

Key words: the social consent agreements, Public Council of Tajikistan, collaboration of state organizations with political parties and social associations, historical experience of peacemaking.

АХБОРИ АКАДЕМИЯИ ИЛМҶОИ ҶУМҶУРИИ ТОҶИКИСТОН
ШУЪБАИ ИЛМҶОИ ҶАМЪИЯТШИНОСӢ №3, 2014

ИЗВЕСТИЯ АКАДЕМИИ НАУК РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
ОТДЕЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ НАУК №3, 2014

УДК: 37с + 01+01тадж.

НОСИРОВА М. П., ПАЧАЕВА Р. П. ¹

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ

В обзоре литературы представлены современные данные состояния здоровья и физического развития детей и подростков. Актуальность изучения состояния здоровья подрастающего поколения определяется, прежде всего, снижением показателей здоровья и функциональных возможностей детского и подросткового организма, а также ростом заболеваемости и ухудшением качества жизни.

Отмечено, что в результате интенсификации учебного процесса, влияния факторов окружающей среды в сочетании с неблагоприятными санитарно-гигиеническими условиями обучения, неполноценным питанием, выявлены неудовлетворительные показатели состояния здоровья и физического развития детей и подростков школьного возраста. Анализ данных литературы указывает на необходимость организации совершенствования службы охраны здоровья детей и подростков.

Ключевые слова: состояние здоровья, физическое развитие, дети, школьники.

Здоровье детей и подростков в любом обществе и при любых социально-экономических и политических ситуациях является актуальнейшей проблемой и предметом первоочередной важности, так как оно определяет будущее страны, генофонд нации, научный и экономический потенциал общества и, наряду с другими демографическими показателями, является чутким барометром социально-экономического развития страны. Наглядным примером неблагополучия в обществе является ухудшение состояния здоровья детей, при этом наиболее значительное увеличение частоты всех классов болезней происходит в возрастные периоды, совпадающие с получением ребенком общего среднего образования.

Результаты обследования школьников, проведенные А. Б. Бабаевым с соавт. (2009), показали снижение количества абсолютно здоровых детей и подростков за последние 10-12 лет с 7-9% до 3% при увеличении численности детей с функциональными отклонениями и хроническими заболеваниями. За последнее десятилетие выявлен рост болезней и функциональных нарушений нервной системы, психической сферы, органов пищеварения,

¹ Адрес для корреспонденции: Носирова М. П. – ст. преподаватель кафедры семейной медицины №2, к. м. н. ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан, г. Душанбе, ул. Фирдавси, д. 13/16, кв. 19. E-mail: matlyuba61@mail.ru Телефон: 907 97 72 02

сердечнососудистой системы, опорно-двигательного аппарата и органов зрения в среднем на 34-66%. Доля детей, имеющих хронические заболевания (III и IV групп здоровья), среди старшеклассников также имела тенденцию к росту, и самые высокие показатели хронических заболеваний отмечались среди школьников 12-14 лет.

По данным Ануфриевой Е. В. и Ножкиной Н. В. (2011) в ходе диспансерного осмотра школьников 13-14 лет выявлено в среднем 3, 3 заболевания и/или функциональных отклонения на одного осмотренного. Ведущими нарушениями явились: болезни органов пищеварения – 22, 9%, кровообращения – 12, 5%, глаза и придаточного аппарата – 12, 0%, нервной системы – 10, 2%, костно-мышечной системы – 10, 1%. Патология репродуктивной системы выявлена у 8, 4% девочек и 7, 6% мальчиков, имеют риск её развития 25, 6% и 23, 8%, соответственно. Выявлены отклонения в физическом развитии у 51, 6% осмотренных, из них 24, 2%- за счет дефицита и 15, 4%- повышенной массы тела. Отклонения артериального давления отмечены у 56, 9% учащихся, в основном по гипертоническому типу – 42, 8%; изменения ЭКГ- у 30, 9%, малые аномалии сердца – в 55, 3% случаев. По данным УЗИ обнаружена патология органов брюшной полости у 47, 8% осмотренных, эндокринной системы- у 4, 7%. К I группе здоровья отнесены лишь 5, 1% учащихся, II группе- 23, 6%, III группе- 70, 6% школьников.

В результате изучения особенностей и структуры заболеваемости среди детей из многодетных семей в сельской местности выявлено, что ведущее место занимают острые респираторно-вирусные (ОРВИ) и острые кишечные инфекции в младшем школьном возрасте, простудные заболевания органов дыхания и наличие хронических очагов инфекции в старшем [10]. Значимость изучения проблемы определяется высокой степенью риска развития у детей с ОРВИ серьезных осложнений со стороны дыхательных путей, сердечнососудистой, нервной, мочевыводящей систем и т. д. Кроме того, переносимые ОРВИ ведут к снижению функциональной активности системы иммунитета, дисбалансу компенсаторно-адаптационных механизмов организма ребенка, а повторные, особенно тяжело протекающие инфекции приводят к формированию хронического процесса носо- и ротоглотки, органов дыхания и т. д.

Исследование качества здоровья детей с диффузным нетоксическим зобом выявило высокую частоту (70%) с ведущим значением пубертатного и подросткового периодов (средний возраст составлял $12, 0 \pm 0, 4$ лет) с преимущественным поражением девочек (60%). Диффузный зоб детского и подросткового возрастов является предиктором роста удельного веса сердечнососудистых заболеваний, нарушения функции репродуктивной системы и онкопатологии среди детей и подростков, считают З. Х. Якубова с соавт. (2009). Хотя, в результате реализации национальной программы по борьбе с йододефицитными состояниями в Республике Таджикистан и законом о йодировании соли, в настоящее время данная проблема серьезных угроз не вызывает, однако сохраняется напряжённость в отношении йододефицитных заболеваний в отдельных регионах республики. Проведённое авторами (Анварова Ш. С. и др., 2011, 2013) исследование установило наибольшую частоту факторов риска развития йододефицитных заболеваний у подростков из сельских регионов республики. Проблема йододефицита чрезвычайно актуальна для Таджикистана с характерными природно-географическими

особенностями, где более 93% региона составляет горная местность с недостатком йода в почве. Влиянию йододефицита подвержены все группы населения, особенно с физиологически повышенной потребностью – дети, подростки, беременные. Йодная недостаточность детского и подросткового возраста характеризуется комплексом психомоторных, соматических нарушений со снижением фертильности в последующем [11].

Одной из ведущих проблем педиатрии стали болезни сердечнососудистой системы, связывающие между собой болезни детей и взрослых. Скрининг неорганизованной молодежи в возрасте 15-19 лет на предмет выявления артериальной гипертензии (АГ) показал, что у 4, 5% обследуемых выявлена АГ причем преимущественно АГ первой степени (АД = 140/90- 150/99 мм. рт. ст). Что касается осведомленности обследуемой категории населения о наличии у них АГ, только 36, 2% знали о наличии у себя АГ. С увеличением уровня образования повышалась и осведомленность обследованных [6]. По данным З. А. Таджибаевой с соавт. (2009) у детей страдающих вегетососудистой дистонией в возрасте от 7 до 14 лет, отмечалось снижение уровня АД ниже среднего значения, в некоторых случаях вплоть до инсулярных кризов, функциональный характер изменений ваготонии.

При изучении пищевого статуса детей авторами установлена частота распространенности ожирения среди мальчиков 6-10 лет г. Душанбе, которые составляют 5, 2%, в то время как у девочек выявлено незначительное превышение (6, 08%), кроме того отмечено, что с увеличением возраста детей наблюдается уменьшение частоты распространенности ожирения. Так у девочек в возрасте 11-14 лет она составляет в среднем 1, 4%, наибольшая величина в 14 лет-1, 8%. У мальчиков же 11-14 лет частота распространенности ожирения в среднем составляет 1, 7%, наиболее выраженная в возрасте 12 лет-2, 7% [5].

По данным всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 1, 9 млн. смертей в мире связаны с отсутствием физической активности и, по меньшей мере, 2, 6 миллиона смертей являются результатом избыточного веса или ожирения. Ожирение у детей, с учетом роста его распространенности и высокого риска формирования метаболических и сердечнососудистых осложнений, являются общепризнанной медицинской проблемой. Ожирение в детстве и раннем пубертатном возрасте увеличивает риск возникновения нарушений репродуктивной функции, ухудшает и качество жизни. Авторами (М. Д. Кадамалиева, 2009; Dobbins M., 2013) установлена высокая частота нарушений полового развития у девушек-подростков с ожирением: нарушение оварио-менструального цикла в 46, 8% случаев. Результаты профилактических осмотров показали, что за период с 2007 по 2011 года (И. В. Звезда и др., 2010) заболеваемость ожирением выросла на 20, 3%, анемиями – на 30, 5%, болезнями эндокринной системы – на 6, 4%, гастритами и дуоденитами – на 16, 7%.

Эпидемиологические исследования в разных странах (Т. Л. Кураева, 2006; E. González et al., 2009) свидетельствуют об увеличении заболеваемости сахарным диабетом I типа у детей, причём риск развития болезни нарастает с возрастом. Так, в проведённом Р. С. Сайдуллаевой с соавторами (2012) исследовании, дебют диабета среди детей таджикской популяции до 1 года составлял лишь до 1%, а возрасте старше 10 лет увеличивался до 38, 4%. Анамнестически выявлена взаимосвязь возникновения сахарного диабета I

типа с отягощённой наследственностью (40, 5%), вирусной инфекцией (323%), перенесённым стрессом (14, 8%), ранним употреблением коровьего молока (12, 7%).

Первый национальный опрос, проведённый королевским колледжем педиатрии и охраны детского здоровья (RCPCH) в Англии в 2009 году, показал, что 22783 детей и молодых людей до 18 лет страдают диабетом, большинство из которых составляют больные I типом (97%). Чуть более половины, 51, 1% (11 643/22 783), из детей и молодых людей с диабетом мальчики. Для всех типов диабета наибольшее число случаев заболеваний встречалось в возрасте старше 10 лет, 77% всех детей с диабетом типа I в этой возрастной группе [17].

В настоящее время большое количество исследований направлено на изучение важного раздела детской патологии – анемии, которая широко распространена среди населения и сохраняет тенденцию к сохранению численности больных. Аналогичная ситуация выявлена в Среднеазиатском регионе, в том числе и в Республике Таджикистан (К. И. Исмаилов, 2011; М. М. Миракилова, 2013; Н. Н. Ходжаева, 2013). В структуре анемий ведущее место принадлежит железодефицитной анемии (ЖДА) – 85-91%, наследственные гемолитические анемии составляют 7-8%, по данным шестилетнего наблюдения за пациентами с анемиями в возрасте от 2 до 15 лет. Авторами подчёркивается замедление роста и развития детей, страдающих анемиями, снижение у них иммунобиологической реактивности организма и повышение восприимчивости к интеркуррентным заболеваниям [4, 9].

У подростков железодефицитные состояния проявляются повышенной утомляемостью, мышечной слабостью, снижением памяти, снижением эмоционального тонуса и др. ЖДА у детей с Hb < 105 г/л ассоциируется с психомоторными и когнитивными отклонениями, а также плохой успеваемостью в школе. В то же время анемия, в том числе ЖДА, является независимым фактором повышенной летальности у пациентов с хроническими заболеваниями [16].

Изменение социально-экономической обстановки, быстрое ухудшение качества жизни, миграция населения из регионов с высокой заболеваемостью туберкулёзом, увеличение числа медицинских отводов от прививки БЦЖ в родильном доме, низкий охват ревакцинацией БЦЖ в возрасте 7 и 14 лет, по утверждению авторов (Михайлова Ю. В. и др., 2009; Аксёнова В. А. с соавт., 2011; Муравицкая М. Н. с соавт., 2013), являются этиологическим фактором повышения инфицированности туберкулёзом. По данным детской туберкулёзной больницы г. Душанбе, более половины госпитализированных детей из очагов туберкулёзной инфекции нередко из одной семьи (по 2-3 ребёнка). Инфицированные дети в основном выявлялись по обращаемости при появлении выраженных клинических симптомов заболевания. До установления диагноза эти дети лечились безрезультатно в детских соматических стационарах и поликлиниках, в результате туберкулёз прогрессировал и принимал осложнённое течение [8].

Стоматологическая заболеваемость среди детей и подростков, согласно эпидемиологическим обследованиям, проявляется достаточно ранним возникновением кариеса зубов. Исследования проведены по унифицированным критериям оценки стоматологического статуса, рекомендованными Всемирной организацией здравоохранения (1997), в

возрастной категории 12 и 15 лет. Анализ результатов, которые сделаны исследователями Б. З. Турдыева с соавт. (2012) показывает, что распространённость кариеса в возрасте 6-7 лет составляет 23%, значительно возрастает к 12-ти и 15-ти годам (86% и 90% соответственно).

Отмечается рост числа детей и подростков с гиперурикемией, обусловленной изменениями образа жизни, характера питания, ухудшением экологической обстановки, нерациональным использованием медикаментозных препаратов [43]. Нарушение пуринового обмена считают И. В. Трушкина (2005) и О. В. Селицкая (2009) с соавторами в детском возрасте приводит к атеросклерозу, эссенциальной артериальной гипертонии, обменным артритам, подагре, сахарному диабету, желчнокаменной и мочекаменной болезням, атопической бронхиальной астме, другим сердечнососудистым заболеваниям в более старшем возрасте [11].

Одним из основных показателей здоровья ребёнка является физическое развитие растущего организма. Чем значительнее отклонения в физическом развитии ребёнка, тем больше вероятность наличия функциональных нарушений или хронических заболеваний. Углублённый анализ материалов физического развития детей и подростков выявил, что низкий уровень физического развития детей школьного возраста коррелировал с образованием и социальным положением родителей. Согласно приведённым данным, чем ниже образование родителей и социальное положение матерей, тем больше удельный вес детей с замедленным уровнем физического развития ($r = -0,9$). Выявлена корреляционная связь между низким уровнем физического развития школьников и неудовлетворительными условиями проживания ($r = -0,8$), нерациональным питанием ($r = -0,8$) с частотой заболеваемости ($r = -0,7$). Показатели комплексной оценки физического развития школьников 7-17 лет обнаруживают характерные возрастно-половые закономерности роста и развития растущего организма. Половое созревание у девочек наступает в 12-13 лет, при этом они обгоняют мальчиков по росту и массе тела. Почти во всех возрастно-половых группах отмечается уменьшение длины тела на 1, 5-2 см, чем у их ровесников 80-х годов. Причём различия увеличиваются к подростковому возрасту ($p < 0,05-0,01$). Наряду с указанным наблюдается заметное уменьшение почти всех широтных и охватных размеров тела школьников, особенно значительно выраженное в поперечном и сагиттальном размерах грудной клетки и тазовых размеров ($p < 0,05-0,01$) [1]. Детальный анализ составляющих длину тела показывает, что продольный рост идёт в основном за счёт так называемого верхнего отрезка тела (высота головы и шеи), туловище же практически не изменяется.

Выявлены несоответствие рационов питания требованиям санитарных правил, как в городских, так и в сельских школах. Сравнительный анализ уровня гармоничности физического развития городских и сельских школьников обнаружил, что в сельской местности проживает на 11% школьников больше с гармоничным развитием, чем в городе (73% городских подростков и 84% сельских подростков) [2].

За время обучения в школе учащиеся подвергаются влиянию не только факторов окружающей среды, но и внутришкольных факторов, таких как интенсивная учебная нагрузка, компьютеризация обучения, гипокинезия, психогенные ситуации. Физические и психические реакции организма на звуковое возбуждение разнообразны и во многом зависят от индивидуальной

чувствительности, психического и физического состояния организма. Анализируя воздействие транспортного шума загруженных автомагистралей большого города на состояние здоровья школьников исследователи пришли к выводу, что длительное воздействие шума с уровнем более 80-90 дБ приводит к серьёзным нарушениям слуха, вплоть до частичной или полной потере его. Более чем у половины учащихся, подвергшихся обследованию, обнаружено снижение умственной работоспособности, повышен уровень нервозности, агрессивности и конфликтности [3, 7].

Результаты клинико-биологических исследований свидетельствуют о том, что одним из основных факторов риска отклонений является недостаточность двигательной активности у современных детей и подростков, что составляет до 75%. Участие школьников во всех видах физкультурных занятий заметно снижается, особенно с увеличением возраста и класса обучения, причинами, которых является перегруженность учебных программ, негативное отношение юношей и девушек к физической культуре, ограничение времени подвижных игр и физических упражнений на свежем воздухе, чрезмерное увлечение телевизионными передачами, видеофильмами, компьютерными играми, интернетом. Низкая мотивация подростков к занятиям физкультурой объясняется также недостаточными знаниями школьников о здоровом образе жизни и пользе оптимальной двигательной активности для здоровья [13, 15].

Анализируя внешкольный режим старшеклассников, выявлены нарушения некоторых режимных моментов. Суммарная внешкольная статическая нагрузка старшеклассников составляет более 5 часов, а у 17% более 7 часов. Если приплюсовать школьную нагрузку (6-7 уроков), то у всех старшеклассников можно отметить выраженную гипокинезию. По данным Е. А. Менчинской (2008) и Е. В. Ануфриевой (2011) проведенный анализ показателей сна, самоподготовки и прогулки выявил прямую зависимость между этими показателями: увеличение времени, отводимого на подготовку домашних заданий, приводит к уменьшению времени ночного сна и дневного отдыха. Проведённые А. Б. Бабаевым с соавт. (2009) исследования свидетельствуют об увеличении учебной нагрузки, особенно к 10 и 11 классам, которая является первопричиной снижения двигательной активности и недостаточного пребывания на свежем воздухе. Только менее чем у половины школьников (45, 6%) продолжительность сна соответствовала гигиеническим возрастным нормативам. Особенно много недосыпали школьники младших классов.

Итак, исследования показателей физического развития современных детей и подростков выявили снижение темпов продольного роста, заметное уменьшение почти всех широтных и охватных размеров тела школьников, а также снижение количества детей с нормальным физическим развитием, что свидетельствует об увеличении количества детей с дисгармоничным физическим развитием.

Таким образом, низкий уровень здоровья детей и подростков, отрицательная динамика состояния здоровья учащихся в процессе обучения обуславливают, с одной стороны, высокую актуальность научных исследований в этой области, с другой – необходимость совершенствования работы образовательных учреждений в направлении сохранения, укрепления и формирования здоровья школьников. Здоровый образ жизни не занимает пока первое место в иерархии потребностей и ценностей человека в нашем

обществе. Но, если мы не научим детей с самого раннего возраста ценить, беречь и укреплять свое здоровье, если мы не будем личным примером демонстрировать здоровый образ жизни, то в этом случае навряд ли можно надеяться, что будущие поколения будут более здоровыми и развитыми не только как личности, интеллектуально, духовно, но и физически.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаев А. Б. Гигиеническая оценка физического развития детей в зависимости от социально-экономических условий. / А. Б. Бабаев [и др.] // Сб. науч. статей 61-й науч.-практич. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием.- 2013.- С. 32-33.
2. Добрынина И. С. Взаимосвязь рациона питания и гармоничного физического развития школьников. / И. С. Добрынина, Т. Н. Петрова, И. В. Страхова// Сб. науч. статей 61-ой науч.-практич. конференции ТГМУ. – 2013. – С. 181-182.
3. Ёдгорова М. Дж. Влияние транспортного шума на состояние здоровья школьников. / М. Дж. Ёдгорова, З. Г. Хушвахтов// Мат. 60-ой годич. науч.-практич. конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённая 80-летию со дня рождения член-корр. РАМН, профессору Ю. Б. Исхаки.- Д.- 2012. С. 221-222.
4. Кузник Б. И. Клиническая гематология детского возраста. / Б. И. Кузник, О. Г. Максимова// М. – 2010. – 496с.
5. Распространенность ожирения среди детей школьного возраста 11-14 лет Таджикистана/ Ф. Д. Хасанов [и др.] // – Сб. науч. статей Всероссийской конференции.- С-Петербург.- 2011. – С 315-316.
6. Рахматуллоев А. А. Некоторые аспекты артериальной гипертензии у подростков Республики Таджикистан/ А. А. Рахматуллоев, М. Т. Хайриддинов, М. И. Сафаров// Мат. 57й науч.-практич. конференции ТГМУ Абуали ибни Сино.- 2009 – С. 121-122.
7. Сафронова А. И. Гигиеническая характеристика факторов школьной и окружающей среды и их роль в дисрегуляции вегетативной нервной системы у школьников и гимназистов: Автореф...дис. канд. мед. наук. – Оренбург. – 2009. – 19с.
8. Сироджидинова У. Ю. Эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу у детей из очагов инфекции/ У. Ю. Сироджидинова. // Вестник Авиценны.- 2012.- №1.- С. 109-111.
9. Ситуационный анализ: улучшение экономических результатов посредством расширения программ по питанию в РТ. / UNICEF; the World Bank – Душанбе.- 2012.- 9с.
10. Умарова З. К. Факторы риска, влияющие на состояние здоровья детей из многодетных семей в сельской местности, профилактика и лечение. / З. К. Умарова [и др.] // Мат. 57-й науч.-практ. конференции ТГМУ.-2009.-С. 136-138.
11. Умарова М. Ф. Состояние репродуктивного здоровья девочек с диффузным нетоксическим зобом. / М. Ф. Умарова, З. Х. Якубова//Сб. науч. статей 61-й годич. науч.-практич. конференции ТГМУ.- 2013.- С. 146-148.
12. Шабалов Н. П. Диатезы и аномалии конституции как педиатрическая проблема. / Н. П. Шабалов// Педиатрия.- 2009.- №5.- С. 72-76.
13. Samacho-Miñano MJ, LaVoi NM, Barr-Anderson DJ. Interventions to promote physical activity among young and adolescent girls: A systematic review. *Health Educ Res.* 2011;26:1025–49.
14. Chen MH. Association between psychiatric disorders and iron deficiency anemia among children and adolescents: a nationwide population-based study. / Chen MH [et al.] // *BMC Psychiatry.* 2013 Jun 4;13:161. doi: 10. 1186/1471-244X-13-161.
15. Mounesan L. [et al] Policy Brief on Promoting Physical Activity Among Adolescents. / L. Mounesan [et al]// *Int. J. Prev. Med.* – 2012.- 3 (9).- 599–606.
16. Rosado JL Efficacy of different strategies to treat anemia in children: a randomized clinical trial. / JL Rosado, KE Gonzalez, M del C Caamano, OP Garcia, R Preciado, M. Odio// *Nutr J.* 2010 Sep 23;9:40. doi: 10. 1186/1475-2891-9-40.
17. Royal College of Paediatrics and Child Health. Growing up with Diabetes: children and young people with diabetes in England. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.rcpch.ac.uk/system/files/protected/news/FINAL_CYP_Diabetes_Survey_Report_2009. P. 35.

НОСИРОВА М. П., ПАЧАЕВА Р. П.

МАСЪЛАҲОИ МУҲИММИ ҲОЛАТИ САЛОМАТӢ ВА ИНКИШОФИ ҶИСМОНИИ КӮДАКОН ВА НАВРАСОН ДАР ТОҶИКИСТОН

Дар шарҳи адабиётҳои муосир маълумотҳои зиёде оид ба ҳолати саломатӣ ва инкишофи ҷисмони кӯдакон ва наврасон пешниҳод шудаанд. Муҳимияти омӯзиши ҳолати саломатии наврасон пеш аз ҳама дар он аст, ки нишондиҳандаи сатҳи саломатӣ ва имкониятҳои функционалии организми кӯдакон ва наврасон, инчунин афзоиши фоизи беморихо ва паст шудани сифати зиндагии эшонро баҳодихӣ мекунад. Қайд карда мешавад, ки нишондиҳандаҳои ғайриқаноатбахши сатҳи саломатӣ ва инкишофи ҷисмони бачагони синни мактабӣ дар натиҷаи шиддатёбии ҷараёни таълим, таъсири омилҳои муҳити атроф яққоя бо шароитҳои омӯзиши номусоиди санитарияи гигиенӣ, истифодаи хӯроки камғизо ё ғизонокиаш паст ба амал меояд. Таҳлили маълумотҳои марбута зарурияти ташкили мукамалкунии идоракунӣ ё пешгирии ҳифзи саломатии кӯдакон ва наврасонро тақозо мекунад.

Калимаҳои асосӣ: ҳолати саломатӣ, инкишофи ҷисмонӣ, кӯдакон, мактаббачагон, ғизо, ҷараёни таълим.

NOSIROVA M. P., PACHAYEVA R. P.

TOPICAL ISSUES OF THE STATE OF HEALTH AND PHYSICAL DEVELOPMENTS OF CHILDREN AND TEENAGERS

Modern these states of health are presented in the review of literature and physical development of children and teenagers. Relevance of studying of a state of health of younger generation is defined, first of all, by decrease in indicators of health and functionality of a children's and teenage organism, and also growth of incidence and life deterioration.

It is noted that as a result of an intensification of educational process, influence of factors of environment in combination with adverse sanitary and hygienic conditions of training, defective food, unsatisfactory indicators of a state of health and physical development of children and teenagers of school age are revealed. The analysis of data of literature indicates the need of the organization of improvement of security service of health of children and teenagers.

Key words: state of health, physical development, children, school students.