

Объекты	Частота нарушения осанки, %	В том числе:	
		в сагиттальной плоскости, %	во фронтальной плоскости, %
196-й комбинат .	20	10	10
7-й комбинат . .	33,8	21,6	12,2
41-й сад	37,4	24,5	12,9
212-й комбинат .	39,2	25,6	13,6

40% детей с нарушением осанки переболели бронхитами, пневмониями.

Во всех детских садах, за исключением 212-го комбината, дети спят на раскладушках. Мебель в основном соответствует возрасту детей.

Существенное различие в проценте детей с нарушенной осанкой в 196 и 212-м комбинатах связано, по нашему мнению, с постановкой физического воспитания. Надо отметить, что условия быта в 212-м комбинате лучше.

В 196-м комбинате физическому воспитанию детей уделяют большое внимание. Занятия по физическому воспитанию здесь проводятся 2 раза в неделю по 30—45 мин. в зависимости от возраста, кроме того, 2 раза в день (утром и после дневного сна) дети занимаются гигиенической гимнастикой по 5 мин. В комплекс по физическому воспитанию включены упражнения, способствующие созданию хорошего мышечного корсета, особое внимание уделяется упражнениям для мышц спины и живота. В процессе занятий педагоги следят за качеством выполнения упражнений. Все дети с нарушением осанки находятся на учете, педагоги стараются выработать у них рефлекс правильной осанки, проводят беседы с родителями о режиме, который необходим ребенку дома. Такое внимание к детям дает хорошие результаты. С возрастом дети становятся крепче, меньше болеют, совершенствуется осанка.

В 212-м комбинате имеются все необходимые условия для постановки правильного физического воспитания. Физическое воспитание в данном комбинате проводится по программе, предусмотренной для детских садов. Однако в существующей программе нет преемственности между яслями и детским садом по физическому воспитанию, недостаточны продолжительность занятий и нагрузка, что подтверждается данными врачебно-педагогического контроля. Педагоги, проводя занятия, не уделяют должного внимания качеству выполняемых упражнений. В течение дня мало времени отводится на воспитание рефлекса правильной осанки, в результате дети, имеющие нарушение осанки, составляют 39,2%.

Наблюдения показали, что процент нарушения осанки в дошкольных учреждениях г. Казани еще очень высок (20—39,2). Поэтому необходимо уделить больше внимания постановке и методике занятий по физическому воспитанию в дошкольных учреждениях.

Для выработки рефлекса правильной осанки необходимо регулярно, не менее 2 раз в неделю, проводить занятия по физическому воспитанию, увеличить их продолжительность, уделять больше внимания упражнениям для создания хорошего мышечного корсета, осуществлять постоянный контроль за осанкой ребенка в течение всего дня, проводить в этом направлении санитарно-просветительную работу с родителями.

С целью профилактики нарушения осанки следует уделять больше внимания различным оздоровляющим мероприятиям, которые будут способствовать предупреждению простудных заболеваний, ослабляющих организм и облегчающих возникновение этих нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Подъяпольская А. А., Уварова А. В. Опыт лечения и профилактики деформации позвоночника у детей. Медгиз, М., 1960.—2. Уварова З. С., Сорочек Р. Г., Спирина В. П., Юрко Г. П. Физическое воспитание детей раннего дошкольного возраста. Медгиз, М., 1963.—3. Шулуток Л. И. Боковое искривление позвоночника у детей. Казань, 1963.

К МЕТОДИКЕ ИЗУЧЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

И. А. Соколова

*Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— доц. Н. Н. Ежова)
Ижевского медицинского института*

При разработке материалов обследования физического развития детей и подростков приходится производить группировку признаков, характеризующих физическое развитие по возрасту ребенка или подростка. Возраст определяют путем сопоставления даты рождения с датой обследования.

Материалы обследования детей первого года жизни группируются по каждому месяцу жизни, 1—3 лет — по четвертям года, 3—7 лет — по полугодиям, у детей старше 7 лет, как правило, принимается интервал в один год. Так, к 7-летним относят детей в возрасте от 6 лет 6 месяцев до 7 лет 5 месяцев 29 дней, к 8-летним — от 7 лет 6 месяцев до 8 лет 5 месяцев 29 дней, к 9-летним — от 8 лет 6 месяцев до 9 лет 5 месяцев 29 дней, и т. д.

На практике при определении возраста удобно пользоваться графиком, изображенным на рис. 1.

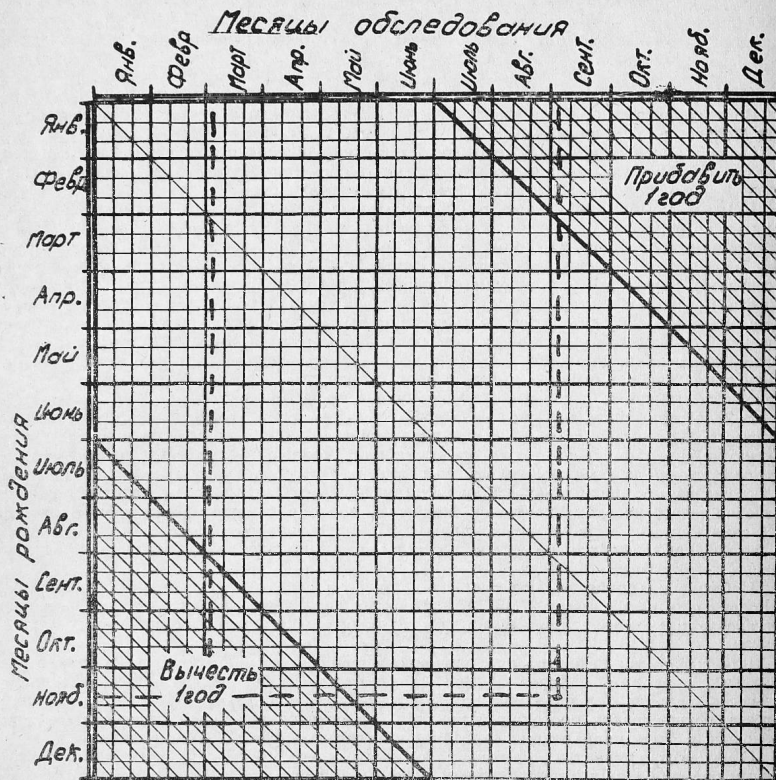


Рис. 1.

График представляет собой координатную сетку, связывающую дату рождения с датой обследования. На вертикальной линии слева в выбранном масштабе наносят месяцы рождения, а на горизонтальной линии сверху — месяцы обследования. Для удобства отсчета на графике нанесена сетка горизонтальных и вертикальных линий, расстояния между которыми соответствуют декадам месяца. Возраст отсчитывают в месте пересечения горизонтальной прямой линии, проходящей через точку, обозначающую на вертикальной шкале дату рождения, и вертикальной линии, проходящей через точку, обозначающую на горизонтальной шкале дату обследования. Если точка пересечения этих прямых лежит в белом поле графика, то возраст ребенка равен разности между годом обследования и годом рождения. Если точка пересечения линий лежит в заштрихованном поле правого верхнего угла графика, то, согласно принятой методике исчисления возраста, к разности между годом обследования и годом рождения необходимо прибавить год. Для примера определим возраст ребенка, родившегося 17/XI 1959 г. Дата обследования — 3/III 1968 г. Как показано на графике, место пересечения линий находится в заштрихованной части левого нижнего угла. Следовательно, возраст ребенка равен: $1968 - 1959 - 1 = 8$ годам. Возраст ребенка, родившегося 17/XI 1959 г., обследованного 5/IX 1968 г., равен 9 годам ($1968 - 1969 + 1 = 9$).

Для определения возраста может быть использована специальная линейка, показанная на рис. 2.

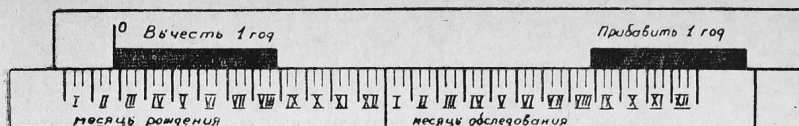


Рис. 2.

Линейка геометрически связывает дату рождения и дату обследования ребенка. На неподвижной части линейки в выбранном масштабе нанесены месяцы года рождения и месяцы года обследования. На подвижной части линейки с левого и правого ее краев имеются зачерненные поля с надписями «вычесть 1 год», «прибавить 1 год». При совмещении нулевой риски на левом крае подвижной линейки с риской, соответствующей 1 января года рождения на неподвижной линейке, конец левого зачерненного поля совпадает с риской 30 июня года рождения, начало правого зачерненного поля — с риской 1 июля года обследования, а конец правого зачерненного поля — с риской 31 декабря года обследования. Способ пользования линейкой можно уяснить на примере. Дата рождения ребенка — 25/II 1960 г., дата обследования — 8/IX 1968 г. Совместим нулевую риску на подвижной линейке с датой 25 февраля года рождения на неподвижной линейке. Дата 8 сентября года обследования на неподвижной линейке находится против правого зачерненного поля с надписью «прибавить 1 год». Следовательно, возраст ребенка равен: $1968 - 1960 + 1 = 9$ годам. Для практического пользования неподвижную часть линейки со шкалой, вычерченной на миллиметровой бумаге, удобнее наклеить на картон и подвести под нее картонный поддон. Для подвижной линейки можно использовать обычную учебную линейку, на которую следует нанести заштрихованные поля в соответствующем масштабе. Практика показала, что пользование описанным графиком, а также линейкой в несколько раз сокращает производительность вычислительных работ.

Точность расчета вполне достаточная.

Подобные графики и линейка могут быть разработаны и для определения возраста детей до 7 лет.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Ярыков, Белопитов, Светославова и Лазаров. Ошибки в акушерско-гинекологической практике. София, 1970

Авторы монографии поставили своей задачей помочь врачам избежать ошибок в практической деятельности. Помимо ошибок «без вины», есть и такие, которые обусловлены недостаточным знанием предмета или халатным отношением к профессиональным обязанностям.

К условиям, повышающим возможность диагностических ошибок, авторы относят сложность, атипичность, «бессимптомность» заболевания. Причины же ошибок могут быть как объективными (недостаточность данных медицинской науки, отсутствие методов быстрого и непосредственного исследования ряда органов и систем, трудность исследования больного, находящегося в тяжелом состоянии, а также недостатки в организации и оснащении лечебных учреждений), так и субъективными. Объективные причины создают возможность ошибок, но реализуются последние врачом, и решающую роль играют субъективные причины. К ошибкам ведут: невнимательное, поверхностное, поспешное, неполное исследование больного; недостаточный уровень теоретической подготовки врачей, узость их диагностического кругозора, разрыв между уровнем медицинской науки и уровнем знаний отдельного врача.

В монографии рассматриваются вначале ошибки при диагностике беременности как в ранние, так и поздние сроки. Нередко за беременную матку принимают опухоли внутренних половых органов, прямой кишки, опущенную почку и даже нормальную небеременную матку. С другой стороны, следует думать о возможной беременности при каждой опухоли в животе. Наличие «менструаций» и девственной плевы не исключают беременности.

Возможны ошибки в диагностике и тактике врача при смерти плода. Использование рентгенографии для диагностики смерти плода до 20-й недели беременности является грубой ошибкой. Рентгенография плода может дать только вероятные признаки его смерти, к тому же они появляются обычно лишь через 4—7 дней после смерти, а в некоторых случаях не ранее 14—15 дней. Большие диагностические возможности представляет фетальная фонокардиография и фетальная электрокардиография. По данным авторов, при мертвых плодах ФКГ показала соответствующий состоянию плода результат в 100%, а при живых плодах — в 63,64%. ФЭКГ отразила действительное состояние плода при мертвых плодах в 93,75%, а при живых — в 93,33%.