

Імёны разглядаемага антрапанімікону як часткі беларускага і ўсходнеславянскага іменаслову па шэрагу сацыяльных, палітычных і гістарычных прычын маюць у сваёй большасці старажытнагрэчаскае, лацінскае, старажытнаўрэйскае паходжанне.

Папаўненне антрапанімікону другой паловы XX стагоддзя адбываецца за кошт запачывання іншамовных імён (*Карым, Назар, Ануш, Асмiк, Умайра, Эмiлія*), развіцця ва-рыянтнай сістэмы вядомых антрапонімаў (*Алена — Алёна, Паліна — Паўліна, Ксенія — Аксана*), вяртання ў актыўны іменаслоў онімаў, якія даволі працяглы час былі па-за яго межамі (*Святаслаў, Уладзіслава*). Папаўняецца іменаслоўны запас, дзякуючы чаму прычыны і вынікі намінацыі становяцца больш разнастайнымі.

Аналіз антрапоніменных дадзеных рознай прасторавай і часовай лакацыі папаўняе сістэму ўласных імён Беларусі, дапамагае паглыбіць веды духоўнай культуры беларусаў, таму усебаковае вывучэнне іменасловаў розных рэгіёнаў нашай краіны з'яўляецца адным з прыярытэтных напрамкаў у сучаснай лінгвістычнай навуцы.

#### ЛІТАРАТУРА

1. Беларуская антрапанімія: вучэбны дапаможнік / Г. М. Мезенка (наук. рэд.) [і інш.]. — Віцебск : ВДУ імя П.М. Машэрава, 2009. — 254 с.
2. *Карніеўская, Т. А.* Іменаслоў горада Гомеля другой паловы XX стагоддзя: фарміраванне, паходжанне, функцыянаванне : аўтарэф. дыс. ... канд. філал. навук : 10.02.01 / Т. А. Карніеўская ; НАН Беларусі, Ін-т мовы і літ.-ры. — Мінск, 2011. — 21 с.
3. *Карніеўская, Т. А.* Прымяненне колькасна-якаснага метаду ў антрапаніміцы / Т. А. Карніеўская // Скарына і наш час : матэр. III Міжнар. навук. канф., прысвеч. 80-годдзю з дня нараджэння праф. У. В. Анічэнкі, Гомель, 7 кастр. 2004 г. — Гомель: ГДУ, 2004. — С. 251–256.

УДК 613.95+796.071

## ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ПЕРВОКЛАССНИЦ ПО ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

Карташева Н. В., Мамчиц Л. П., Фролова М. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Развитие детей нынешнего поколения свидетельствует о их значительной вариабельности в одной и той же возрастно-половой группе. Среда же размещения, пребывания и обучения формируется по группам, классам без учета различий в процессах роста и развития, начиная с первого года обучения. Медицинские осмотры сопровождаются соматометрическими измерениями, определением группы здоровья и распределением детей на посещение уроков физического воспитания и здоровья. Большинство учеников, в силу гетерохронности роста и развития, имеют функциональные отклонения в опорно-двигательном аппарате, дыхательной системе и распределяются во вторую группу здоровья. Однотипная классная мебель не всегда правильно подбирается под параметры длины тела ученика, что способствует закреплению деформаций костно-мышечной системы в виде сколиотических установок в осанке. Развитие патологии в этом возрасте имеет дальнейшие социальные и экономические последствия, снижение потенциала здоровья подрастающего поколения. Физическое здоровье младших школьников является основой адаптации к окружающей среде, умственного потенциала, успеваемости и перспективности индивида в дальнейшем. Образ жизни с укладом семейно-бытовым определяет ее качество. Значительная доля в здоровье определяется снижением жизни индивида, его поведенческими реалиями, отношением к своему здоровью. Первоклассники, в этом плане, являются изначально группами риска в плане нарушения здоровья.

Физическое развитие и здоровье являются объективными критериями благополучия индивида и коллектива в целом. Ведущим фактором в детском здравоохранении является первичный контроль состояния здоровья по важному критерию растущего организма — ростовым показателям. Длина тела и его частей относятся к наиболее информативным показателям, характеризующим состояние здоровья ребенка, факторов питания и двигательной активности.

Движения являются стимуляторами роста и развития организма, совершенствования важнейших функций кровообращения, дыхания. Через движения формируется тип дыхания, его глубина, морфоструктура тела. Компьютеризация образования способствует дальнейшему снижению двигательной активности, перенапряжению сенсорных систем. Наиболее рациональный подход в здоровьесбережении учащихся заключается в соблюдении гигиенических норм по питанию и двигательной активности, не менее чем на 2200–2400 ккал суточных расходов энергии. При низком физическом развитии дети становятся часто болеющими простудными заболеваниями. В условиях введения нового содержания начального образования, с уменьшением часов по физическому воспитанию, выявлена тенденция ухудшения здоровья детей и увеличения их количества во второй медицинской группе. Обследование учащихся городских школ выявило факт их низкой двигательной активности, частое непосещение уроков физического воспитания и здоровья по причине простудных заболеваний. Ученики сельских школ, по сравнению с городскими, в большем проценте случаев развиты гармонично. Дисгармоничное развитие городских школьников зачастую идет за счет избыточной массы тела. Формирование правильного стиля жизни в укреплении здоровья, физического развития в самый ответственный момент адаптации к условиям обучения важно и актуально [1–4].

#### ***Цель исследования***

Оценка физического развития первоклассниц по группам здоровья.

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

Исследования проводились на базе общеобразовательных учреждений г. Гомеля. Соматометрические измерения проводились по общепринятой методике с последующей математической обработкой материала с использованием современных методов: средних величин, центильного распределения, вариантов заключений по гармоничности развития [5].

#### ***Результаты и их обсуждение***

Работа выполнена в два этапа: изучение соматического здоровья первоклассниц по медицинской документации и соматометрические измерения 130 девочек по группам здоровья (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение девочек по группам здоровья

Группы здоровья	Количество детей, абсолютные величины	Экстенсивный показатель, %
I (1-я)	16	12
II (2-я)	97	75
III (3-я)	17	13
I и II (сумма)	113	87
Всего	130	100

На основании анализа соматического здоровья все обследованные ученицы распределены на медицинские группы, в том числе для уроков физического воспитания и здоровья. В 1-ю группу определены дети здоровые, хорошо физически развитые, всего 16 учениц или 12 % от всех наблюдаемых. Во 2-ю группу вошли девочки с функциональными или морфофункциональными отклонениями. Эта группа оказалась наиболее многочисленной — 97 учениц или 75 % от всего коллектива. Дети с хронической патологией, часто болеющие определены в третью медицинскую группу, всего 17 учениц или 13 % от всех случаев. Учащиеся 2-й группы здоровья посещают уроки физического воспитания и здоровья, как правило, с основной группой. На педагога возлагаются обязанности в правильном подходе к распределению нагрузки на уроке здоровья на детей с разным уровнем физического развития. Количество девочек, посещающих и выполняющих физические упражнения по основной программе, составило 113 человек или 87 % от всех обследованных.

Физическое развитие оценивали как индивидуально каждой ученицы, так и группы в целом. За основу определения гармоничности развития были взяты центильные ряды по росту и массе тела. По предлагаемым вариантам заключений была определена степень гармоничности или дисгармоничности развития и уточнялся ведущий критерий — длина тела или масса тела.

Девочки 1-й группы здоровья, всего 16 учениц, в 68,7 % случаев были гармонично развиты. Развитие выше среднего, дисгармоничное выявлено в 18,7 % случаев. Дисгармоничное развитие выше среднего у них явилось по причине большей длины тела по сравнению со среднестатистической величиной. Остальные ученицы (12,6 %), отставали в физическом развитии, имели ниже среднего дисгармоничное также за счет ведущего показателя — длины тела (таблица 2).

Таблица 2 — Распределение учениц по уровню развития

Группы здоровья	Физическое развитие						Всего	
	гармоничное		дисгармоничное за счет длины тела		дисгармоничное за счет массы тела			
	количество детей	%	количество детей	%	количество детей	%	количество детей	%
I	11	68,7	5	31,3	—	—	16	100
II	49	50,5	40	41,2	8	8,3	97	100
III	8	47	5	29,4	4	23,6	17	100
Всего	68	52,3	50	38,4	12	9,3	130	100

Среднее гармоничное развитие у девочек 2-й группы здоровья отмечено в 50,5 % случаев или у 49 учениц. Дисгармоничное развитие за счет длины тела выше среднего отмечено у 10 и ниже среднего — у 30 детей, в общей сумме это составило 41,2 %. Дисгармоничное развитие, низкое за счет массы тела, выявлено у восьми девочек 8 (8,3 %).

У учениц 3-й группы здоровья только в 47 % случаев развитие было среднее гармоничное, что составило 8 человек. У 5 детей развитие было ниже среднего, дисгармоничное за счет длины тела или 29,4 %. Четыре ученицы имели низкое дисгармоничное развитие (23,6 % случаев) за счет массы тела.

Индивидуальная оценка гармоничности развития первоклассниц выявила неоднозначную картину в вопросах физического здоровья. С изменением медицинской группы выявлено снижение гармонично развитых детей с 68,7 до 50,5 и 47 % случаев. Со снижением физического развития ухудшается состояние здоровья детей.

Дисгармонично развитых девочек за счет такого показателя как длина тела, в большем проценте случаев выявлено среди учениц 2-й медицинской группы — 41,2 % случаев. У 1-й группы здоровья этот показатель составил 31,3 %, а у 3-й группы девочек дисгармоничное развитие за счет длины тела выявлено в 29,4 % случаев. У детей второй медицинской группы здоровья более ярко выражена гетерохронность процессов роста и развития. В этой же группе учениц выявлена дисгармоничность развития и за счет массы тела — в 8,3 % случаев. Дисгармоничность физического развития за счет массы тела не выявлено у учениц 1-й медицинской группы. В 3-й же группе здоровья дисгармоничность развития за счет массы тела выявлена в 23,6 % случаев.

При оценке физического здоровья и гармоничности развития группы обследованных первоклассниц с разным уровнем состояния морфофункциональных систем выявлено, что у 68 (52,3 %) девочек эти показатели соответствуют возрастнo-половым критериям или. Дисгармоничность физического развития за счет длины тела определена у 50 (38,4 %) учениц. Дисгармоничность развития при ведущем факторе — массе тела, определена у 12 (9,3 %) детей. Полученные данные позволяют предположить, что помимо групп медицинских по состоянию соматического здоровья, необходимо учитывать и физическое развитие, его гармо-

ничность. По состоянию соматического здоровья проводить лечебно-профилактические мероприятия, а по гармоничности развития оздоровительные физические нагрузки.

#### **Выводы**

1. Наиболее многочисленная группа составила 75 % от обследованных детей с функциональными или незначительными морфофункциональными отклонениями.

2. Уроки физического воспитания и здоровья по основной программе посещают 113 учениц или 87 % от всей группы.

3. Ученицы 1-й группы здоровья гармонично развиты в 68,7 %, 2-й — в 50,5 % и 3-й — в 47 % случаев.

4. Дисгармоничное развитие за счет длины тела выявлено у 38,4 % детей.

5. Дисгармоничное развитие за счет массы тела определено у 9,3 % учениц.

#### **Заключение**

Выявленное распределение учениц по развитию физическому, в соответствии со здоровьем, необходимо учитывать при назначении как оздоровительных, так и лечебных комплексов мероприятий. При медицинских осмотрах помимо измерения длины и массы тела, обязательно надо выявлять за счет какого показателя имеется дисгармоничность развития.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Диагностика факторов риска дезадаптации детей в школьной среде / Т.С. Борисова [и др.] // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. — Минск, 2009. — Вып. 14. — С. 486–488.
2. Вербенко, М. Н. Особенности психофизиологических механизмов адаптации детей к учебному процессу / М. Н. Вербенко, И. О. Калиниченко // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. — Минск, 2009. — Вып. 14. — С. 493–497.
3. Гиндюк, Н. Т. Социальная адаптация учащихся первого класса как гигиеническая проблема / Н. Т. Гиндюк // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. Респ. научно-практической конференции. — Минск, 2008. — Вып. 12. — С. 525–530.
4. Гигиеническая характеристика адаптации шестилетних первоклассников к обучению в школе / А. М. Давыдок [и др.] // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. Респ. науч.-практ. конф. — Минск, 2008. — Вып. 12. — С. 539–543.
5. Ляликов, С. А. Таблицы оценки физического развития детей Беларуси: метод. рекомендации / С. А. Ляликов, С. Д. Орехов. — Гродно, 2000. — С. 18.

**УДК 616.34-036.22;579**

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

**Катина Е. Л., Конорев М. Р., Матвеев М. Е.**

**Учреждение образования**

**«Витебский государственный медицинский университет»,**

**г. Витебск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Термин «полип» — понятие, обозначающее макроскопическое образование, выступающее в просвет кишки, которое обнаружено при эндоскопическом исследовании. Морфологическую структуру таких образований можно определить только по результатам гистологического исследования. К настоящему времени из полипов гастродуоденальной зоны наиболее изучены полипы желудка, которые встречаются у 8–9 % больных, подвергшихся эндоскопическому исследованию [1]. Полипы двенадцатиперстной кишки (ДПК) изучены недостаточно.

Распространенность полипов ДПК, по данным различных авторов, составляет 0,3–0,5 %. Данные о распространенности полипов ДПК в Республике Беларусь отсутствуют. К настоящему времени большинство публикаций, посвященных дуоденальным полипам, ограничиваются малым числом описанных случаев, либо они описывают отдельные нозологические единицы, например такие, как карциноид ДПК. В связи с этим морфологическая структура дуоденальных полипов остается малоизученной.

Этиологические факторы, влияющие на развитие дуоденальных полипов до сих пор не установлены. Имеются данные о наличии метапластических изменений в слизистой оболочке полипов, случаях их обсеменения *H. pylori*, но роль этих факторов в развитии дуоденальных полипов не освещена. Клиническая картина, соответствующая данной пато-