

ՀՏԴ. 612.014

Ֆիզիոլոգիա

**ԼՂՀ ԱՌԱՋԻՆ ԵՎ ԵՐԿՐՈՐԴ ՄԱՆԿՈՒԹՅԱՆ ԵՐԵՄԱՆԵՐԻ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ԱՐՄՏՆԵՐԸ, ԴՐԱՆՑ ԿԱՆՈՒՄԳԵԼՈՒՄԸ****Վ. Գալստյան, Մ. Զհանգիրյան**

Դպրոցական կրթության Եվրոպական մոդելին անցնելը մեր պետության տարբեր ոլորտներում, այդ թվում կրթության, գիտության և առողջապահության բնագավառում առաջ է բերում բազում դժվարին խնդիրներ: Նոր պայմաններում դպրոցական կրթության գործը հաջողությամբ առաջ տանելու համար անհրաժեշտ է պահպանել և զարգացնել երեխաների, դեռահասների ու պատանիների ֆիզիկական և հոգևոր զարգացումը, բացառել կամ նվազագույնի հասցնել հիվանդություններն ու արատները: Երեխայի առողջ լինելը, ըստ Ս. Մ. Գրոմբախի, որոշվում է ոչ միայն ստուգման պահին հիվանդությունների բացակայությամբ, այլ նաև ներդաշնակ, տարիքային առանձնահատկություններին համապատասխանող զարգացմամբ, օրգանիզմի հիմնական ֆիզիոլոգիական պրոցեսները օպտիմալ մակարդակով և շրջակա միջավայրի անբարենպաստ պայմաններին դիմադրողականությամբ¹:

Մեր աշխատանքում բերվում են առաջին և երկրորդ մանկության երեխաների ընդհանուր հետազոտության տվյալները: Ըստ գրականության տվյալների առաջին մանկության տարիքային շրջանում ընդգրկվում են 3-6 տարեկան աղջիկները և 4-7 տարեկան տղաները, իսկ երկրորդ մանկության երեխաներն են 7-11 տարեկան աղջիկները և 8-12 տարեկան տղաները²:

Ուսումնասիրությունների մեթոդները: Երեխաների մոտ հանդիպող հիվանդությունների և արատների որոշումը կատարել ենք բժշկության, տարիքային հիգիենայում և ֆիզիոլոգիայում ընդունված մեթոդներով և եղանակներով (սոմատոմետրիա, սոմատոսկոպիա, ֆիզիոմետրիա, ջերմաչափում)³: Երեխաների առողջական վիճակը գնահատելու համար տեղեկություններ ենք վերցրել նաև ծնողներից, ուսուցիչներից, դպրոցի բուժաշխատողից, պոլիկլինիկայից և հիվանդանոցից:

Երեխաների մոտ հիմնական հանդիպող հիվանդությունները ներկայացրել ենք ըստ Ս. Մ. Միլլերի՝ շնչառական և մարսողական համակարգի հիվանդություններ, վարակիչ հիվանդություններ, տրավմաներ, մաշկի ու օրգանների հիվանդություններ:

Ստացած նյութերը և դրանց վերլուծությունը: Մեր կողմից կատարված հետազոտությունների արդյունքում պարզել ենք, որ 5-13 տարեկան երեխաների մոտ հանդիպող հիվանդությունների մեջ առաջին տեղը զբաղեցնում են

¹ В.Н. Кардашенко с соавторами, Гигиена детей и подростков, Медицина, 1988, с. 41-115.

² Կ. Գալստյան, Մ. Զախրերյան, Տարիքային ֆիզիոլոգիա, Երևան, 1991, էջ 31-33:

³ В.Н. Кардашенко с соавторами, Руководство к лабораторным занятиям по гигиене детей и подростков, М., 1981, с. 10-50.

շնչառական համակարգի հիվանդությունները (30-35%), երկրորդ տեղը՝ վարակիչ հիվանդությունները (25-30%), երրորդը՝ տրավմաները (20-25%), չորրորդը՝ մաքուր ակնային համակարգի հիվանդությունները (10-15%), հինգերորդը՝ մաշկի և օրգանների հիվանդությունները (5-10%): Առաջին և երկրորդ մանկության հասակի երեխաների շնչառական համակարգի հիվանդությունների մեջ ըստ հանդիպման հաճախականության առաջին տեղում են վերին շնչառական ուղիների ոչ վարակիչ ընդհանուր բնույթի ռենսպիրատոր հիվանդությունները (OP3), որոնք սկզբում սովորաբար ընթանում են քթից ջրիկ առատ արտահոսքով, փռշտոցով և թեթև հագով, սակայն անուշադրության դեպքում պրոցեսները արագ խորանում են և քթից արտահոսքը դառնում է խիտ ու դեղնամոխրագույն: Հազը դառնում է դժվարին և խորը, խիստ բարձրանում է երեխայի մարմնի ջերմաստիճանը: Այս հիվանդությունները հաճախ առաջանում են մրսածության, օրգանիզմի պաշտպանական հարմարանքների թուլացման ու մարմինը ոչ կանոնավոր կոփման հետևանքով: Երեխաների մոտ դրանք հաճախ են առաջանում աշնան երկրորդ կեսին, ձմռանը և գարնան սկզբներին: Այսպիսի ախտահարմամբ առաջին մանկության շրջանի երեխաների մոտ վարակվածությունը կազմել է 25-30%, երկրորդ մանկության շրջանի երեխաների մոտ՝ 15-25%: Ոչ ժամանակին և ոչ ճիշտ ցույց տրվող բուժական միջամտությունների դեպքում պրոցեսները խորանալով անցում են կոկորդին, բրոնխներին և թոքերին:

Վերին շնչուղիների շրջանում հանդիպող մյուս հիվանդություններն են համարվում նաև ըմպանի, շնչուղիների ախտահարումները, կոկորդի և շնչափողի բորբոքումները: Ամբողջ հիվանդությունների մեջ սրանք կազմում են շուրջ 10-15 %: Այս հիվանդություններն ընթանում են ըմպանի և կոկորդի հատվածի սուր բորբոքային երևույթներով, ուռածությամբ, շնչառության դժվարացմամբ և յուրահատուկ խզոցներով: Վերջինս ավելի ուժեղ է լինում, երբ կոկորդում ախտահարվում են նաև ձայնալարերը: Հիվանդությունների հիմնական պատճառները նույնն են ինչ վերին շնչուղիների ընդհանուր ախտահարումների դեպքերում: Սակայն այստեղ պրոցեսները հաճախ բարդանում են ստաֆիլա և ստրեպտոկոկային մանրէների ներթափացման պատճառներով: Բրոնխների բորբոքումը (բրոնխիտ) ավելի հաճախ հանդիպող հիվանդություն է, քան թոքերի ոչ վարակիչ ախտահարումը՝ պուլմոնիտը: Վարակվածությունը կազմում է 5-10 %: Առաջացնող պատճառները նույնն են: Բրոնխիտներից ոչ վարակիչ թոքաբորբին անցումը անուշադրության դեպքում կատարվում է շատ արագ:

Շնչառական համակարգում հանդիպող վարակիչ հիվանդություններից ավելի հաճախ է հանդիպում գրիպը, որը հարուցվում է „O”, „A”, „C” տիպի և մի քանի այլ ենթատիպերին պատկանող վիրուսների կողմից: Հիվանդությունը բնութագրվում է բարձր ջերմաստիճանով և վերին շնչառական օրգանների ու բերանի խոռչի լորձաթաղանթի կատարային ախտահարումներով, որոնք շուտով խորանում են և ախտահարում նույնիսկ թոքերը: Գրիպն միշտ գրիպի վարակը մեզ մոտ գալիս է հարևան շրջաններից և ավելի հեռու գտնվող մեծ քաղաքներից: Գրիպի փոքր բռնկումները կամ տեղաճարակները և մեծ վարակվածությունը կամ համաճարակը լինում է

աշնան, ձմռան և գարնան ամիսներին: Նախկինում վարակվածությունը կազմում էր 90-95% : Սակայն վերջին տարիներին դա ընթանում է փոքր տեղաճարակի ձևով, որի դեպքում վարակվածությունը կազմում է շուրջ 40-50%: Գրիպի այդպիսի ընթացքը կապված է նրա հետ, որ մեզ մոտ երեխաների մի մասը ստանում են բուժական շիճուկ, որը նույնպես նպաստում է գրիպի վարակվածության նվազմանը:

Երեխաների տրավմատիկ վնասվածքները լինում են բաց և փակ տիպի: Երեխաների մոտ ավելի շատ են լինում փակ վնասվածքներ և ոչ խորը թափանցող վերքեր, որոնք նրանց մոտ առաջանում են արտադարձական ու սպորտային պարապմունքների ժամանակ: Դրանք կազմում են 25-30%: Փոքր վնասվածքների դեպքում երեխաները համապատասխան բուժօգնություն են ստանում դպրոցի բուժկետում, իսկ մեծ վնասվածքների դեպքում նրանք ուղարկվում են պոլիկլինիկա կամ հիվանդանոց:

Առաջին և երկրորդ մանկության շրջանի երեխաների մարտդակաճի համակարգի հիվանդությունները ավելի շատ են և բազմազան: Սակայն դրանց մեծ մասը հայտնաբերվում են համապատասխան կլինիկա-լաբորատոր քննությունների ժամանակ: Ուստի մեր աշխատանքում կանդիդատանք միայն բերանի խոռչի տարբեր բնույթի բորբոքումներին՝ ստոմատիտների, որոնց հանդիպման հաճախականությունը կազմում է 15-20%, նշագեղձերի ախտահարման (3-5%), ըմպանի մարտդակաճի մուտքի բորբոքման (15-20%) և ատամների կարիեսով ախտահարմանը (45-55%): Նշված ախտահարումների զարգացման գործում մեծ դեր են խաղում ոչ ճիշտ խնամքը և պրոֆիլակտիկ միջոցառումների բացակայությունը:

Մաշկի մի խումբ հիվանդություններից առաջին և երկրորդ մանկության շրջանի երեխաների մոտ շատ քիչ դեպքերում (0,5-2 %) հանդիպում են մաշկի թեփոտում և մազաթափություն, որոնց պատճառ կարող են հանդիսանալ մաշկի ոչ ճիշտ խնամքը, վիտամինների պակասը և նյութափոխանակության խանգարումները: Թեփոտման պատճառ կարող են հանդիսանալ նաև որոշ մանրէները (ախտածին սնկերը): Վարակիչ հիվանդություններից բացառիկ դեպքերում հանդիպում է խուզող մրմնջուկ (մկնատամ):

Անցնելով օրգանների հիվանդություններին՝ նշենք, որ լսողական, տեսողական, հենաշարժական և այլ օրգանների խորը ախտահարումներով երեխաներ չեն հաճախում ընդհանուր միջնակարգ դպրոց: Այստեղ սովորող երեխաների մի մասի մոտ, սակայն, նկատվում են աչքի կամ տեսողական օրգանի տարբեր ախտահարումներ: Մասնավորապես, առաջին և երկրորդ մանկության շրջանի երեխաների շուրջ 5-7 %-ն ունեն կարճատեսություն (դա որոշված է մասնագետ բժշկների կողմից և նրանց նշանակված են բուժական ակնոցներ): Աչքի թեքումներ (շլություն), աստիգմատիզմ և այլ ախտահարումներ ունեցողները կազմում են շուրջ 0.1-0,5%:

Երեխաների մոտ անոմալիաների հայտնաբերման ուղղությամբ մեր կատարած սոմատոմետրիկ, սոմատոսկոպիկ և ֆիզիոմետրիկ ուսումնասիրություններից պարզվեց, որ 5-10 տարեկան երեխաների մոտ ենթամաշկույն ճարպային հյուսվածքի կուտակումներ ունեցողներ չկան, իսկ 11-

12 տարեկանների մոտ դրանք կազմում են 5-8%, մեծամասամբ միայն աղջիկներ, ինչը կարող է կապված լինել նրանց սեռական գեղձերի կողմից արտադրվող էսթրոգենների արտազատման հետ:

Հետազոտված երեխաների շուրջ 60-70%-ը ունեցել են մկանային համակարգի միջին զարգացվածություն (2 բալ), շուրջ 20%-ը՝ թույլ զարգացած (1 բալ), իսկ շուրջ 10-12%-ը՝ ուժեղ զարգացած մկանային համակարգ (3 բալ): Երեխաների կրծքավանդակը ուսումնասիրելիս պարզել ենք որ շուրջ 65-70%-ն ունեն բնականոն, նորմալ կեցվածք:

Կուրցիկավուն տղաները կազմել են ամբողջ խմբի 6-12%-ը, աղջիկները՝ 6-9%-ը: Ողնաշարում լորդոզ (դեպի առաջ թեքում) և կիֆոզ (դեպի հետ թեքում) են ունեցել տղաների 12-14%-ը, իսկ աղջիկների՝ 6-10%-ը: Ուղղաձգված կեցվածք են ունեցել տղաների 2-3%-ը և աղջիկների՝ 3-6%-ը: Բնականոն ոտքեր ունեցող երեխաները կազմել են հետազոտվածների 75-90%-ը: Օ-ձև ոտքեր ունեցել են տղաների 9-12%-ը, աղջիկների՝ 8-10%-ը: X-ձև ոտքեր են ունեցել աղջիկների 10-14%-ը և տղաների 9-10%-ը:

Պետք է նշել, որ այս անումալիաների մեծ մասը (60-90%) ձեռք բերվել են: Դրանք կապված են ոչ ճիշտ կեցվածքի, տան և դպրոցի անբարենպաստ պայմանների, ֆիզիկական կուլտուրայով և սպորտով անբավարար չափով զբաղվելու հետ: Հետևապես անումալիաների կանխումը մեծապես կախված է հենց երեխաներից, նրանց ծնողներից ու դպրոցից և միայն մի փոքր մասը կարող կապված լինել ժառանգականության հետ:

Заболевания и пороки детей НКР первого и второго периодов детства,
их профилактика
А.Галстян, М.Джангирян

Резюме

Нами установлено, что в НКР в возрасте 5-12 лет первое место занимают болезни органов дыхательной системы (составляют 30-35 %), второе место - заразные заболевания (25-30%), на последнем месте - болезни кожи и органов (5-10%). 65-70 % обследованных детей имеют нормальную осанку. Лордоз и кифоз имеют 10-14 % мальчиков и 6-10 % девочек. Нормальные конечности имеют 75-90 % детей, О-образные конечности имеются у 9-12 % мальчиков и 8-10 % девочек, Х-образные - у 10-14 % девочек и 9-10 % мальчиков.

Diseases and Defects among the Children of NKR
at the First and Second Periods of Childhood, their Prevention
A. Galstyan. M. Jangiryan

Rezume

We found that in the NKR among the children aged 5-12 years, the first place belongs to diseases of the respiratory system (30-35%), the second-communicable disease (25-30%), in the last place - diseases of the skin and organs (5-10%). 65-70% of the children have normal posture. Lordosis and kyphosis have 10-14% of boys and 10.6% girls. Normal limbs have 75-90% of children O-limbs are present in 9-12% of boys and 10.8% girls, X-shaped - in 10-14% of girls and 10.9% of boys.