

вают из привычной жизни, лишают знакомого круга общения. Во многих сектах используются особые поселения сектантов в домах или квартирах. Адепты имеют интенсивный распорядок дня, ограничиваются во сне и пище, ведут напряженную деятельность, не оставляющую возможности критически осмыслить сектантское вероучение и личности лидеров. В некоторых движениях прибегают к помощи психотропных средств и гипноза. В конечном счете, сектанты приносят в жертву организации свое время, здоровье, имущество (квартиры чаще всего или продаются, или отдаются для устройства офисов секты или «ашрамов»), а иногда и свою жизнь.

9. Политические цели. Многие секты, такие как Церковь Объединения Муна, «Свидетели Иеговы», Международное Общество Сознания Кришны, сайентология Рона Хаббарда и другие, являются крупными промышленными и финансовыми «империями», стремящимися получить власть над всем миром.

Заключение. В секту легко попасть, но трудно выйти из нее, так как, во-первых, всегда находят компрометирующий человека материал, собираемый при поступлении в секту на особых процедурах «исповеди» или анкетирования. Во-вторых, вступивший в секту должен совершить поступок, ставящий его вне традиционных общественных и нравственных связей: отречься от родителей, от веры своих отцов, признать, порой письменно, всю свою предшествующую жизнь ошибкой. В-третьих, желающий покинуть секту подвергается давлению и преследованию бывших своих «собратьев», угрозам и шантажу. Существует мнение, что секту покинуть невозможно, и специалисты советуют родным и близким завербованного сделать все, чтобы он не ушел из дома: не навязывать ему свое мнение, не относиться к его выбору агрессивно, а терпеливо быть рядом, самым изучить материал организации, в которую попал близкий человек. И продолжать любить его, ведь любовь — крепка, как смерть...

ЛИТЕРАТУРА

1. Дворкин, А. Сектоведение. Тоталитарные секты / А. Дворкин. — Н.-Новгород: Христианская библиотека» 2008. — 680 с.
2. Дворкин, А. Десять вопросов навязчивому незнакомцу, или Пособие для тех, кто не хочет быть завербованным / А. Дворкин. — М.: Московская патриархия, 1998. — 15 с.
3. Короленко, Т. П. Социодинамическая психиатрия / Т. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. — Новосибирск, 1999. — 238 с.

УДК 612.6:57.017.64=055.15+301

ПРОЦЕССЫ РОСТА ГРУПП МАЛЬЧИКОВ РАЗНЫХ УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ

Фролова М. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Карташева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Длина тела — информативный показатель состояния здоровья, уровня и темпа физического развития детей и подростков. В антропологии она рассматривается как характеристика благополучия развития популяции, суммирующая влияние всех факторов [1, 2, 3].

Цель исследования

Изучить и оценить процессы роста мальчиков второй группы здоровья разных условий проживания.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились мальчики первого года обучения второй группы здоровья. Ко 2-й группе здоровья относят детей с функциональными и морфологическими отклонениями при дисгармоничности физического развития.

В 1-ю группу вошло 25 мальчиков, проживающих в УО «Гомельский государственный детский дом», Д/д, а во вторую — 29 детей, воспитывающихся в домашних усло-

виях, Д/у. Сравнивались однотипные объекты по полу, возрасту, состоянию здоровья, санитарно-гигиеническим условиям обучения СОШ № 15 г. Гомеля, но разных социально-гигиенических условий проживания.

В методы исследования входили соматометрические измерения, статистические. Использовали программу Microsoft Excel 2010 с расчетом средних величин, их ошибок, достоверности различий по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Сгруппированные результаты соматометрических измерений длины тела (ДТ, см) представлены в таблице 1.

Показатели длины тела мальчиков свидетельствуют о неравномерном распределении их по отношению к средневозрастной величине. Так у мальчиков Д/д средняя фактическая величина длины тела составила 117,04 см, при ошибке $\pm 0,36$. У 11-ти учеников рост соответствовал средневозрастной величине, а у 13-ти мальчиков ростовые показатели находились ниже средневозрастной величины и колебались от 113 до 117 см. Превышение средневозрастной величины наблюдалось у одного мальчика, длина тела которого составила 122 см.

Таблица 1 — Показатели длины тела по группам

ДТ, см	Количество детей Д/д		Количество мальчиков Д/у	
	Все дети	Без учета выходящих за $M \pm \sigma$	Все дети	Без учета выходящих за $M \pm \sigma$
113,0–113,9	1		2	
114,0–115,9	2	2		
116,0–117,9	10	10	5	5
118,0–119,9	11	11	12	12
120,0–121,9			3	3
122,0–123,9	1	1	1	1
124,0–125,9			3	2
126,0–127,9			1	
128,0–129,9			2	
Средняя ДТ, см М	117,04	117,21	119,55	118,78
$M \pm m$	$117,04 \pm 0,36$	$117,21 \pm 0,33$	$119,55 \pm 0,76$	$118,78 \pm 0,48$
Средневозрастная ДТ, см $M \pm \sigma$	$118,58 \pm 5,24$ $113,34 - 123,82$			

У мальчиков Д/у средняя фактическая длина тела составила $119,55 \pm 0,76$ см, при средневозрастной 118,58 см. У 10-ти мальчиков ростовые показатели превышали средневозрастную величину и составили от 120 до 129 см. Причем длина тела в 129 см зарегистрирована у одного мальчика, у 2-х детей она составила 127 и 128 см, у 3-х была в пределах 124–125,9 см, у остальных 4-х — 120–123,9 см. Ростовые показатели в пределах средневозрастной величины наблюдались у 12-ти мальчиков. У 7-ми мальчиков длина тела была ниже средневозрастной и составляла от 113 до 117 см.

Распределение мальчиков Д/д и Д/у по длине тела по отношению к средневозрастной величине в экстенсивных показателях представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Экстенсивные показатели распределения мальчиков Д/д и Д/у по длине тела в % от средневозрастной величины

Вариант распределения	Экстенсивные показатели, %	
	Д/д	Д/у
Ниже средневозрастной М	52	24,1
Соответствует средневозрастной М	44	41,4
Выше средневозрастной М	4	34,5
Всего	100	100

Соответствие средневозрастной длине тела выявлено у 44 % мальчиков Д/д и у 41,4 % детей Д/у. Среди детей Д/д преобладали мальчики с длиной тела ниже средневозрастной — 52 %. Длина тела выше средневозрастной была выявлена у 34,5% мальчиков Д/у и лишь у 4 % детей Д/д.

Распределение групп мальчиков по возрастной длине тела позволило нам выявить группы риска, у которых ростовые показатели выходят за пределы $M \pm \sigma$. Длина тела ниже $M - \sigma$ была выявлена у 4% детей Д/д и 6,9 % мальчиков Д/у. Длина тела выше $M + \sigma$ была определена только у мальчиков Д/у и составила 13,8 %. Все эти дети входят в группу риска перехода функциональных отклонений в хроническую патологию и требуют постоянного медицинского контроля с проведением не только оздоровительных, но и лечебных мероприятий.

Для достоверности различий в показателях длины тела мальчиков, пребывающих в разных социально-гигиенических условиях, рассчитали критерий Стьюдента по формуле:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} = \frac{118,78 - 117,21}{\sqrt{0,48^2 + 0,33^2}} = 2,69, \text{ что соответствует доверительной вероятности } 98,9 \, \%.$$

Выводы

На основании гигиенической оценки процессов роста двух групп мальчиков разных социально-гигиенических условий проживания выявили достоверное различие в показателях длины тела, $t = 2,69$, при $P = 98,9 \, \%$. В обеих группах выявлены группы риска по процессам роста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руденко, Т. И. Сравнительная характеристика антропометрических показателей детей из социально-неблагополучных и благополучных семей / Т. И. Руденко, А. А. Гусева // Актуальные проблемы медицины. — Гомель, 2011. — Т. 3. — С. 224–225.
2. Карташева, Н. В. Дифференцированный подход к формированию медицинских групп для занятия физической культурой / Н. В. Карташева, В. И. Зайцева, О. Ф. Фомченко // Актуальные проблемы современной медицины. — Гомель, 2008. — Т. 2, Вып. 8. — С. 94–96.
3. Карташева, Н. В. Физическое развитие мальчиков, пребывающих в детском доме и отнесенных ко второй группе здоровья / Н. В. Карташева, М. В. Фролова // Актуальные проблемы медицины. — Гомель, 2011. — Т. 2. — С. 61–63.

УДК 618.36

ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И РОДЫ КРУПНЫМ ПЛОДОМ

Фурс В.В., Межуева О.И.

Научный руководитель: доцент Т. Ю. Егорова

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Одной из важнейших задач практического здравоохранения и медицинской науки является снижение перинатальной заболеваемости и смертности, причинным фактором которого является плацентарная недостаточность. По данным ряда авторов частота ее колеблется от 3–4 % до 45 %, перинатальная заболеваемость достигает 70 %, а смертность — 24,2–17,7 % [2].

Фетоплацентарная недостаточность может развиваться под влиянием различных причин. Нарушения формирования и функции плаценты могут быть обусловлены заболеваниями сердца и сосудистой системы беременной (пороки сердца, недостаточность кровообращения, артериальная гипертензия и гипотензия), патологией почек, печени, легких, крови, хронической инфекцией, заболеваниями нейроэндокринной системы (сахарный диабет, гипо- и гиперфункция щитовидной железы, патология гипоталамуса и надпочечников) и целым рядом других патологических состояний.

В основе данного синдрома лежат патологические изменения в плодово- и (или) маточно-плацентарном комплексах с нарушением компенсаторно-приспособительных