

Саидова Л.Б.,
Саидова М.К.,
Халимова Д.Ж.

СОСТОЯНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ДЕТЕЙ К НАЧАЛУ ШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность темы: исследования, проведенные в ряде научно-исследовательских учреждений Республики Узбекистан и зарубежных государств, показали, что при изменении условий воспитания и образа жизни с началом школьного образования, у детей могут возникать различные нарушения состояния организма, чаще за счет изменений со стороны нервной, сердечно-сосудистой систем, органов зрения, крови. Во многом это связано с тем, что адаптационные процессы в функциональном состоянии ведущих систем организма (высшей нервной деятельности, эндокринной, иммунной систем и др.) к происходящим изменениям жизненных ситуаций иногда превышают физиологические возможности организма детей и могут закончиться срывом адаптации.

Существующие приказы и другие директивные документы Министерства Здравоохранения и Министерства народного образования РУз требуют, чтобы вся работа по подготовке детей к дошкольным образовательным учреждениям и школе отражалась в истории развития ребенка в виде индивидуального плана с указанием конкретных сроков проведения основных оздоровительных мероприятий и заключения о готовности ребенка к посещению ДДУ и школы. Как показал проведенный нами анализ карт развития детей, эти требования в детских учреждениях г. Бухары выполняются в пределах от 32% до 41%.

Необходимость определения психо-функциональной готовности к школе очевидна, поскольку дети с отставанием биологического возраста от паспортного и с признаками школьной «незрелости» неспособны в полной мере освоить без ущерба для состояния здоровья учебную программу. Такие дети испытывают трудности периода адаптации к школе, у многих из них это может заканчиваться формированием невротической реакции или другими отклонениями в состоянии здоровья.

Целью нашего исследования явилось состояние медико-психологической подготовки детей к началу школьного образования.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 600 детей дошкольного возраста. Дети, не готовые к школьному обучению, брались на учёт врачом и педагогом с проведением соответствующих медицинских и педагогических корригирующих мероприятий. В случае наличия у ребенка дефектов звукопроизношения рекомендовались занятия с логопедом. Учёт этих отягчающих факторов позволял с помощью специальных прогностических таблиц заранее, ещё до начала обучения, выявлять детей «групп риска» неблагоприятного течения адаптации к школе («Прогностическая таблица»). Таблица заполнялась непосредственно нами при собеседовании с родителями ребенка или же педагогом детского сада, а для неорганизованных детей - участковой медицинской сестрой. Для каждого из 21 факторов подчеркивалась соответствующая градация. После этого суммировались прогностические коэффициенты (ПК), соответствующие подчеркнутым градациям факторов, с учетом знака «+» или «-». При сумме ПК больше (+13) баллов давалось заключение о высоком риске неблагоприятного течения адаптации ребенка к школе. В отношении этих детей проводились медико-педагогические мероприятия по устранению или уменьшению влияния неблагоприятных факторов риска, а также необходимые корригирующие мероприятия (устранение психотравмирующих ситуаций в семье, формирование мотивации к обучению и школьно-необходимых функций, выявление и лечение начальных признаков невротизации и других отклонений в состоянии здоровья). В начале обучения эти дети требовали индивидуального подхода со стороны учителя, учёта их психологических особенностей, проведения психопрофилактических мероприятий.

При сумме ПК меньше -13 баллов давалось заключение о благоприятном прогнозе. Если сумма ПК находилась в интервале между -13 и +13 баллами, следовало ожидать среднеблагоприятное течение адаптации к школе.

Вся работа по подготовке к школе отражалась в истории развития ребенка в виде индивидуального плана с указанием конкретных сроков проведения основных мероприятий и в заключении о готовности к школе. План подготовки составлялся при достижении ребенком 3-летнего возраста, а заключение – после повторной диагностики «школьной зрелости» и умственного развития в мар-

те-апреле перед поступлением в школу, и после окончательного анализа эффективности всей подготовительной работы. В случае её отсутствия, коллегиально (врач, педагог, логопед, при необходимости – психиатр) решался вопрос о возможности поступления ребенка в школу или о временной отсрочке начала обучения.

Особенно тщательно проводился отбор детей, начинающих обучение с 6-летнего возраста. Все случаи «школьной незрелости», даже частичной, рассматривалось как противопоказание для начала обучения в школе.

Полученные при исследовании данные подвергли статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2003, включая использование встроенных функций статистической обработки. Использовались методы вариационной параметрической и непараметрической статистики с расчетом средней арифметической изучаемых показателей (M), среднего квадратического отклонения (σ), стандартной ошибки средней величины (m), относительных величин (частота, %). Статистическая значимость полученных результатов при сравнении средних величин определялась по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P) при проверке нормальности распределения (по критерию эксцесса) и равенства генеральных дисперсий (F – критерий Фишера). За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждения. Для оценки уровня психо-физиологического развития детей, оценки их контакта с окружающей средой, построения воспитательной работы, и подготовки детей школьному обучению, важно учесть умение детей дошкольного возраста организовать внешние контакты. Наши исследования показали, что 291 (48,5%) детей раннего возраста в отсутствие посторонних лиц сами самостоятельно общаются и играют с игрушками, 116 (19,4%) - предпочитают находиться в кругу семьи, 93 (15,5%) более старших детей – больше времени проводят со сверстниками на улице. При этом более общительными и коммуникабельными были дети, посещающие ДДУ: из 291 ребенка, способного самостоятельно играть, 230 – это дети, посещающие ДДУ, а из числа детей, предпочитающих находиться в кругу семьи, 92 % (107 детей) не посещали ДДУ.

У детей раннего возраста (1-3лет), начинающих посещать ДДУ, следствием нарушения адаптации к ДДУ может быть развитие невротических расстройств, частота которых в последние годы имеет тенденцию к увеличению и в конечном итоге определяет качество подготовки ребенка к поступлению в будущем в школу. Эти расстройства мешают успешному усвоению школьной программы и препятствуют правильному, полноценному формированию личности ребенка. Поэтому важное значение имеет изучение и разработка на этой основе эффективных мероприятий по предупреждению у детей срыва адаптации в самом начале воспитания в ДДУ. Большую роль в этом отношении играют и медицинские работники и семья.

В период подготовки ребенка к ДДУ и к школе важно добиться того, чтобы у него отсутствовали хронические заболевания, чтобы он обладал гармоничным физическим и нервно-психическим развитием, нормальным функционированием органов и систем, высокой работоспособностью.

Особенно тщательно следует проводить отбор детей, начиная с 6 летнего возраста. В настоящее время, как показали наши наблюдения, в детских поликлиниках г. Бухары 98,6% детей 6 летнего возраста проходят медицинский осмотр с участием восьми специалистов (согласно совместного приказа Министерства Здравоохранения и Министерства народного образования РУз). Из общего числа осмотренных детей только 26,8% по состоянию здоровья считаются пригодными к школьному обучению. Они направляются в центр педагогико-психологической диагностики для оценки интеллектуальных способностей. Из их числа только 21,4% рекомендуются к школьному обучению по своим показателям здоровья и нервно-психического развития. Это значительно ниже среднереспубликанского показателя (26,2%).

Нами проведена сравнительная оценка степени «школьной зрелости» организованных и неорганизованных детей 6 лет Бухарского региона по следующим основным критериям:

- наличие хронических заболеваний
- физическое развитие и принадлежность к определенной группе здоровья
- частота нарушений функций зрения и слуха
- частота дефектов звукопроизношения
- частота и характер невротических реакций

- уровень интеллектуального развития.

Результаты исследований показали, что уровень истинной «исчерпанной» заболеваемости организованных детей 6 лет в Бухарском регионе существенно выше, чем неорганизованных – соответственно 1356,7 и 988,9 на 1000 детей данного возраста, хотя по материалам обращаемости в медицинские учреждения различия менее значимы (соответственно, 1116,7 и 924,6 на 1000 детей). На наш взгляд, более высокие показатели заболеваемости организованных детей отчасти обусловлены организационными моментами - необходимостью получения справки в случае заболевания ребенка и повседневным медицинским контролем за состоянием здоровья детей в ДДУ. Вместе с тем, более высокая заболеваемость организованных детей может быть обусловлена большими возможностями контакта, особенно если учесть, что более 50% заболеваний этих детей – это острые респираторные вирусные инфекции. Этим же фактором можно объяснить и то, что среди организованных детей 6-леток 43,6% - это часто болеющие дети, тогда как среди неорганизованных контингентов таких детей 38,4%; ни разу не болевших за год неорганизованных детей было 23,2%, организованных - 15,3%. 16,4% организованных и 15,5% неорганизованных детей 6 лет имели хронические заболевания. Среди организованных детей было больше 6-леток, входящих во 2 и 3 группу здоровья - 78, 2% (неорганизованные - 70,3%), однако среди неорганизованных детей было на 39% больше детей с недостатками физического развития.

Частота нарушений функционального состояния органов зрения и органов слуха составляет в среднем 6 на 100 детей 6 лет. При этом существенных различий этого показателя среди организованных и неорганизованных детей нами не выявлено.

Частота дефектов звукопроизношения (в основном букв «р», «с», «ш») составила в среднем 9 на 100 детей. При этом среди организованных детей этот дефект встречался в 1,8 реже, чем среди неорганизованных (5 на 100 детей).

В период контроля «школьной зрелости» большое значение имеет выявление признаков психосоматических изменений в организме детей. Причиной появления таких расстройств чаще всего являются бытовые факторы, особенно стрессорного характера, поэтому мы не дифференцировали частоту таких расстройств у организованных и неорганизованных детей, а подходили к их оценке с позиций того, что в любом случае следует обратить на них внимание.

Результаты наших исследований показали, что многие проявления психосоматических изменений у детей дошкольного возраста остаются незамеченными со стороны медицинских работников, воспитателей и родителей, что является результатом недостаточно полной организации и проведения подготовки детей к образовательным учреждениям. Углубленный медицинский осмотр детей 6 летнего возраста показал, что у многих из них имеются различные проявления нарушения сна (более длительный период засыпания – 157 (26,1%), поверхностный сон – 40 (6,7%), разговоры во сне – 70 (11,6%) (рис. 5.1)), нарушения аппетита (отказ от пищи - 16,1%, снижение аппетита - 18,8% и др. (рис. 5.2)), болевые симптомы (головная боль - 5,6%, боли в области сердца - 2,3%, в области живота - 9,1% и др. (рис. 5.3)). У 82 (13,7%) детей отмечалась повышенная потливость, у 26 (4,3%) - ночной энурез, у 127 (21,2%) – неусидчивость (рис. 5.4). Эти синдромы чаще всего являются результатом дисбаланса между возможностями ребенка и предъявляемыми к нему требованиями. Приведенные данные свидетельствуют о том, что практически каждый пятый исследованный ребенок имеет астеноневротические нарушения. Чаще всего – это неусидчивость и длительный период засыпания, что, по-видимому, обусловлено гипервозбудимостью детей. Это влечет за собой нарушения аппетита и возникновения болевых симптомов, которые отмечены, соответственно, у 34,9% и 17% детей.

Действительно, опрос родителей исследуемых детей показал, что кроме вышеуказанных астеноневротических признаков, у 95 (15,9%) наблюдаемых детей отмечена неспособность сидеть спокойно (лишние движения). Различные навязчивые движения наблюдались у 16 (2,6%), непослушность - у 92 (15,3%), колебания настроения - у 103 (17,2%), снижение внимательности - у 65 (10,8%), чувство страха (темноты, животных, страх перед учителями и др.) - у 190 (31,7%), раздражительность - у 66 (11,0%), грубость - у 70 (11,6%), агрессивность - у 94 (15,6%) (рис.5.5)

Многими учёными установлено, что в 80% случаев систематическая школьная неуспеваемость обусловлена различными состояниями интеллектуальной недостаточности. В наших исследованиях интеллектуальные способности детей оценены на основе результатов проведения теста Керна – Ирасека (табл. 1.1)

Таблица 1.1. Результаты выполнения теста Керна-Ирасека в сравниваемых группах, %

Интеллектуальный уровень	Оценка в баллах	Частота распределения детей, %				P
		Организованные		Неорганизованные		
		абс	%	абс	%	
Удовлетворительный	3-8	85	34,0±3,0	150	42,9±2,6	<0,05
Ниже среднего	9-10	125	50,0±3,2	170	48,6±2,7	>0,05
Низкий с дефектами произношения	Более 10	40	16,0±2,3	30	8,5±1,5	<0,05
Итого		250	100	350	100	

Результаты исследования показали, что уровень интеллектуального развития неорганизованных детей отличается от организованных: количество детей, соответствующих «школьной зрелости» (3-8 баллов), среди организованных детей было на 8,9% от общего числа детей больше, чем среди неорганизованных ($P < 0,05$). Детей с уровнем развития ниже среднего, но без дефектов произношения, была почти половина (50% - среди неорганизованных и 48,6% среди организованных детей, $P > 0,05$). Среди неорганизованных детей почти в 2 раза чаще отмечены дети с очень низким уровнем интеллектуального развития и с дефектом речи ($P < 0,05$).

Полученные данные позволяют заключить, что посещение ДДУ имеет очень большое значение для обеспечения интеллектуальной «школьной зрелости» ребенка. Недоразвитие познавательной деятельности (способности) отмечается у каждого 10-го ребенка школьного возраста [118, 131, 132].

В обобщенном виде причины, которые способствуют ухудшению психического здоровья, по мнению исследователей, следующие: снижение жизненного уровня (неполноценное питание, голод), проблемы школьной дезадаптации, конфликты в семье, изменение морально-нравственных критериев в обществе, ухудшение соматического здоровья, снижение качества профилактической работы и многие другие факторы.

Психические и соматические отклонения тесно взаимосвязаны. В настоящее время хорошо изучены соматические проявления психических расстройств. В возникновении психосоматических расстройств большое значение имеют поведение родителей, особенности воспитания в семье, слабый эмоциональный контакт между матерью и ребенком. К сожалению, часто родители в бухарских семьях (как и в других регионах Узбекистана) не верят в эти высказывания медицинских работников, и с ними нужно долго работать.

Выводы: проведенная оценка медико-психологической подготовки детей дошкольного возраста Бухарского региона позволяет заключить, что:

- для неорганизованных детей более характерна некоммуникабельность, неумение самостоятельно играть.
- оценка готовности детей к посещению ДДУ и школы проводится лишь в 32-41% случаев; при этом по состоянию здоровья лишь каждый третий ребенок может считаться готовым к обучению в школе.
- среди неорганизованных 6-летних почти на 40% больше детей с недостатками физического развития, а также в 1,8 раза больше детей с дефектами звукопроизношения
- практически каждый пятый ребенок от 2-до 6 лет имеет различные астеноневротические нарушения, независимо от принадлежности к организованным группам
- уровень интеллектуального развития организованных детей существенно выше, чем неорганизованных.

Использованная литература:

1. Кадыров Б. Р., Кадыров К. Б. О субъективном контроле действий в дошкольном возрасте // Казань,

- КСЮИ, 2005. - С. 38-42.
2. Кадыров Б. Р., Кадыров К. Б., Муллабаева Н. М. О роли зрительно-двигательной координации в субъективном контроле действий в дошкольном возрасте // Казань, КСЮИ, 2005. - С. 38-42.
 3. Кадыров Б. Р., Игнатъев Н. А., Кадыров К. Б. На пути адаптации к местным условиям методики Керна – Ирасека // Мед. журн. Узбекистана. -2001. - С. 42-39.
 4. Каримов У. А. Кичик ёшли болалар соглик холатини мажмуий баҳолашнинг янги шакли // Узбекистон тиббиёт журнали. - 1999. - 2-сон. - 50-51 бетлар.
 5. Каримов У. А., Закирова Н. А., Арипова Д. С. О физическом развитии организованных детей дошкольного возраста Ташкентского региона // Вестник врача общей практики. - 2001. - №3. - С. 51-52.
 6. Каримова М. Н. Медико-педагогические аспекты обучения детей в школе с 6-летнего возраста и профилактика отклонений в состоянии здоровья // Проблемы охраны здоровья детей школьного возраста: Сб. науч. трудов Респ. науч. практ. конф. – Ташкент, 2005. – С. 25-26.
 7. Кривоногова Т. С., Черновская Л. К. с соавторами. Малые мозговые дисфункции и нарушения памяти у детей дошкольного возраста // Российский педиатрический журнал. - 2003. - №3. - С. 11-12.
 8. Магзумова Ш. Ш. Особенности формирования и факторы патогенеза умственной отсталости // Ж. Педиатрия. - 2003. - №3-4. - С. 19-24.
 9. Назырова У. Ф. К оценке психосоматического статуса детей дошкольного возраста // Журнал Педиатрия, 2004. - №2. - С. 37-40.
 10. Сорокина В. В. Негативные переживания детей в начальной школе // Ж. Вопросы психологии. - 2003. - №3. - С. 23-35.
 11. Хайдарова М. М. Детская тревожность - причина формирования контингента часто болеющих детей // Вестник врача общей практики. - 2004. - №4. – С. 108-110.
 12. Du Prel X., Kramer U., Ranft U. Changes in social inequality with respect to health-related living conditions of 6-year-old children in East Germany after re-unification // BMC. Public. Health. – 2005. - Vol.5. – P. 64.

Сафоев Б.Б.,
Хамдамов Б.З.,
Шеров Т.А.,
Худойбердиев Д.К.,
Хамдамов И.Б.,
Хамидова Н.Р.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Бухарский государственный медицинский институт

Распространенность СД в различных странах колеблется от 1,5% до 6,0%. По прогнозу ВОЗ, общая численность больных СД в мире будет возрастать и к 2025 году составит около 450 миллионов человек. При сахарном диабете развиваются микро и макроангиопатии, что является пусковым механизмом развития СДС (1,3). К сожалению многие больные с сахарным диабетом принимают позу страуса, то есть пряча голову от болезни, стараются не думать о ней, тем более не получают должного своевременного лечения. Все это вместе взятое приводит к развитию тяжелых степеней СДС (2,4,5).

Синдром диабетической стопы (СДС) – одно из самых страшных осложнений сахарного диабета (СД). Диабетическая стопа (diabetic foot) – это патологическое состояние стоп в виде гнойно-некротических процессов, язв и костно-суставных поражений, возникающее на фоне изменения периферических нервов, сосудов, кожи и мягких тканей, костей и суставов. При этом человек теряет навыки самообслуживания, от постоянного дискомфорта, постоянных болей, из-за отсутствия надежды на излечение начинается деградация личности (6).

В течение жизни у 15 % пациентов с СД образуются язвы стопы. В 10 раз чаще СДС развивается у лиц со вторым типом сахарного диабета. У больных диабетом каждое увеличение гликированного гемоглобина на 1,0 % приводит к 26,0 % увеличению риска развития заболевания артерий ног. Из общей популяции больных с язвой стопы, 10-24% подвергается ампутации, что со своей стороны увеличивает смертность, как в ближайшем, так и в отдаленном периодах. Мрачен прогноз и после ампутации, через 2 года умирает от 30 до 50 процентов пациентов, умирает не столько от самого хирургического вмешательства, сколько от развивающихся осложнений и сопутствующих заболеваний. У выживших пациентов отмечается снижение качества жизни на несколько порядков. Всё это вместе взято делает проблему лечения СДС актуальной проблемой современной медицины. Последние годы ознаменовались внедрением различных эффективных методов лечения СДС