

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ ИЗ СЕМЬИ С МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ И СОЦИАЛЬНЫМ РИСКОМ

Арзобеков А.Г., Ахмаджанова Г.С., Искадарова Ш.Р., Умарова М.А., Акбарова Р.М., Максумов М.
Андижанский государственный медицинский институт

THE CONDITION OF HEALTH BY PRIMARY SCHOOL CHILDREN FROM THE FAMILY WITH MEDICAL-DEMOGRAPHIC AND SOCIAL RISK

Arzibekov A.G., Axmadjanova G.S., Iskandarova Sh.R., Umarova M.A., Akbarova R.M., Maksumov M.

Andijan state medical institute

ТИББИЙ-ДЕМОГРАФИК ВА ИЖТИМОЙ ХАВФЛИ ОИЛАДА ТАРБИЯЛАНГАН МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАР СОҒЛИГИ ХОЛАТИ

Арзобеков А.Г., Ахмаджанова Г.С., Искадарова Ш.Р., Умарова М.А., Акбарова Р.М., Максумов М.

Андижон давлат тиббиёт институти

РЕЗЮМЕ

При изучении влияния медико-биологических и социальных факторов риска семьи на состояние здоровья младших школьников прослеживалась связь между структурой заболеваний, частотой их развития, полом ребенка и типом семьи. Количество детей, перенёсших инфекционные заболевания, достоверно больше в неполных семьях. Дети из полных семей имеют более высокую резистентность, реже болеют вирусными заболеваниями, лучше адаптируются к сложившимся ситуациям, реже формируются хронические заболевания.

Ключевые слова: школьники, семья, медико-демографический риск, социальный риск

SUMMARY

The study the influence of medical-biological social risk factors of the family on the health of primary school pupils the relationship between the structure of disease, frequency of their development, sex of child and type of the family was noticed. The amount of children, who had infectious diseases, is significantly higher in half families. The children from full families have higher immunity, rarely have virus diseases, better adapt to the situation, rarely have chronic diseases.

Key words: school children, family, medical-demographic risk, social risk

ХУЛОСА

Мактаб ёшидаги болалар соғлиғига тиббий-биологик ва ижтимоий оиланинг хавф омиллари таъсирини ўрганишда касаллик тузилиши, оила тури, бола жинси, унинг ривожланиш тезлиги орасидаги боғлиқлик кузатилди. Юқумли касалликларни ўтказган болалар сони ёлғиз ота ёки ёлғиз она тарбиясида бўлган оилада кўпроқ учрайди. Ота-она тарбиясида бўлган оиладаги болалар юқумли вирусли касалликларга кам чалинади, чунки улар келиб чиққан холатларга тез мослашади ва уларда сурункали касалликлар кам учрайди.

Калит сўзлар: ўқувчилар, оила, тиббий-демографик хавф, ижтимоий хавф.

Процесс формирования здоровья охватывает довольно длительный период жизни человека. Основные параметры здоровья закладываются в детстве. Организм ребёнка высокочувствителен к воздействию факторов биологической и социальной среды. Имеются убедительные данные о значительном влиянии социально-экономического статуса родителей на здоровье ребенка [1,2,3,4].

В семье ребенок получает первый опыт социального взаимодействия, обеспечивается тем или иным уровнем социальной защиты и материальных благ [8, 9, 10]. В семье укрепляют здоровье ребенка, развивают его задатки и способности, дети приобщаются к труду. Семья заботится об образовании, интеллектуальном развитии, закладывает гуманные черты характера, формирует отношение к окружающему миру, учит

оценивать свои поступки и отвечать за них. Факторы социального риска, в первую очередь, отрицательно сказываются на репродуктивных функциях семьи, то есть способности воспитать здоровых в физическом и психосоциальном плане детей. На педиатрическом участке каждый третий ребенок живет в семье, имеющей тот или иной фактор социального риска, а каждый десятый - в семье с двумя и более факторами [5,6,7]. В сложных современных экономических условиях наиболее уязвимыми оказались неполные семьи. Неполные семьи часто относятся к малообеспеченным, так как семью, как правило, содержит одна мать. В неполных семьях дети по разным причинам (неполноценное питание, некачественное медицинское обслуживание и др.) имеют большую вероятность развития различного рода патологии в

процессе школьного обучения [8,9,10]. К сожалению, в современной медицинской литературе недостаточно убедительных данных о влиянии социально-гигиенических и медико-биологических факторов риска на состояние здоровья детей первой ступени обучения, родившихся и воспитывающихся в неполных семьях. Требуется уточнение критических периодов в развитии хронической патологии и структуры заболеваний детей из неполных семей.

Целью исследования является изучение влияния медико-биологических и социальных факторов риска семьи на состояние здоровья младших школьников.

Материал и методы.

Объектом исследования являлись учащиеся первой ступени школьного обучения города Андижана. Дальнейшее наблюдение за детьми осуществлялось в 6 типовых средних общеобразовательных школах (№24, №37, №15, №11, №1, №2), проживающих, приблизительно в одинаковых экологических условиях.

В соответствии с целью работы для поиска высокоинформативных признаков, позволяющих судить о текущем состоянии здоровья ребенка в процессе школьного обучения с учетом типа семьи, использован методологический прием, позволивший выделить группу детей из семьи с риском ($n=300$), в основную группу наблюдения. Группу сравнения составили дети ($n=50$), в семьях которых медико-биологические и социальные факторы риска не зарегистрированы.

Для получения объективной информации и проведения анализа нами использован санитарно-гигиенические, функциональные, психолого-педагогические, клинические, лабораторные и инструментальные методы исследований. Применялся сплошной, документальный, проспективный, ретроспективный и лонгитудинальный методы статистической обработки.

Результаты: При динамическом наблюдении за состоянием здоровья первоклассников отмечалось, что период школьной адаптации протекал неудовлетворительно у учащихся из основной группы чаще, чем у сверстников из группы сравнения (53,1% против 40,4%, $p<0,05$). У детей из полных семей реже выявлялись нарушения психоэмоциональной сферы (39,6% против 16,6%, $p<0,05$), сохранялась высокая мотивация к обучению (66,1% против 46,2%, $p<0,05$), познавательной деятельности (25,0% против 16,9%, $p<0,05$). Большинство первоклассников были социально адаптированы (97,1% против 91,5%, $p<0,05$), имели хорошую личностную (87,9% против 80,8%, $p<0,05$) и академическую (91,8% против 73,5%, $p<0,001$) адаптацию. В неполных семьях количество детей с низкой академической (26,5% против 8,2%), $p<0,001$ и социальной (8,5% против 2,9%), $p<0,001$ адаптацией встречалось чаще, чем в полных.

Дезадаптация в 2,1 раза чаще возникала у школьников из основной группы (15,4% против

7,1%, $p<0,05$), чем у детей из группы сравнения. Тяжелая степень дезадаптации выявлялась у 4,6% первоклассников из основной группы. Срыв адаптационных механизмов был обусловлен, с одной стороны, недостаточными функциональными резервами организма ребенка, с другой - чрезмерной силой воздействия новых факторов школьной среды. У школьников из внебрачных семей чаще отмечались нарушения эмоционально-волевой сферы (57,7% против 45,0%, $p=0,004$) по сравнению с детьми из полных семей. Это проявлялось повышенной раздражительностью (38,5%) против 21,4%, $p<0,001$), плаксивостью (5,8%) против 3,2%, $p<0,001$), нарушениями сна (32,3% против 17,5%, $p<0,001$) и аппетита (33,3% против 18,2%, $p<0,001$), а также повышенной утомляемостью при физических (37,7% против 20,0%), $p<0,001$) и психических (39,2% против 25,0%, $p<0,001$) нагрузках, развитием астенического синдрома (16,5% против 8,6%), $p<0,001$), усилением тревожности (48,5% против 26,1%, $p<0,001$). Такая тенденция сохранялась до конца учебного года у 48,5% школьников из основной группы и у 35,7% учащихся из группы сравнения, с частичной нормализацией состояния в летний период у 10,8% детей из неполных семей и у 28,1% - из полных.

Следует отметить, что к окончанию 1-го учебного года у 4,1% первоклассников из обеих групп наблюдения отмечался высокий и у 25,2% выше среднего уровня умственного развития (УУР). Доля учеников из неполных семей с высоким (3,8%), выше среднего (22,3%) и средним (60,8%) УУР была приблизительно равнозначна доле их сверстников из полных семей (4,3%, 27,9% и 63,6% соответственно). В неполных семьях мальчики (16,0%) и девочки (11,9%) чаще имели УУР ниже среднего, чем их сверстники из полных семей (4,2% и 4,3% соответственно, $p<0,05$).

Оказалось, что доля школьников с хронической патологией увеличилась в неполных (на 3,5%) и полных (1,5%) семьях и достоверно чаще встречалась у учащихся из основной группы (32,7% против 20,4%, $p<0,001$). Функциональные нарушения среди детей исходно и к концу года составили у мальчиков: 43,4% - 45,3%, у девочек: 42,9% - 46,2%). Функциональные нарушения выявлялись чаще у детей из неполных семей (56,5%) против 35,7%, $p<0,05$).

На момент поступления в школу среди девочек хронические заболевания имели тенденцию к преобладанию по сравнению с мальчиками (27,1%) против 20,6%), $p=0,07$). К окончанию 1-го класса значения хронической патологии у девочек остались прежними, а у мальчиков увеличились на 5,2% и составили 25,8%.

Имеющие место гендерные различия наиболее показательны в группе сравнения. Хронические заболевания сформировались у 7-и мальчиков из полных семей, тогда как у 5-и девочек из их группы признаки хронического заболевания не были выявлены при повторном осмотре. В основной группе число детей с хронической патологией увеличилось на 5 случаев среди мальчиков и на 2 -

среди девочек. К окончанию 1-го года обучения I гр. здоровья встречалась по-прежнему реже (3,8% против 8,9%), $p < 0,05$), а III гр. здоровья - чаще (29,6% против 19,6%), $p < 0,05$) у первоклассников из основной группы. Количество детей со II гр. здоровья на 7,2% больше в полных семьях. Доля школьников с IV гр. здоровья увеличилась на 2 случая в неполных семьях и на 2 - в полных. У детей из группы сравнения хронические заболевания в стадии субкомпенсации были выявлены впервые.

В группе сравнения наблюдался прирост патологии ЖКТ (15,7% - 21,3%), ССС (17,5% - 18,6%), костно-мышечной системы (КМС) (15,0% - 16,4%), мочеполовой (7,1% - 7,9%) системы, а также ЛОР - органов (7,9% - 8,9%) и органов зрения (4,6% - 8,2%). Уменьшилась доля детей с патологией ЦНС (16,1% - 11,1%), крови и кроветворных органов (17,1% - 10,0%). У детей из неполных семей продолжился рост числа заболеваний ЛОР - органов (14,2% - 15,4%). Количество детей с заболеваниями ССС и ЖКТ выросло незначительно. Произошло снижение заболеваний ЦНС (25,4% - 20,8%), а также болезней крови и кроветворных органов (34,6% - 19,2%). У мальчиков из основной группы достоверно чаще встречалась патология костно-мышечной системы (36,0% против 18,4%, $p < 0,05$), а частота заболеваний ЖКТ (30,4% против 21,1%) и органов дыхания (22,4% против 17,6%) достоверных различий не имела по сравнению с заболеваниями у сверстников из полных семей. У девочек из неполных семей чаще встречалась патология крови и кроветворных органов (23,7%) против 7,2%, $p < 0,001$), ССС (40,7% против 11,7%, $p < 0,001$), ЦНС (19,3%) против 8,0%, $p < 0,001$). Следует отметить, что у школьниц из группы сравнения ведущие заболевания встречались реже, чем у сверстниц из основной группы, а также у мальчиков из обеих групп наблюдения.

Обсуждение: таким образом, прослеживалась связь между структурой заболеваний, частотой их развития, полом ребенка и типом семьи. Количество детей, перенёвших инфекционные заболевания, достоверно больше в неполных семьях (42,7% против 29,6%), $p < 0,001$). Учащиеся из группы сравнения не болели ОРВИ в 27,9% случаев, а дети из основной группы - в 8,8% случаев. Хорошая резистентность организма у школьников из полных семей наблюдалась в 2,7 раза чаще (83,9% против 30,0%), $p < 0,001$), а очень низкая - в 3,3 раза реже (7,1% против 23,8%, $p < 0,001$), чем у детей из неполных семей. Количество часто болеющих детей за 1-й год увеличилось в основной группе на 15,4%, а в группе сравнения на 6,8%. Это, вероятно, обусловлено продолжением влияния факторов антенатального периода, которые привели к изменению резистентности и реактивности организма ребёнка в последующих периодах онтогенеза, а также возросшим влиянием социально-гигиенических факторов, особенно внутришкольных. Увеличилась доля школьников с нарушениями психологического (67,4% - 69,4%), соматического (67,0% - 70,4%), физического (29,1% - 31,1%) и психического (19,3% - 24,1%)

компонентов здоровья. Соматическое (85,0% против 56,8%, $p < 0,001$) и психологическое здоровье (73,8% против 65,4%, $p < 0,05$) по-прежнему достоверно чаще нарушено у школьников из неполных семей. Увеличилась доля учащихся с отклонениями физического и психического здоровья в обеих группах наблюдения. За год обучения темп ухудшения соматического здоровья был приблизительно одинаков у детей обоего пола. Темп потери психологического здоровья у девочек был более выражен, в то время как у мальчиков изменения психологического здоровья не произошли.

У детей из неполных семей нарушение 5-и компонентов здоровья отмечалось с большей достоверностью (89,2% против 78,6%, $p < 0,001$), чем у их сверстников из стабильно полных семей. Установлено, что при нарушении 2-х компонентов здоровья у 31,1% школьников возникало нарушение физического компонента, при нарушении 3-х компонентов у 21,4% детей - психического компонента, а при нарушении 4-х компонентов здоровья у 5,6% учеников выявлялось отклонение социального компонента здоровья. К окончанию 1-го класса доля детей с нереализованным риском формирования хронической патологии была выше у детей из полных семей (31,8% против 8,1%, $p < 0,001$), что свидетельствовало о более стабильном состоянии здоровья у данного контингента школьников.

Заключение: при несвоевременной коррекции соматических нарушений в состоянии здоровья школьников возникнет каскад отклонений - в патологический процесс вовлекаются психологические, физические, психические и социальные компоненты здоровья. Дети из полных семей имеют более высокую резистентность, реже болеют вирусными заболеваниями, лучше адаптируются к сложившимся ситуациям, реже формируются хронические заболевания.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеева Т.Г., Виноградова Л.В., Носова И.В./ Состояние здоровья детей, поступающих в 1-е классы школ г. Смоленска и его динамика в течение первого года школьного обучения// Современные проблемы поликлинической педиатрии: Материалы Всероссийского семинара. - Смоленск: Универсум, 2004. - С. 15-16.
2. Альбицкий В.Ю., Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Заболеваемость детей и инвалидность//Российский педиатрический журнал. - 2008. - № 1. - С. 32 - 35.
3. Бабанова А.В., Насыбупглина Г.М. Роль родителей и персонала школ в организации начального периода обучения детей// Гигиена и санитария. - 2006. - №6.-С. 51-54.
4. Баранов А.А., Кучма В.Р. Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей, новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях/ Руководство для врачей. - М.: ГУ НЦЗД РАМН, 2006. - 412 с.

5. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. Фундаментальные и прикладные проблемы педиатрии на современном этапе// Российский педиатрический журнал.-2005.-№3.-С.4-7.
6. Беличева С.А. Социально-педагогическое обследование и поддержка семей групп риска// Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 2005. - № 2. - С. 21 - 32.
7. Кучма В. Р., Сухарева Л. М. Состояние и прогноз здоровья школьников (итоги 40-летнего наблюдения)// Российский педиатрический журнал. - 2007. №1.-С. 53-57.
8. Кучма В.Р., Горелова Ж.Ю. Международный опыт организации школьного питания// Вопросы современной педиатрии. - 2008. - № 2 - С. 14-21.
9. Asliiabi G.S., O'Neal K.K. Children's health status: examining the associations among income poverty, material hardship, and parental factors// Plosone. - 2007. - Vol. 2.-№9.-R 940.
10. Childhood and adulthood risk factors for socio-economic differentials in psychological distress: evidence from the 1958 British birth cohort/ C Power, S.A. Stansfeld, et al.// Soc. Sci. Med. - 2002. - № 55. - R 1989 - 2004.

