

Т.В. Климова

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ И НОРМАЛЬНЫМ РЕЧЕВЫМ РАЗВИТИЕМ

УДК № 371+372.3/.4

В работе изучены медико-социальные причины возникновения отклонений в соматическом развитии и состоянии здоровья у старших дошкольников с нарушениями речи, выявлены основные факторы риска исследуемых с момента патронажа в поликлинике после рождения и до 6 лет. Определено влияние состояния речевой деятельности и здоровья детей в период перехода от дошкольного воспитания к обучению в начальной школе.

Ключевые слова: здоровье, речевые нарушения, медико-социальные причины, медико-биологические факторы.

In work the medical-social reasons of occurrence of deviations in somatic development and health state in the senior preschool children with speech disorders are studied; main risk factors of the researched from the moment of home nursing in a polyclinic after birth and till 6 years are revealed. Influence of a condition of speech activity and health of children during transition from preschool education to training in an elementary school is certain.

Keywords: health, speech disorders, medical and social reasons, medical and biologic factors.

Введение

Формирование здоровья детей, полноценное развитие их организма – одна из основных проблем в современном обществе. По данным, опубликованным в Государственном докладе о состоянии здоровья населения РФ, 60% детей в возрасте от 3 до 7 лет практически здоровы, в то же время специалисты констатируют функциональные отклонения в состоянии здоровья дошкольников. Так, 30-40% детей младшего и 20-30% старшего дошкольного возраста имеют неврологические проявления, 30-40% – отклонения со стороны опорно-двигательного аппарата, 20-25% – со стороны носоглотки, 10-20% – со стороны сердечно-сосудистой системы. [7].

Научный Центр здоровья детей РАМН отмечает, что сегодня 85 % детей рождаются с недостатками развития и неблагоприятным состоянием здоровья, из них не менее 30 % нуждаются в комплексной реабилитации. По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков РАМН (2001), в течение последних десяти лет наблюдается неблагоприятная тенденция в изменении показателей здоровья подрастающего поколения. За данный период количество детей с хронической патологией увеличилось в два раза (с 11,8 до 26,9%), а количество детей, не имеющих отклонений в состоянии здоровья, уменьшилось в три раза [3].

Коррекционно-педагогическая помощь требуется в дошкольном возрасте 25-45% детей, а 20-30% требуется специальная психолого-педагогическая помощь, свыше 60 % детей относятся к группе риска [5].

Неудивителен тот факт, что около 25-30% детей, приходящих в 1-е клас-

сы, уже имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья. Речевые расстройства занимают одно из ведущих мест, полагает В.Т. Кудрявцев [4]. За период обучения в начальной школе число здоровых детей уменьшается в 4 раза.

Период дошкольного детства характеризуется особенно интенсивным развитием всех органов и систем, в том числе и систем, обеспечивающих речевую деятельность. В процессе филогенеза речь возникла сравнительно недавно, поэтому как молодая функция она наиболее чувствительна к повреждающим факторам экзогенного и эндогенного воздействия.

Речь формируется в процессе онтогенеза параллельно с физическим и умственным развитием и служит показателем общего развития. Ни в какой другой период жизни физическое развитие не связано с общим развитием, как в первые шесть лет. В данный период у ребенка формируются все основные двигательные качества, продолжает активно развиваться речевая система.

Речевая функция – неотъемлемая часть полноценного развития индивида, которая генетически детерминирована, но не является врожденной. Речевая деятельность, связанная с развитием и функционированием психики, играет большую роль в индивидуальном развитии ребенка. Уровень развития речи у детей определяет возможности их интеллектуальной, познавательной и коммуникативной деятельности. За последние годы отмечается рост количества детей с тяжелыми нарушениями речи, в частности с нарушением устной речи.

Общее недоразвитие речи – это, с одной стороны, следствие поражения корковых отделов обоих полушарий головного мозга и недостаточной зрелости коры. С другой – является структурно-симптомологическими ха-

рактеристиками речевых нарушений, возникающих при различных формах речевой патологии (ринолалии, дизартрии, алалии). В.М. Шкловский, Т.Г. Визель сформулировали положение о том, что нарушение речи является одним из синдромов или симптомов общего патологического процесса, проявляющегося, как правило, в неврологической, психосоматической реакции [6].

Выявленные особенности в клиническом, патофизиологическом и психологическом состоянии детей с нарушениями речи позволяют отнести данную группу детей к категории детей с ограниченными возможностями здоровья. Основное воздействие нарушений речевой функциональной системы на психическое здоровье ребенка заключается в снижении восприимчивости к вербальной информации, что вторично приводит к нарушению общего речевого развития и препятствует формированию понятий, резюмируют Т.Н. Волковская, Г.Х. Юсупова [2].

Цель исследования – установить влияние различных факторов на здоровье детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи.

Задачи исследования:

1. Выявить медико-социальные причины возникновения отклонений в соматическом развитии и состоянии здоровья.

2. Определить теоретическое и практическое обоснование разработки физиолого-педагогических рекомендаций к объему, дозировке, интенсивности разносторонних физических и умственных нагрузок в процессе подготовки к обучению в школе.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 100 детей старшего дошкольного возраста, из них 50 – с общим недоразвитием речи третьего уровня и 50 – с

нормой речевого развития. Оценивались анкетные показатели медико-социальных причин формирования отклонений здоровья детей и изучались амбулаторные карты [1].

Результаты и обсуждение

Изучение медико-социальных причин позволяет определить ведущие факторы возникновения отклонений в физическом развитии и состоянии здоровья у детей с нарушениями речи. Используя анкету Альбицкого В.Ю., Баранова А.А. [1], можно выявить основные факторы риска (табл. 1).

Анализ медико-социальных причин формирования отклонений в здоровье детей старшего дошкольного возраста с нарушениями речи показал, что:

– по медико-биологическим факторам дети находятся в группе настороженности (средний балл составляет 39,7%);

– по факторам риска раннего детства – в группе повышенного риска (21,8 балла);

– по факторам образа жизни – в группе настороженности (28 баллов).

Таким образом, можно утверждать, что в данной группе детей фактор раннего детства является ведущим по влиянию на состояние здоровья, а по медико-биологическому фактору и фактору образа жизни – дети находятся в группе настороженности. Поэтому важнейшим направлением совершенствования диагностики является ранняя диагностика для выявления детей группы риска. Своевременно начатая комплексная профилактика выявленных предпосылок недоразвития или нарушения речи является центральным направлением в сохранении и укреплении здоровья ребенка. Тревогу вызывают медико-биологические факторы и факторы образа жизни. Однако приходится констатировать, что вопросам профилактики здоровья и ведения здорового образа жизни уделяется крайне мало внимания.

Изучая амбулаторные карты исследуемых детей с момента патронажа в поликлинике после рождения и до 6 лет, было установлено, что чаще встречаются заболевания, связанные с нарушениями иммунного статуса: ОРВИ, пиелонефрит, аллергические заболевания. Мы выявили, что дети с нарушением речи на первом году жизни имеют более высокие показатели по заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями (3,4), чем дети с нормой речи (1, 56). По аллергическим заболеваниям и

Таблица 1

Медико-социальные причины формирования отклонений в здоровье детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи (баллы)

	Факторы (сумма баллов)		
	медико-биологические	раннего детства	образа жизни
Прогностическая шкала риска	Группа наименьшего риска - до 31; настороженности - 31-40; повышенного риска - свыше 40	Группа наименьшего риска - до 12; настороженности - 13-2; повышенного риска - свыше 21	Группа наименьшего риска - до 27; настороженности - 27-35; повышенного риска - свыше 35
Средний балл	39,7	21,8	28

Таблица 2

Уровень соматических заболеваний детей дошкольного возраста (средние баллы)

Возраст, лет	ОРВИ		Аллергические заболевания		Пиелонефрит	
	Нарушение речи	Норма речи	Нарушение речи	Норма речи	Нарушение речи	Норма речи
До года	3,4	1,56	0,1	0,1	0	0
1	1,2	0,1	0,3	0	0,3	0
2	1,4	0,2	0,4	0	0,2	0
3	1,3	0,3	0,1	0,2	0,1	0
4	1	0,1	0	0	0	0
5	0,6	0,1	0,2	0	0	0
6	1,1	0,4	0	0	0	0

пиелонефриту обе группы детей имеют одинаковый показатель среднего балла. Обращает на себя внимание тот факт, что к 2-3 и к 6 годам происходит повышение уровня заболеваний ОРВИ. Данное обстоятельство можно прокомментировать следующим: в 2-3 года ребенок начинает посещать дошкольное учреждение, в 6 лет ребенка или усиленно готовят к обучению в школе, или отправляют в нее. Смена окружающей обстановки и социального статуса ребенка, предъявление необоснованных, завышенных требований к ребенку, психологические и эмоциональные перегрузки, а также игнорирование родителями здорового образа жизни способствуют снижению адаптационных механизмов, что и приводит к повышению уровня заболеваний (табл. 2).

Сравнивая здоровье детей старшего дошкольного возраста с нормой в развитии речи и детей с общим недоразвитием речи, можно констатировать, что последние в силу объективных причин постоянно находятся в напряженном состоянии. Вследствие чего нарушается как физическое, так и психологическое здоровье ребенка.

Особую значимость состояние здоровья и речевой деятельности приобретает период перехода от дошкольного воспитания к обучению в начальной школе. В младшем школьном возрасте увеличивается физическая, психологическая, в том числе и интеллектуально-речевая нагрузка на организм. Возрастают требования к ребенку

со стороны учителей и родителей. В данной ситуации отмечается напряженность психического и интеллектуального статуса, что в конечном итоге приводит к дизадаптации. Особенно это сказывается на детях с различной речевой патологией.

Старший дошкольный возраст и начало младшего возраста являются критическими периодами в развитии. Этот период представляет собой состояние повышенного риска и может быть отнесен к группе пограничных состояний. Младшие школьники вследствие нарастания психологической и физической нагрузки становятся раздражительными, капризными, могут вступать в конфликт со сверстниками и взрослыми. Недостаточный учет потребностей и возможностей ребенка в данный период, а тем более прямое подавление могут стать причиной повышенной тревожности, внутренней напряженности, что впоследствии сказывается на формировании важного качества личности успешности, а также на процессе обучения и воспитания, снижая адаптивные возможности.

По данным психофизиологических и нейрофизиологических исследований Института возрастной физиологии РАО, к началу обучения в школе у подавляемого большинства современных детей в возрасте 6-7 лет еще не сформированы школьно-значимые функции. К ним можно отнести организацию деятельности, моторное и речевое развитие, зрительное, зрительно-пространственное восприятие,

интегративные функции. Причем у детей с ограниченными возможностями здоровья эта незрелость сохраняется на протяжении первых трех лет обучения в школе.

Поэтому определение уровня здоровья детей дошкольного возраста имеет наиболее важное значение не только для раннего выявления возможных отклонений от возрастных нормативов, но и для разработки физиолого-педагогических рекомендаций к объему, дозировке, интенсивности разносторонних физических и умственных нагрузок в процессе подготовки к обучению в школе.

Литература

1. Альбицкий, В.Ю. Оценка физического развития и состояния здоровья детей и подростков / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов. – М.: ТЦ Сфера, 2004. – С. 64.
2. Волковская, Т.Н. Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием речи / Т.Н. Волковская, Г.Х. Юсупова // Специальная психология. – М.: Книголюб, 2004. – С. 104.
3. Динамические показатели психического здоровья населения Красноярского края / В.Г. Косенко [и др.] // Международная конференция психиатров. – М., 1998. – С. 54 – 55.
4. Кудрявцев В.Т. Физическая культура и развитие здоровья ребёнка \ В.Т. Кудрявцев // Дошкольное воспитание. – № 1. – 2004. – С. 80 – 87
5. Разенкова Ю.А. Использование результатов

научных фундаментальных и прикладных исследований в области специальной психологии и коррекционной педагогики / Ю.А. Разенкова // Реализация программы модернизации непрерывного педагогического образования при подготовке специалистов дефектологического профиля для дошкольных учреждений России (опыт, проблемы, перспективы развития): материалы всероссийского совещания. – М., 2004.

6. Шкловский В.М. Проблемы патологии речи органического и функционального генеза / В.М. Шкловский, Т.Г. Визель // Патология речи органического и функционального генеза. – М., 1985. – С. 5–12.

7. Ямпольская Ю.А. Физическое развитие и адаптационные возможности современных школьников / Ю.А. Ямпольская // Российский педиатрический журнал. – 1998. – №1. – С. 8–11.

М.Б. Гурьева, Г.М. Баишева, Т.Я. Николаева, А.Н. Бугай, Е.В. Басова, Н.Е. Авдеева, А.К. Андреева, В.В. Федорова

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ

УДК 616.81

Проведена оценка эффективности плазмафереза у 8 детей с синдромом Гийена-Барре по динамике неврологической симптоматики, данным электронейромиографии, продолжительности пребывания в стационаре. На фоне проведенного плазмафереза в фазу прогрессирования у 5 детей к концу срока госпитализации отмечалось полное восстановление функций. Доказано, что применение плазмафереза в фазу прогрессирования заболевания способствует более ранней компенсации нарушенных функций, сокращает сроки лечения в стационаре.

Ключевые слова: синдром Гийена-Барре, полирадикулоневропатия, плазмаферез.

We estimated the efficiency of plasmaferesis in 8 children with Gullain-Barre Syndrome on dynamics of neurologic semiology, electroneuromyography datas, durations of stay in a hospital. 5 children by the end of term of hospitalization had full restoration of function because of using treatment by plasmaferesis in a phase of progressing. It is proved, that application of plasmaferesis in a phase of progressing of illness promotes earlier indemnification of the broken functions, reduces terms of treatment in a hospital.

Keywords: Gullain-Barre Syndrome, polyneuropathy, plasmaferesis.

Введение

Синдром Гийена-Барре (СГБ) – острая воспалительная полирадикулоневропатия аутоиммунной природы – составляет серьезную неврологическую проблему в неотложной педиатрии. Заболеваемость у лиц до 18 лет составляет 0,8 на 100 000 населения [1]. В 7-29 % случаев СГБ возникает необходимость в проведении интенсивной терапии с дыхательной реанимацией [1, 5]. Летальность при этом заболевании в последнее десятилетие составляет 2-5 % [1].

О роли гуморальных и клеточных иммунных механизмов в патогенезе заболевания свидетельствуют активация комплемента, отложение мембранолитических комплексов на миелиновой оболочке, наличие циркулирующих ан-

титанглиозидных или гликолипидных антител, увеличение концентрации продуктов активации Т-лимфоцитов и цитокинов, инфильтрация миелиновой оболочки сенсibilизированными макрофагами [4].

В соответствии с представлением об иммунологической природе заболевания необходимо проводить иммуномодулирующую терапию. В настоящее время существует два основных метода лечения СГБ – плазмаферез и внутривенная терапия иммуноглобулинами класса G. Терапевтический эффект этих двух методов лечения примерно одинаков и составляет, по данным ряда авторов, от 52 до 90 % [1, 4–6].

Плазмаферез может выводить вместе с частью плазмы антитела, комплемент, его активные компоненты, провоспалительные цитокины [1]. Более того, имеются данные о нормализующем влиянии плазмафереза на соотношение субпопуляций Т-лимфоцитов (в частности, Т-супрессоров и Т-хелперов), в то время как современная концепция аутоагрессии объясняет ее генез недостатком Т-супрессорной функции [2].

Доказано, что у взрослых с СГБ плазмаферез ускоряет восстановление и снижает вероятность дыхатель-

ной недостаточности [1, 4, 6]. При исследовании эффективности плазмафереза у детей с СГБ получены сходные результаты, хотя такие исследования немногочисленны [5].

Целью данной работы являлось изучение эффективности плазмафереза у детей с СГБ.

Материалы и методы

В период с 2002 по 2008 г. в психоневрологическом отделении (ПНО) №1 Педиатрического центра РБ №1-НЦМ наблюдали 11 детей с синдромом Гийена-Барре: 5 девочек, 6 мальчиков в возрасте от 1 года 2 месяцев до 12 лет, сельских – 5 детей, городских – 6. Всем пациентам проводили стандартное клиническое, неврологическое и электронейромиографическое обследование (ЭНМГ). При проведении ЭНМГ определяли скорость проведения по срединным, лучевым, большеберцовым и малоберцовым нервам. Всем больным проводилась нейрометаболическая терапия, физиотерапия, массаж, лечебная гимнастика.

Учитывая тяжесть состояния и острую фазу процесса, курс плазмафереза был проведен 8 детям (возраст детей от 1 года 2 месяцев до 12 лет). Из них 6 детей были госпитализированы на 2,5±1,52 день от начала заболевания,

ГУРЬЕВА Мария Борисовна – к.м.н., врач невропатолог ДГБ г. Якутска; **БАИШЕВА Галина Максимовна** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ; **НИКОЛАЕВА Татьяна Яковлевна** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; **БУГАЙ Александр Николаевич** – врач отделения гравиационной хирургии крови РБ № 1-НЦМ. Сотрудники психоневрологического отделения № 1 ПЦ РБ № 1-НЦМ: **БАСОВА Елена Владимировна** – зав. ПНО №1, **АВДЕЕВА Наталья Ефимовна** – врач невропатолог, **АНДРЕЕВА Анна Климентьевна** – к.м.н., врач невропатолог; **ФЕДОРОВА Валентина Васильевна** – врач невропатолог.