

## ЛИТЕРАТУРА

1. Sanders, S. P. Nitric Oxide in Asthma. Pathogenic, Therapeutic, or Diagnostic? / S. P. Sanders // American journal of respiratory cell and molecular biology. — 1999. — Vol. 21. — P. 147–149.
2. Звягина, Т. В. Клиническое значение изменений метаболизма оксида азота в пульмонологии / Т. В. Звягина, Т. В. Аникеева, Т. М. Белоконь // Украинський пульмонологічний журнал. — 2002. — № 1. — С. 66–68.
3. Nitric oxide in health and disease of the respiratory system / L. Fabio [et al.] // Physiol. Rev. — 2004. — Vol. 84. — P. 731–765.
4. Role of nitric oxide in the local regulation of pulmonary vascular resistance in humans / C. J. Cooper [et al.] // Circulation. — 1996. — Vol. 93. — P. 266–271.
5. TNF-alpha and IL-1 beta upregulate nitric oxide-dependent ciliary motility in bovine airway epithelium / B.J. ain [et al.] // Am. J. Physiol. Lung Cell Mol. Physiol. — 1995. — Vol. 268. — P. 911–917.

**УДК: 616-053.2-071.3-058**

### **ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ИЗ СОЦИАЛЬНО-НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ**

**Бубневич Т. Е., Добыш З. В., Руденко Т. И.**

**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».

В последние годы произошли большие изменения, касающиеся вопросов жизнеобеспечения, защиты прав и интересов детей [1].

Сохранена педиатрическая служба, располагающая сетью лечебно-профилактических учреждений и подготовленными медицинскими кадрами. Приняты меры, направленные на профилактику заболеваний, осуществление массовой иммунизации, предотвращение распространения заболеваний социального характера. В результате обеспечена практически 100 % вакцинация детей, последовательно снижается младенческая смертность.

Реализация принятого в 2003 году Закона Республики Беларусь «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» позволила частично снизить остроту проблемы детской безнадзорности и преступности. Удельный вес преступлений, совершенных подростками, в общем числе уголовно наказуемых деяний снизился с 12,7 % в 1995 году до 8,2 % в 2009 году.

Созданы механизмы отслеживания изменений в положении детей, степени обеспечения выполнения норм Конвенции о правах ребенка [4].

С 1999 года в режиме мониторинга ежегодно подготавливается национальный доклад о положении детей в Республике Беларусь.

Приняты нормативные правовые документы по вопросам совершенствования государственной поддержки семей, воспитывающих детей, системы адресной социальной помощи. Получила дальнейшее развитие система учреждений социального обслуживания, предоставляющих широкий спектр услуг семьям и детям. Увеличилось количество специалистов, занимающихся вопросами охраны детства [5].

Вместе с тем, несмотря на достигнутые позитивные результаты в реализации президентской программы «Дети Беларуси», сохраняется ряд проблем, требующих решения.

Серьезную обеспокоенность вызывает снижение рождаемости детей. Требуются меры по совершенствованию системы социальной поддержки семей с детьми, а также по укреплению здоровья детей. Число абсолютно здоровых детей составляет 27,5 %, а удельный вес детей, имеющих хроническую патологию — 13,3 %.

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 [4]. 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 действует факторов неблагополучия, тем более проблемной будет семья.

#### ***Актуальность темы***

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

#### ***Цель исследования***

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

#### ***Задачи исследования***

1. Изучить показатели физического развития детей из социально-неблагополучных семей.
2. Изучить состояние здоровья детей из социально-неблагополучных семей.
3. Изучить полноту вакцинации детей из социально-неблагополучных семей.
4. Изучить уровень диспансеризации детей из социально-неблагополучных семей.
5. Изучить структуру обращаемости за медицинской помощью детей из социально-неблагополучных семей.
6. Проанализировать планирование семьи в социально-неблагополучных семьях.
7. Проанализировать полноту семьи в социально-неблагополучных семьях.

#### ***Методы исследования***

Сбор материала проводился методом выкопировки данных из первичной медицинской документации — амбулаторной карты 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 [2]. Проведение вакцинопрофилактики оценивалось согласно календарю профилактических прививок [3].

### **Анализ полученных данных**

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 детей (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 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 15.05.2006г. №318 «о президентской программе «Дети Беларуси» на 2006 – 2010 годы».
2. Приказ МЗ РБ от 29.08.2008г. №811 «о порядке проведения диспансеризации детей».
3. Приказ МЗ РБ от 05.12.2006г. №913 «о совершенствовании проведения профилактических прививок».
4. Постановление МО РБ от 28.07.2004г. №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».