

низовано получение, хранение, выдача антиретровирусных препаратов. Налажены контакты с такими смежными специалистами как акушер-гинекологи, фтизиатры, онкологи. Организована работа с исправительными учреждениями.

Для снижения летальности ВИЧ-инфицированных пациентов необходимо усилить проведение диспансеризации пациентов, мероприятия по профилактике, ранней диагностике, своевременному и адекватному лечению оппортунистических заболеваний, повысить приверженность пациентов к приему антиретровирусных и противотуберкулезных препаратов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клинический протокол лечения детей с ВИЧ / СПИДом: утв. М-вом здравоохранения Республики Беларусь 13.05.05. — Минск: Белсэс, 2005. — 77 с.
2. Клинические протоколы диагностики и лечения больных, инфицированных вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]: приложение 1 к приказу №66 Министерства здравоохранения Республики Беларусь 05.02.07. — Минск, 2007. — 23 с.
3. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе: клинические протоколы для европейского региона ВОЗ [Electronic resource] / Ed. I. Eramova, S. Matic, M. Munz. — Phoenix Design Aid, Denmark, 2007. — Mode of access: <http://www.euro.who.int/aids>. — Date of access: 14.05.2008.
4. Клинические стандарты (протоколы) проведения антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции. Диагностика, лечение и профилактика оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом взрослых и подростков: утв. М-вом здравоохранения Республики Беларусь 25.03.05. — Минск: Белсэс, 2005. — 130 с.
5. ВИЧ-инфекция клиника: диагностика, лечение / В. В. Покровский [и др.]; под общ. ред. В. В. Покровского. — М.: ГЭО-ТАР-МЕД, 2003. — 488 с.

УДК 613.95:616-055.15

### **ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ МАЛЬЧИКОВ, ПРЕБЫВАЮЩИХ В ДЕТСКОМ ДОМЕ И ОТНЕСЁННЫХ КО ВТОРОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ**

**Карташева Н. В., Фролова М. В., Дорофеева С. М., Шульга О. В.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Беларусь**

#### ***Введение***

Под физическим развитием понимается динамический процесс изменения морфологических, функциональных признаков организма. Уровень физического развития, его темпы определяются наследственными факторами, социально-экономическими и санитарно-гигиеническими условиями размещения, пребывания, обучения, питанием, заболеваемостью и другими факторами. Уровень достигнутого физического развития является одним из критериев распределения детей по группам занятий физической культуры и здоровья. Ко II группе здоровья относят детей с функциональными и морфологическими отклонениями при сниженном физическом развитии или его дисгармоничности.

Наиболее важными показателями физического развития являются длина и масса тела, которые позволяют оценить процессы роста и развития ребенка и разработать рекомендации по гармонизации гетерохронных проявлений и улучшению здоровья [1–5].

#### ***Цель исследования***

Изучение соматометрических показателей и оценка физического развития мальчиков 6 лет II группы здоровья, проживающих в условиях УО «Гомельский государственный детский дом».

#### ***Материалы и методы исследования***

Анализ состояния соматического здоровья мальчиков, соматометрические измерения, расчетно-математические; статистические.

Под наблюдением находились мальчики 6-летнего возраста в количестве 21 человек. Условия пребывания и размещения, питания и режима дня определялись санитарно-гигиеническими параметрами УО «Гомельский государственный детский дом».

В разработку и анализ взяты медицинские данные мальчиков II группы здоровья по медицинской учетной форме Ф-26/У. Учебно-воспитательный процесс проходил в учреждении среднего образования СОШ № 15. Все дети обучались в первых классах по общей школьной программе.

### **Результаты и обсуждение**

Анализ медицинских данных по состоянию соматического здоровья мальчиков 6 лет II группы здоровья позволяет констатировать проблемные морфофункциональные нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА) и зрения. Количественное распределение мальчиков по заболеваемости представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Количественное распределение мальчиков II группы здоровья по заболеваемости

Морфофункциональные отклонения	Количество детей
Деформации опорно-двигательного аппарата	10
Нарушение зрения	5
Вегетативные дисфункции по смешанному типу (ВСД)	2
Диффузный зоб I степени	2
Часто болеющие	1
Функциональная кардиопатия	1

Нарушения, деформации опорно-двигательного аппарата (ОДА), в основном, проявлялись в виде сколиотической установки осанки и плоско-вальгусной установки стоп. Подобные морфологические отклонения характерны для растущего организма ввиду неравномерности процессов роста и развития и относятся к временным проявлениям. Эффективным, общепризнанным средством и методом коррекции различных видов нарушений осанки являются целенаправленные движения и упражнения. Восемь учеников из десяти посещали урок физической культуры с основной группой учащихся. Только 2 мальчика из 21 определены в специальные медицинские группы. Один ребенок из них имел врожденную миопию высокой степени, 2-й — диспластический правосторонний груднопоясничный сколиоз. Мальчики с вегетативными дисфункциями по смешанному типу (ВСД), функциональной кардиопатией, диффузным зобом I степени определены в подготовительные группы по физической культуре. Учебные занятия по физическому воспитанию мальчики посещают в общеобразовательной школе под контролем специалиста. Врачебно-педагогический контроль за оздоровительным эффектом данных занятий проводится как в школе, так и в УО «Гомельский государственный детский дом». Контроль за ростом и развитием, состоянием здоровья ведется по истории развития ребенка.

Среднестатистическая (нормативная) длина тела у 6-летних мальчиков составляет 116,42 см при сигмальном отклонении в 5,16 см. В допустимые параметры длины тела входят величины 111,26–121,58 см, что считается вариантом возрастных темпов роста тела в длину. Варианты нормы процессов роста отмечены у 11 мальчиков, у одного отмечено ускорение увеличения длины тела, а у девяти отставание в росте (таблица 2).

Таблица 2 — Распределение мальчиков по длине тела (ДТ) и (МТ) в сигмальных отклонениях и центилях

Показатели	Количественное распределение							
	$M \pm \sigma$	$M > +\sigma$	$M > -\sigma$	$25 < P < 75$	$75 < P < 90$	$10 < P < 25$	$3 < P < 10$	$P < 3$
ДТ, см	11	1	9	10	1	6	3	1
МТ, см	15	1	5	12	1	6	2	

У мальчика с ускорением процессов роста выявлена сколиотическая установка осанки и плоско-вальгусная установка стоп. По физическому воспитанию он определен в подготовительную медицинскую группу. Отставание в росте отмечено при диффузном зобе I степени, гиперметропии высокой степени, груднопоясничном диспластическом

сколиозе, у часто болеющего. Оценка длины тела по центильному распределению позволяет говорить о соответствии возрастным процессам роста у 10 мальчиков ( $25 < P < 75$ ), у одного ученика длина тела была в пределах  $75 < P < 90$ , у шестерых учеников длина тела была в пределах  $10 < P < 25$ , у трех — в пределах  $3 < P < 10$  и у одного в центилях  $P < 3$  с диагнозом «сколиотическая установка осанки».

Гигиеническая оценка процессов развития проведена индивидуально в сигмальных отклонениях и по распределению в центилях. Среднестатистическая (нормативная) масса тела у шестилетних мальчиков составляет 21,44 кг при сигмальном отклонении в 2,76 кг. В допустимые параметры по массе тела входят величины 18,68–24,2 кг, что считается вариантом возрастных темпов развития. В данные параметры массы тела вошли пятнадцать мальчиков, у одного отмечено превышение и у пятерых отставание в физическом развитии. Наименьшая масса тела составила 16 кг, наибольшая — 29,3 кг. Центильное распределение показателей массы тела у учеников позволяет говорить о правильных процессах физического развития у 12 детей ( $25 < P < 50$ ), у шести учеников масса тела отмечена в пределах  $10 < P < 25$ , у двух мальчиков — в пределах  $3 < P < 10$ , у одного — в пределах  $P > 75$ .

### **Выводы**

В шестилетнем возрасте у мальчиков II группы здоровья выявлено преобладание наращивания массы тела по отношению к изменению длины тела.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Филонов, В. П. Здоровьесбережение учащихся — приоритетное направление в работе белорусской школы: сб. науч. тр. «Здоровье и окружающая среда» / В. П. Филонов, Н. Ф. Фарино. — Минск, 2009. — Вып. 14. — С. 629–632.
2. Потапчук, А. А. Мониторинг физического состояния детей дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата: сб. науч. тр. «Здоровье и окружающая среда» / А. А. Потапчук. — Минск, 2009. — Вып. 14. — С. 609–610.
3. Начаева, Е. В. Рост как критерий здоровья ребенка / Е. В. Начаева // Педиатрия. — М., 2009. — № 3. — С. 58.
4. Карташова, Н. В. Современные гигиенические аспекты охраны и укрепления здоровья детей и подростков / Н. В. Карташова, В. Н. Бортновский // Проблемы здоровья и экологии. — 2006. — № 4 (10). — С. 118–122.
5. Декларация по охране здоровья школьников в Европе. I Конгресс рос. общ. шк. и унив. мед. и здор., 21–22 февраля. — М., 2008. — С. 13.

**УДК 613.4-057.875**

## **ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТУДЕНТОК, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

**Карташова Н. В., Шкурко М. С., Мамчиц Л. П.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Соматометрические показатели являются объективными критериями состояния здоровья, двигательной активности, условий обучения студенческой молодежи. Суммация эффектов фактического питания, движения формируют морфоструктуру тела, уровень функционирования жизненно важных систем организма. Большинство исследователей относят тип сложения тела, конституцию человека к одному из маркеров его развития и здоровья, являются неперенными условиями эффективного управления образовательным процессом [1, 2, 3].

### **Целью работы**

Сравнительная оценка соматометрических показателей студенток медицинского университета, проживающих в разных социально-гигиенических условиях (дома и в общежитии).

### **Методы исследования**

Соматометрии, индексы оценки здоровья и питания, математически-статистические (сигмальных отклонений и центильного распределения), оценка гармоничности развития по вариантам заключений [4].