

Статья. Здоровье школьников и проблемы физической культуры и спорта.

Салий Ирина Владимировна ГМУ-22

Оренбургский Государственный Институт Менеджмента

Здоровье детей школьного возраста ухудшается. Это объективная реальность. Помимо социально-экономических факторов она обусловлена несоблюдением санитарно-гигиенических норм и правил учебного процесса в школе и дома, требований здорового образа жизни – гиподинамией, несбалансированным низкокалорийным питанием с недостаточным содержанием белков, витаминов и микроэлементов, чрезмерным увлечением телевидением и компьютерными играми, вредными привычками и т.п. Существенное влияние на здоровье населения оказывают и экологические факторы. Хронические заболевания в последние годы диагностируются у 40–50% детей школьного возраста (III группа здоровья); у 40% выявлены функциональные отклонения (II группа здоровья) и лишь 10% детей практически здоровы. Снизились показатели физического развития; возросла частота отдельных факторов риска, в том числе низкой двигательной активности до 85%. По данным А.А. Баранова, Л.А. Шеплягиной (2000), 33% выпускников школ г. Москвы имеют ограничения по состоянию здоровья за счет нарушения опорно-двигательного аппарата, 60% ежегодно болеют респираторными заболеваниями, у 45% к окончанию школы снижается зрение. При переходе с дошкольного на школьный режим обучения происходит ломка жизненного уклада ребенка, в том числе двигательного стереотипа по причине уменьшения и изменения характера моторной активности. Учебная нагрузка заметно превосходит возможности учащихся, располагая к нерациональному использованию физических ресурсов. До 80–82% дневного времени большинство учащихся находится в статическом положении внутри помещения. Произвольная двигательная активность

(ходьба, бег, игры) у младших школьников занимает 18–19% от суточной потребности в движении. Учащиеся не восполняют в полной мере генетическую потребность в двигательной активности, обеспечивающую структурно-морфологическое и функциональное совершенствование растущего организма. Среди обследованных нами первоклассников, занимающихся физической культурой, только 79,4% детей получают полноценное питание; 6,9% первоклассников имеют нарушения аппетита, у 11,8% выявлены нарушения сна, 19,9% не соблюдают режим дня. Утреннюю гимнастику выполняют только 11,8%, а проводят закаливание 22,1% младших школьников. Количество времени, проведенное на свежем воздухе, составляет в среднем 2–3 часа в день, на неорганизованную двигательную активность (подвижные игры) приходится около 1–2 часов в день. Среди причин, отрицательно влияющих на состояние здоровья детей, родители отмечают материально-бытовые трудности – 21,4%; чрезмерные умственные нагрузки – 9,9%; другие причины – 27,1%, среди которых: плохая экологическая ситуация (6%), чрезмерное увлечение компьютерными играми, просмотр телевизора (3,8%) дополнительные физические нагрузки (3%), неблагоприятные метеоусловия (2%); 41,6% родителей затруднились с ответами.

Итак, по результатам опроса родителей, установлено, что современные первоклассники имеют недостаточную суточную двигательную активность в течение учебного года, у них отмечаются нарушения сна и недостаточная его продолжительность. Основным принципам здорового образа жизни в семье уделяется очень мало внимания, хотя подавляющее большинство родителей понимает положительную роль здорового образа жизни в формировании и сохранении здоровья ребенка, прежде всего это касается физической культуры и спорта. Спортсмены в своей профессиональной деятельности подвергаются физическим и эмоциональным перегрузкам, травмам, что при неправильно организованной системе медицинского обслуживания, не может негативно не сказываться на уровне их здоровья. Это обуславливает

необходимость серьезного пересмотра профессиональных подходов к решению многочисленных, специфических, именно для спортивной медицины, проблем. К ним можно отнести: допуск к занятиям спортом, принципы дифференцированной интерпретации отдельных параметров функционального состояния организма, особенности течения различных заболеваний у спортсменов и т.п. Оценка состояния здоровья детей и подростков, занимающихся спортом, показала, что практически здоровыми признаны 33,6% от числа всех юных спортсменов, а хроническую патологию в компенсированной форме имеют 8,9% юношей и 8,8% девушек. Частота и структура заболеваемости спортсменов зависят от пола, возраста, уровня квалификации, спортивной специализации, наследственности, образа и условий жизни и ряда других причин. В структуре заболеваемости юных спортсменов ведущими классами являются: болезни органов дыхания 74%, инфекционные болезни 7,1%, травмы и отравления 6,9%, болезни органов пищеварения 3,5%, болезни кожи 2,7%, болезни уха 2,5%. Перечисленные 6 классов болезней, фактически исчерпывают заболеваемость юных спортсменов 11–17 лет и составляют в сумме 96,8%. В различных возрастных группах структура заболеваемости имеет свои особенности. Удельный вес болезней органов дыхания остается на одинаково высоком уровне во всех возрастных группах. Уровень инфекционных болезней в 11–14 лет в 1,6 раза выше, чем в 15–17 лет (соответственно 45,9% и 28,9%). Кроме того, количество зарегистрированных болезней кожи в 2,1 раза и уха в 1,9 раза больше у спортсменов 11–14 лет, чем 15–17 летних. Характерной особенностью структуры заболеваемости юных спортсменов является то, что третье место занимает класс травм и отравлений, доля которых с возрастом увеличивается.

В большинстве случаев, заболевания у тренированных спортсменов характеризуются стертым течением, нередко при сохранении высокой работоспособности. Однако они особенно опасны в условиях нервных и физических напряжений, при частой смене климатических и временных

условий спорта, ибо компенсация, вполне достаточная для жизнедеятельности в обычных, типовых условиях, может нарушиться при предъявлении организму повышенных, а порой и предельных требований. На этапе распределения детей по медицинским группам для занятий физической культурой и спортом при проведении нами обследования в г. Смоленске выявлены погрешности: у каждого пятого ребенка она определена неверно (без учета уровня физического развития и физической подготовленности). С раннего возраста это ведет к неверному дозированию физических нагрузок и способствует увеличению вероятности развития пограничных и патологических состояний. Тщательно проанализировав заболевания у спортсменов, время их возникновения, связь с занятиями спортом, продолжительностью, особенностями тренировки, работоспособность, условия и образ жизни, все выявленные у спортсменов заболевания можно разделить на 3 группы:

- 1) не имеющие причинной связи с соревнованиями и тренировкой;
- 2) имеющие причинную связь с соревновательными и тренировочными нагрузками;
- 3) промежуточная группа, где спорт мог сыграть провоцирующую роль при наличии определенных (часто скрыто текущих) заболеваний и врожденных дефектов.

Анализ 2-й и 3-й групп показал, что в их основе всегда наблюдаются, с одной стороны, несоответствие используемых нагрузок возможностям организма, а с другой – специфические факторы при занятиях определенными видами спорта.

Одномоментная оценка состояния здоровья детей, вряд ли может быть использована в целях его мониторинга и прогнозирования, что особенно важно в практике спортивной медицины. На сегодняшний день проблемы допуска к занятиям спортом решаются только с позиции ряда нормативных актов. При этом окончательное заключение формулируется в форме «допущен» или «не допущен», т.е. речь идет о констатации сиюминутного

отсутствия заболеваний и патологических состояний, которые являются противопоказанием к занятиям избранным видом спорта. Существующие документы, в которых суммированы основные заболевания и патологические состояния, препятствующие допуску к занятиям спортом, нуждаются в серьезной переработке. Решение проблемы нормы и патологии при допуске к занятиям спортом должно осуществляться дифференцированно и индивидуально у каждого юного спортсмена. Кроме абсолютных противопоказаний допуска к спортивной деятельности, должны быть разработаны комплексы дополнительных обследований и четких, рассчитанных на тренеров рекомендаций по ограничению определенного вида нагрузок.

А.Г. Макаровой (2002) предложены два варианта допуска. Первый – это повышение качества допуска к занятиям спортом путем «углубления» обследований всех юных спортсменов, что практически не реально с экономической точки зрения, поскольку потребует не только внесения соответствующих корректив в штатное расписание многих врачебно-физкультурных диспансеров, но и коренного изменения их научно-технической оснащенности, повышения уровня профессиональной квалификации специалистов и т.п. Второй – использование специального анкетирования родителей, результаты которого позволят заподозрить «слабые звенья» в организме ребенка и на этом основании составить индивидуальную программу его дополнительного первичного обследования, а также разработать многолетний план индивидуальных углубленных медицинских обследований и систему профилактических мероприятий для юниоров. Этому вопросу посвящен Приказ МЗ РФ от 20.08.2001 №337, в котором подчеркивается необходимость совершенствования системы допуска к занятиям спортом, и предусматривается не только наличие явных заболеваний, но и патологическая наследственность, особенности конституции и другие (эндогенные и экзогенные) факторы риска, в том числе, связанные со спецификой избранного вида спорта.

Необходимо расширение врачебно-контрольной карты физкультурника (061 у) и диспансерного наблюдения спортсмена (062 у) включением в них следующих разделов: а) результаты анкетирования родителей; б) жалобы обследуемого спортсмена; в) факторы риска, связанные с избранным видом спорта у конкретного ребенка. На основании полученных данных определяют: во-первых, степень риска скрытой патологии и развития, возможных в будущем заболеваний, ведущих органов и систем организма; во-вторых, – индивидуально дополнительные виды обследования при проведении ежегодной диспансеризации и этапного контроля за спортсменами.

При нерациональных занятиях спортом у детей и подростков под влиянием чрезмерной острой эмоциональной и физической нагрузок могут развиваться различные патологические состояния, клинические проявления которых обусловлены не только характером физических нагрузок, но и во многом зависят от возрастных и, особенно, индивидуальных морфофункциональных особенностей юных спортсменов. Провоцируют хроническое физическое перенапряжение форсированная тренировка, тренировка в болезненном состоянии, наличие очагов хронической инфекции, нарушение требований гигиены к условиям и образу жизни, и др. Применительно к практике спортивной медицины, следует обратить внимание на синдромы дисплазии соединительной ткани (СДСТ). В. Maron et al. одной из причин внезапной смерти считают у молодых спортсменов несостоятельность соединительной ткани и, в частности, наличие синдрома Марфана, с характерными для него поражениями сердечно-сосудистой системы. С учетом специфики отдельных видов спорта вероятен не только допуск, но и целенаправленное привлечение лиц со скрытым синдромом Марфана (такие виды спорта, как баскетбол, волейбол, прыжки в высоту и др.), а также синдромом гипермобильности суставов (гимнастика, плавание и др.). Частота выявления среди юных спортсменов лиц с фенотипическими и антропометрическими признаками дистрофии соединительной ткани

достаточно высока, особенно когда речь идет о таких видах спорта, как спортивная гимнастика, гандбол, борьба, футбол, плавание. В последние годы обсуждается связь интенсивных спортивных нагрузок с развитием фатальных аритмий и внезапной сердечной смертью лиц молодого возраста. У детей, занимающихся спортом, выявлены значительные изменения сердечно-сосудистой системы, которые у половины обследованных не укладываются в рамки «физиологического спортивного сердца» и должны быть предметом тщательного врачебного наблюдения. При нерациональных физических нагрузках могут возникать пограничные (предпатологические) состояния, когда дети жалуются на периодическую утомляемость, головную боль и не приятные ощущения в области сердца. На ЭКГ появляются выраженная брадикардия, миграция источника ритма, высокие зубцы Т в грудных отведениях, свидетельствующие либо о вагусной активности, либо о гипоксии миокарда. По данным КИГ, обнаруживается ваготония с симпатической или даже гиперсимпатической ВР. При УЗИ сердца выявляется пролапс митрального клапана 1 степени, а также небольшое расширение полости левого желудочка. При прогрессировании процесса может развиваться миокардиодистрофия (МКД). Занятия спортом можно продолжать только при исчезновении выявленных вегетативных дисфункций. Если сохраняются в течение 6 месяцев, нужно отказаться от дальнейших занятий спортом. В противном случае следующим этапом будет формирование патологического спортивного сердца. Длительно существующая и прогрессирующая дистрофия миокарда ведёт к снижению его сократительной функции и развитию сердечной недостаточности. В последнее время увеличилось число случаев МКД у детей, занимающихся спортом. Возможно, это связано с ростом объема и интенсивности тренировочных нагрузок без учёта индивидуальных способностей ребёнка. Часто в спортивных секциях занимаются дети с очагами хронической инфекции, а нередко тренировки продолжаются в период острых вирусных инфекций, протекающих без выраженной

клинической картины, т.е. в момент, когда организм ослаблен и даже умеренная физическая нагрузка может привести к перенапряжению сердца. В некоторых случаях острая физическая перегрузка может вызвать коронарную недостаточность и привести к инфаркту миокарда. В тяжёлых случаях перенапряжения сердца, МКД осложняется острой сердечной недостаточностью, чаще левожелудочковой, и спортсмена не всегда удаётся спасти. При этом очень быстро нарастает отёк лёгких, который не поддаётся терапии. Профилактикой МКД у юных спортсменов должны заниматься спортивные врачи, кардиоревматологи и педиатры. Прежде всего, необходим тщательный отбор детей для занятий спортом. Важную роль играют санация очагов хронической инфекции, соблюдение режима дня и полноценное питание. Постоянный контроль состояния сердечно-сосудистой системы спортсменов и их тренировочных нагрузок может предупредить формирование патологического спортивного сердца. Цефалгия мышечного напряжения – одна из распространенных форм головной боли у детей, особенно у юных спортсменов. У детей с цефалгиями напряжения часто выявляются явления различных вариантов гипермобильности (гиперлордозирование, гиперкифозирование) позвоночного двигательного сегмента при нестабильности позвонков шейного отдела позвоночника в 58% случаев. Утомление ярко проявляется в дискоординации движений и вегетативных функций. Чрезмерные спортивные нагрузки ведут к нарушениям и в половой системе. Задержка созревания под влиянием больших нагрузок отмечается у всех подростков: задержка менархе у девочек при напряженной адаптации, особенно в таких видах спорта как гимнастика, фигурное катание, балет. У 41% юных спортсменов 13–15 лет выявляется расширение семенного канатика. В 90 случаях из ста это приводит к мужскому бесплодию. Необходимы профилактические и диспансерные осмотры детей и подростков, занимающихся спортом, врачами-специалистами – хирургом, урологом-андрологом, эндокринологом.



Участились случаи заболевания кожи грибком у юных спортсменов, занимающихся греко-римской борьбой, плаванием. Данный вид спорта предусматривает прямой контакт спортсменов между собой или же этому способствует водная среда и предметы индивидуального ухода, в результате чего кожные болезни легко передаются через микротравмы. В 17% случаев пробы воды в бассейнах не соответствовали гигиеническим нормам. Интенсивные физические нагрузки в спорте оказывают большое влияние на опорно-двигательный аппарат (ОДА) и позвоночник. В последнее время число заболеваний позвоночника и ОДА у спортсменов всех возрастов неуклонно растет. Это связано с отсутствием правильной организации тренировочного процесса, снижением внимания к общей физической подготовке, ранней специализацией; отсутствием профессионального отбора спортсменов; недостаточное внимание к состоянию ОДА при осмотрах. Наиболее частой причиной возникновения и развития артрозов (более 34% от всех обследованных) является хроническая микротравма и нарушения в связочном аппарате, приводящие к нестабильности суставов, возникающие в процессе регулярных занятий спортом (особенно специализаций футбол, лыжные гонки, спортивная и художественная гимнастика).