

УДК: 612.66+614.212]-053.2:301.185.1

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И УРОВНЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ  
ДЕТЕЙ ИЗ СОЦИАЛЬНО-НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ**

**Добыш З. В., Руденко Т. И.**

**Научный руководитель: ассистент кафедры педиатрии Т. Е. Бубневич**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

В Республике Беларусь проживают 2008 тыс. детей в возрасте до 18 лет, что составляет 21,3 % от общей численности населения. Обеспечение приоритета их интересов является одним из условий устойчивого развития будущего Беларуси. Значительный вклад в решение многих острых проблем детства внесла президентская программа «Дети Беларуси».

Дети — будущее каждой страны и поэтому важно, чтобы они росли, развивались и воспитывались в максимально приемлемых для них условиях, были окружены лаской и заботой. Для того, чтобы нарисовать портрет «неблагополучной семьи» можно обратиться к статистическим данным социальных служб и результатам соответствующих количественных исследований. Исследователи установили, что такие семьи характеризует ряд неблагоприятных факторов:

— социально-экономические (низкий материальный уровень жизни, нерегулярные доходы; плохие жилищные условия либо полное их отсутствие);

— медико-социальные (инвалидность либо хронические заболевания детей, родителей или других членов семьи; вредные условия работы родителей и особенно матери; пренебрежение санитарно-гигиеническими нормами);

— социально-демографические (неполная или многодетная семья, семья с несовершеннолетними родителями, с престарелыми родителями, семьи с повторным браком и сводными детьми);

— социально-психологические (семьи с деструктивными эмоционально-конфликтными отношениями супругов, родителей и детей, педагогической несостоятельностью родителей, деформированными ценностными ориентациями);

— криминологические (аморальный и паразитический образ жизни, проявления жестокости и садизма, наличие судимых членов семьи, разделяющих нормы и традиции преступной среды); алкоголизм и наркомания.

Эти факторы в реальности действуют не поодиночке, а, скорее, в совокупности. Исследователи считают, что чем больше факторов неблагополучия действует, тем более проблемной будет семья.

Приоритетной задачей государства является улучшение демографической ситуации. Это возможно при условии сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения.

***Цель исследования***

Изучить уровень здоровья, физического развития, диспансеризации детей из социально неблагополучных семей; сравнить показатели здоровья, физического развития, диспансеризации детей из благополучных и социально-неблагополучных семей.

***Методы исследования***

Сбор материала проводился методом выкопировки данных из первичной медицинской документации — индивидуальной карты развития пациента УЗ «Гомельская центральная городская детская поликлиника» по данным за 2009–2010 гг. Проведен анализ 60 амбулаторных карт: из них 30 — детей из социально-неблагополучных семей, 30 —

детей из благополучных семей (в качестве сравнительной группы). Определение физического развития детей оценивалось по центильным таблицам на основании роста и массы тела. Уровень диспансеризации оценивался на основании должных и фактических осмотров узкими специалистами и лабораторно-инструментальных исследований согласно возрасту. Сроки вакцинопрофилактики оценивались согласно утвержденному календарю профилактических прививок.

### **Результаты и обсуждения**

Среди детей обеих групп преобладает среднее гармоничное физическое развитие: у детей из благополучных семей — 60,3 %, у детей из социально-неблагополучных семей — 52,7 %. Ниже среднего дисгармоничное физическое развитие преобладает у детей из социально-неблагополучных семей — 36,7 %, среди благополучных — 13,3 % ( $p < 0,02$ ).

Среди детей обеих групп преобладает II группа здоровья: у детей из благополучных семей — 43 %, у детей из социально-неблагополучных семей — 53,3 %. I группу здоровья имеют 10 % детей из социально-неблагополучных семей и 33,3 % детей из благополучных семей ( $p < 0,02$ ).

Среди детей из социально-неблагополучных семей вакцинация проведена по возрасту в 80 % случаев, среди благополучных — в 100 % ( $p < 0,02$ ).

Полную диспансеризацию прошли 33,3 % детей из социально-неблагополучных семей и 66,6 % детей из благополучных семей (по итогам 2009 г.,  $p < 0,02$ ); частичную — 43,3 и 33,4 % соответственно. Отсутствие диспансеризации выявлено в 23,4 % случаев среди детей из социально-неблагополучных семей; среди благополучных отсутствия диспансеризации не выявлено ( $p < 0,001$ ).

Среднее количество детей, обратившихся за амбулаторной помощью, в обеих группах примерно одинаково: среди детей из социально-неблагополучных семей обратилось в поликлинику по поводу заболевания — 61,1 %, профилактически — 38,9 %; среди детей из благополучных семей — 61,2 и 38,8 % соответственно. Среднее количество визитов на дом к детям из социально-неблагополучных семей по болезни составило 33,6 %, профилактических — 66,4 %. Среднее количество визитов на дом к детям из благополучных семей по болезни составило 73,6 %, профилактических — 26,4 % ( $p < 0,01$  и  $p < 0,01$  соответственно).

Из анамнеза — в социально-неблагополучных семьях 66,9 % беременностей закончились родами, в благополучных — 93,3 % ( $p < 0,01$ ).

Среди благополучных семей преобладают полные семьи — 90 %, среди социально-неблагополучных семей полные составляют 17 % ( $p < 0,001$ ).

### **Выводы:**

1. Среди детей, как из социально-неблагополучных, так и из благополучных семей преобладает среднее гармоничное физическое развитие. Однако, крайние варианты физического развития — достоверно преобладают у детей из социально-неблагополучных семей.

2. Среди детей обеих групп преобладает II группа здоровья. Однако, достоверно выявлено, что I группа здоровья чаще встречается среди детей из благополучных семей.

3. Достоверно выявлено, что вакцинация среди детей из социально-неблагополучных семей проведена в меньшем объеме.

4. Достоверно выявлено, что в социально-неблагополучных семьях полную диспансеризацию прошло меньшее количество детей (в сравнении с контрольной группой). Имеют место случаи отсутствия диспансеризации вовсе.

5. Количество амбулаторных посещений детьми обеих групп одинаково. Количество визитов на дом, как по поводу заболевания, так и профилактических достоверно превышает в группе детей из социально-неблагополучных семей.

6. Выявлено, что вопрос планирования в социально-неблагополучных семьях находится не на должном уровне.

7. Среди социально-неблагополучных семей достоверно преобладают неполные семьи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента РБ от 15.05.2006 г. № 318 о президентской программе «Дети Беларуси» на 2006–2010 годы.
2. Приказ МЗ РБ от 29.08.2008 г. № 811 о порядке проведения диспансеризации детей.
3. Приказ МЗ РБ от 05.12.2006 г. № 913 о совершенствовании проведения профилактических прививок.
4. Постановление МО РБ от 28.07.2004 г. № 47 об утверждении инструкции о порядке выявления и учета несовершеннолетних, нуждающихся в государственной защите.
5. Декрет № 18 от 24.11.2006 о дополнительных мерах по государственной защите детей в неблагополучных семьях.

УДК 613.2-055.2:796.071

### ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СПОРТСМЕНОК

Довгалёва Ю. В., Клименок И. В.

Научный руководитель: ассистент Е. Н. Рожкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

В современном женском спорте уровень нагрузок приближается к мужским, женщины освоили большинство первично (традиционно) мужских видов спорта. При этом испытываемые спортсменками физические нагрузки нередко далеко выходят за пределы физиологических, что приводит к развитию изменений в организме на грани нормы и патологии и которые получили название «триада женщин-спортсменок» (Female Athlete Triad).

#### *Цель работы*

Изучение характера питания женщин-спортсменок в связи с особенностями женского организма и продолжительностью соревновательного процесса.

#### *Обсуждение*

Американская ассоциация спортивной медицины включает в «триаду женщин-спортсменок» расстройства пищевого поведения (неврогенную анорексию, неврогенную булимию), нарушения менструальной функции и остеопороз, которые встречаются у 5–50 % спортсменок (в зависимости от объема и характера спортивных нагрузок). Наиболее высокий риск развития данных состояний встречается у женщин, занимающихся следующими видами спорта:

- 1) бег на длинные дистанции, лыжи, велоспорт, плавание с длительными тренировками на выносливость;
- 2) гимнастика, фигурное катание, где неотъемлемыми требованиями являются внешние данные спортсменки;
- 3) силовые виды спорта, в которых важную роль играет отнесение к определенной весовой категории.

Для профилактики подобных нарушений, прежде всего, требуется соблюдать все общие требования к питанию, частные рекомендации по формированию рационов, питанию во время тренировочного процесса и соревнования. Постоянно следует учитывать особенности женского организма: ускорение физического и психологического развития в период полового созревания, изменения состояния организма и его резистентности к физическим нагрузкам в различные фазы цикла, беременность и период лактации, психологический статус женщины.

По данным специальной медицинской литературы 46 % спортсменок, стремясь поддерживать необходимую с их точки зрения массу тела, прибегают к различным методам в т. ч. и запрещенным: 24 % ограничивают себя в приеме пищи или используют низкокалорийную диету, 12,7 % — периодически вызывают рвоту после приема пищи, 5,1 % — применяют диуретики, 2,5 % — слабительные. Многие спортсменки сознательно стараются сократить прием в пищу красного мяса, при этом уменьшается поступление железа в организм. Хотя