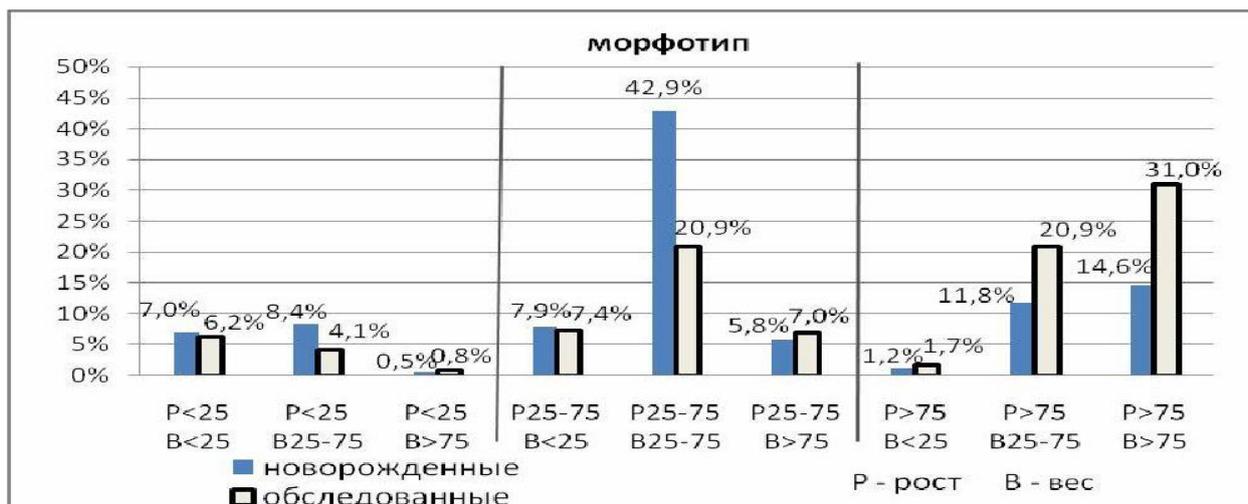


Рис. 1. Процентное распределение детей по морфотипам при рождении и на момент обследования

Более половины обследованных детей были рождены от матерей в возрасте от 20 до 24 лет. Основным возрастом отцов к моменту зачатия ребенка составил от 20 до 30 лет (70,1 %).

Среди матерей обследованных детей только у 22 % отсутствовала экстрагенитальная патология. По одному из экстрагенитальных заболеваний зафиксировано у 53 % матерей. Одновременно две патологии было определено у 31,5 % и у 15,5 % матерей обнаружено три и более экстрагенитальных заболеваний. На рис. 2 отображена структура экстрагенитальной патологии матерей обследованных детей, проживающих в регионе. Среди экстрагенитальной патологии лидирующее место занимали заболевания эндокринной системы, представленной в 98 % случаев диффузным увеличением щитовидной железы с сохранением эутиреоза, приводящего к изменениям гормонального фона в организме женщины. Полученные результаты структуры экстрагенитальной патологии у беременных совпадают с данными литературы. Наиболее часто во время беременности диагностируется диффузное увеличение щитовидной железы с сохранением эутиреоза [4].

В 39,2 % случаев обследованные дети были рождены от женщин, у которых беременность протекала на фоне анемии. Патология желудочно-кишечного тракта встречалась у 15,5 % матерей обследованных детей. Среди патологии желудочно-кишечного тракта был зафиксирован хронический гастрит (89,7 %), поражение билиарной системы (21,4 %) и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (3,6 %).

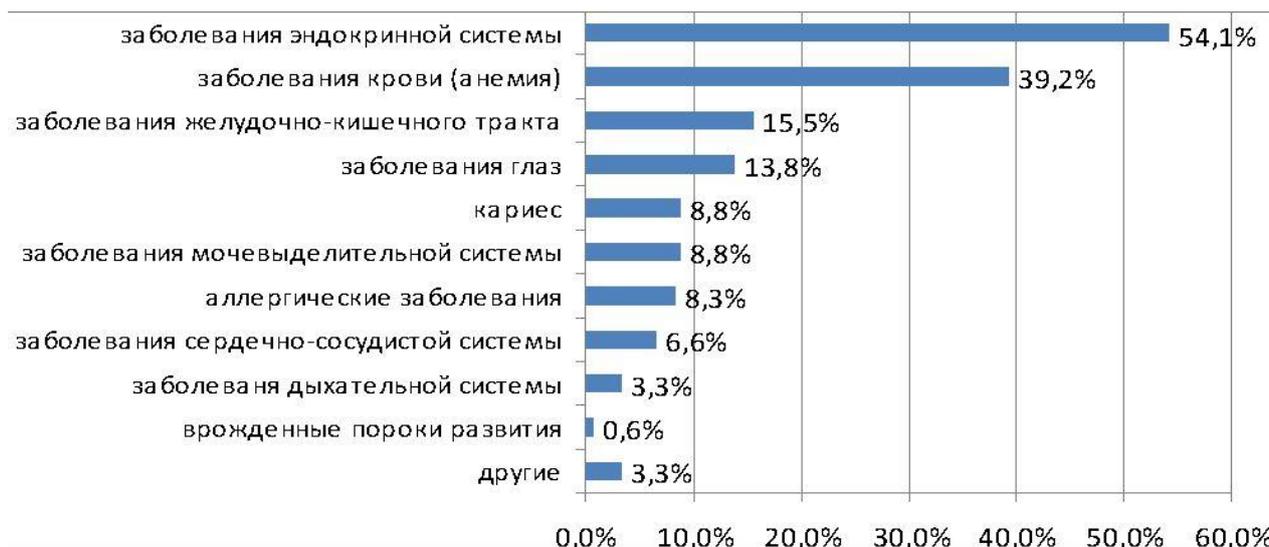


Рис. 2. Структура экстрагенитальной патологии матерей обследованных детей

Важным социальным фактором, влияющим на формирование здоровья детей, является рождение ребенка в браке. По данным исследования, дети, рожденные в зарегистрированном браке, составили чуть более половины от обследованных детей (53,9 %), рожденные в сожительстве — 25,4 % и от матерей-одиночек — 20,7 %.

Исследование социального фактора «рождение детей в браке» влияющего на формирование здоровья детей, выявило высокий уровень детей, рожденных вне брака. Однако учитывая, что, по данным литературы [7], здоровье и развитие детей, рожденных в сожительстве, не хуже, а по отдельным показателям даже лучше здоровья детей, рожденных в зарегистрированном браке, к группе риска следует относить лишь детей рожденных от «одиноких матерей». Доля таких детей не превышала 20,7 %, что значительно меньше, чем детей, развивавшихся в семьях с обоими родителями ($p < 0,001$).

В большинстве демографических исследований отмечают сильное влияние на рождаемость, отношение к качеству здоровья и пищевому статусу ребенка, социального статуса женщины [2].

Не менее важным показателем является и уровень доходов семьи. По данным анонимного анкетирования, только 32,6 % респондентов отметили, что не испытывают проблем с деньгами и живут в достатке. Этот показатель совпадает с результатами, полученными при обработке выкопированных данных из патронажных карт о среднемесячном доходе на одного человека в семье. У 63,7 % семей доход был ниже прожиточного минимума, то есть ниже черты бедности. В семьях с низким материальным доходом 80,4 % анкетированных отметили, что денег хватает на приобретение продуктов питания и товаров первой необходимости, 16 % — только на продукты питания и 3,6 % опрошенных указали на нехватку денежных средств даже на приобретение продуктов питания.

Проведенный анализ соответствия эмпирических распределений нормальному показал, что распределение эмпирических показателей ребенка (вес, рост, окружность груди) соответствует нормальному распределению при уровне значимости $p < 0,05$.

Изучение влияния различных факторов на показатели физического развития обследованных детей проводилось методом многофакторного дисперсионного анализа.

Установлено, что на формирование морфотипа в возрасте от 1 месяца до 1 года значимо влияют течение беременности ($p < 0,003$), характер брака ($p < 0,013$) и уровень доходов семьи ($p < 0,012$). При исследовании возможных отдаленных последствий влияния различных факторов на морфотип детей в возрасте от 1 года до 3 лет в анализ включались только те факторы, воздействие которых было статистически доказано для детей в возрасте до 1 года.

Результаты исследования показателей подтверждают отдаленное влияние на формирование морфотипа обследованных детей акушерско-

гинекологического анамнеза ($p < 0,013$) и влияние характера брака ($p < 0,003$). Достоверного влияния других изучаемых медико-социальных факторов на формирование физического развития детей региона не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате исследований уровень физического развития у детей, обследованных в нескольких отделениях детского развития Бухарской области, ухудшился по сравнению с уровнем физического развития тех же детей при рождении. Изменения в показателях физического развития обследованных детей, проживающих в регионе, в большей степени связаны с акушерско-гинекологическим анамнезом матерей и характером течения беременности у матерей обследованных детей, характером брака и уровнем доходов семьи. Наиболее значимые медико-социальные факторы, приводящие к ухудшению физического развития у обследованных детей региона, реализуются в периоде внутриутробного развития и продолжают воздействовать на протяжении периода их роста и развития. Необходимо дополнительное изучение биологических факторов влияющих на формирование физического развития детей после рождения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Полунин А.Н. Индивидуализация спортивной тренировки на основе учета возрастных различий: лекция. - М.: ФКиС, 2010. - 38 с.
2. Сорокин Н.Н., Коджаспиров Ю.Г. Специальные упражнения для развития гибкости и укрепления мышц позвоночного столба для мальчиков 12 лет // Ежегодник. - 2011. - С. 28-29.
3. Туманян Г.С, Харацидис К.С. Гибкость как физическое качество. - М.: Теория и практика физической культуры, 2012. - № 2. - С. 48-50.
4. Исамухамедова М. Т., Шарипова М. К. // Цитокины и воспаление. — 2010. — № 1, Т 9. — С. 39—44.

5. Малева Т. М., Синявская О. В. Социально-экономические факторы рождаемости в России: эмпирические измерения и вызовы социальной политике // Малева Т. М. Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе. — М.: НИСП, 2017. — С. 171—216.

6. Пантюхина Н. В. Оптимизация акушерской помощи женщинам с артериальной гипертензией // Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. — М.: МЕДИ Экспо, 2010. — С. 267—268.

7. Петунина Н. А. // Трудный пациент. — 2006. — Т 4, № 6. — С. 17—21.

8. Соловьева И. Е., Гребова Л. П. Психологический портрет девочек-подростков различных морфотипов // Материалы II Международного Конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». — Минск: РИТМ СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ, 2003. — С. 96—97.

9. Шамаева О. В. // Врач-аспирант. — 2006. — № 1(10). — С. 87—95.

10. Юрьев В. К., Арефьева Н. Е., Рубин А. Д., Сагитова Г. Р. // Вопросы современной педиатрии. — 2007. — № 2, Т. 6. — С. 13—16.

11. Bożiłow W., Roślak M., Stolarczyk H. Zależność między wysokością i masą ciała rodziców i dzieci w dwóch różnych środowiskach // Pomorska Akad. Ped. w Słupsku «Słupskie Pr. Biol.». — 2015. — № 1. — S. 27-35.

12. Johnston F., Harkavy I. The Obesity Culture: Strategies for Change // Public Health and University Community Partnerships. — Smith-Gordon, 2019. — 164 p.

13. Karlberg J. The human growth curve // The Cambridge Encyclopedia of Human Growth and Development — Cambridge; New York: Cambridge Univ. Press, 2018. — P. 108—113.

14. Kozłowska M. A. Wpływ czynników genetycznych i środowiskowych na rozwój somatyczny jedenastoletków lubelskich // Studies in Human Ecology. — 2018. — Suppl. 2. — S. 195-200.