

Г.В. Лавриненко, Е.О. Гузик. – Мн.: БГМУ, 2005. – 24 с.

3. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения; од ред. Francesco Branca, Haik Nikogosian, Tim Lobstein. – 2013. – 392 с.

4. Санитарные нормы и правила «Требования к питанию населения: нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Республики Беларусь», утвержденные постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 20.11.2012, № 180.

5. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья»: международный отчет по результатам обследования 2009-2010 гг. / под ред. Currie C [и др.] – Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (Серия «Политика охраны здоровья детей и подростков», выпуск № 6).

СЕМЕЙНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Гаврук Е.Л.1, Конюх Т.Д. 1, Конюх Е.А.

¹ГУО «Лицей № 1 г. Гродно», Гродно, Беларусь

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

Как известно, состояние здоровья человека на 15% зависит от оказания медицинской помощи, на 15% – от генетических особенностей человека, на 70% – от образа жизни и питания. 80% болезней обусловлены нерациональным питанием и неблагоприятной экологической обстановкой [1, 2]. Около половины заболеваний в этиологической основе или поддержании патологического процесса имеют дефицит или избыток питания. Поэтому соблюдение основных принципов питания дает возможность предупредить заболевание или способствует более благоприятному течению и ускорению процесса выздоровления. Главные принципы питания: физиологическая адекватность (максимальная степень соответствия пищевого продукта тем возможностям жевания, глотания, пищеварения, всасывания и метаболизма, которыми располагает ребенок данного возраста); энергетическая адекватность (когда энергетические характеристики употребляемых в пищу продуктов должны быть достаточны для покрытия всех энергозатрат и обеспечения роста ребенка); сбалансированность рациона питания (нормальное соотношение белков, жиров и углеводов в суточном рационе, употребление достаточного количества витаминов и минеральных веществ); немаловажное значение имеет и разнообразие пищевых продуктов и блюд [3].

Качественное и количественное изменение питания представляет основу для нарушения здоровья ребенка, что делает его чувствительным к развитию инфекционных, психических и соматических заболеваний, которые принимают длительный, затяжной характер.

Наиболее чувствительными к пищевой недостаточности являются дети и подростки. Доказано, что в этот период гормональные перестройки, интенсивный рост, значительное возрастание умственной, психоэмоциональной и физической нагрузки на фоне дефицита пищевых компонентов повышают

риск возникновения хронической патологии. На разных этапах развития детского организма и при различных эмоциональных состояниях даже у здорового человека часто встречаются колебания аппетита. Его снижение возникает при переутомлении, стрессах, при изменении привычного режима, введении новых продуктов, угнетают аппетит неприятный вид и запах пищи, индивидуальные особенности обмена веществ, свойственные и детям, и взрослым, интенсивность выработки гормонов, генетические особенности, сезонные закономерности, уровень энергозатрат, соматические причины, психогенные причины [5].

Целенаправленное снижение объема питания приводит к развитию анорексии. Частота заболевания нервной анорексией колеблется от 0,61 на 100 000 населения (Шотландия) до 16 на 100 000 (Дания). Возникает патология в возрасте 15-20 лет; в то же время зарегистрированы случаи, как в раннем, так и в старшем возрасте. Девочки заболевают в 10-20 раз чаще, чем мальчики. Однако у юношей изменения более стойкие и плохо поддаются лечению. Как правило, анорексии подвержены дети из социально успешных семей. К «группе риска» относятся семьи, где существует некий «культ еды», либо противоположный подход к питанию. В подростковом возрасте вопрос внешности становится необычайно актуален. Повышенное внимание к своему облику, насмешки сверстников, неосторожные замечания авторитетных для юношей и девушек лиц, некорректные высказывания завистливых друзей могут сыграть роковую роль в развитии нервной анорексии. Повышенный интерес и недовольство своей фигурой постепенно перерастает в глубокую убежденность в излишней полноте. У подростков возникают мысли о необходимости исправления физического «недостатка», которые ведут к ограничению приема пищи, хотя аппетит в это время еще не утрачен [4]. Нервная анорексия - особая форма психогенного заболевания, которое возникает преимущественно в подростковом периоде и заключается в сознательном ограничении ребенком приема пищи в связи с убеждением в необходимости «исправить» свои физические «недостатки». Анорексия начинается постепенно, продолжительность заболевания – 3-5 лет. В некоторых случаях заболевание может завершиться летально.

Цель работы. Провести исследование особенностей питания у детей подросткового возраста - учащихся лицея № 1 г. Гродно.

Объект и методы исследования. Проведено анонимное анкетирование 124 учащихся 10-11-х классов лицея № 1 г. Гродно. Анкета включала 24 вопроса, касающихся особенностей и принципов питания детей в семье.

Результаты исследования. Распределение респондентов по полу было следующим: девочек было 107, мальчиков – 17.

При анализе данных о регулярности приема пищи установлено, что 44% опрошенных завтракают ежедневно, при этом около половины из них имеют полноценный завтрак в виде каши или другого блюда и чая, однако около 40% детей указывают на то, что завтрак у них – это чай с бутербродом. Следует также отметить, что практически 1/4 часть респондентов не завтракают. Полученные нами данные свидетельствуют, что около 30% детей отмечают употребление молока или кефира вместо полноценного ужина. При опросе

установлено, что более 60% детей практически ежедневно употребляют свежие овощи и/или фрукты. 8% респондентов указывают, что в суточном рационе исключены молочные и кисломолочные продукты, что, по нашему мнению, может быть связано с ограничением их употребления по медицинским показаниям.

Основную часть объема употребляемой за сутки жидкости у 63% учащихся составляют чай и/или кофе, у 6% – газированные напитки, у 23% – сок, компот, кисель, у 8% – сочетание напитков. 36% детей считают, что сладости являются носителями «пустых» калорий, поэтому употребляют их умеренно, 45% – употребляют сладости часто, 19% респондентов ответили, что могут съесть до 0,5 кг сладостей одномоментно.

При опросе мы просили выбрать группу продуктов, которым бы отдали предпочтение в рационе, и получили следующие данные: 32% предпочитают мясные блюда, 29% – овощи и фрукты, 22% – молочные, 17% – мучные. На вопрос «Какое «хорошее и полезное» блюдо присутствует в Вашем рационе?» 27% детей указали, что это каши, 17% – суп, по 7% отдали предпочтение мясным продуктам, курице и овощам, небольшой процент опрошенных – грибы, суши, молочные и мучные продукты.

33% признают, что продукты, которые они употребляют, являются вредными для здоровья, хотя 93% детей все-таки уверены, что правильное питание поможет им остаться здоровым.

Практически половина респондентов признают, что соблюдали диету. При этом, 71% из них – потому что хотели похудеть, 19% – «просто хотелось попробовать» и лишь 10% – по рекомендации врача. Следует указать, что по данным медицинского осмотра 49% порошенных детей имеют гармоничное физическое развитие, 42% – дефицит массы тела и только 9% – избыток массы тела. 19% детей считают, что процесс похудения должен быть под контролем врача, 44% думают, что можно советоваться периодически, и 42% уверены, что этот процесс можно контролировать самостоятельно.

Выводы. У 60% учащихся кратность приема пищи соответствует принципам правильного питания (3-5 раз в сутки). Практически половина анкетированных не всегда (32%) или постоянно (24%) не завтракают. Около 60% детей ежедневно употребляют свежие овощи и фрукты. Третья часть учащихся считают продукты и напитки, которые они употребляют вредными для здоровья. Около половины респондентов соблюдали диету, из них практически 1/5 часть только потому, что хотелось попробовать. Около 40% детей считают свой вес избыточным, в то время как по медицинским данным лишь 9% имеют избыток массы тела, 42% – дефицит массы тела. Только 19% лицейстов считают, что худеть нужно под контролем врача.

Полученные данные могут представлять собой информационную базу, используемую при беседе с родителями об особенностях питания детей подросткового возраста. Сведения о мотивации учащихся к соблюдению диеты, собственная оценка физического развития могут быть использованы в работе школьного психолога.

Список литературы:

1. Физиология человека / Н.А. Агаджанян [и др.]; под ред.

Н.А. Агаджаняна, В.И. Циркина – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2003. – 528 с.

2. Здоровый образ жизни как молодежная проблема: региональные аспекты / Г.М. Грибов [и др.]; год ред. М.Н. Хурса. – Минск: ИСПИ, 2002. – 142 с.

3. Мартинчик, А.Н. Питание человека (основы нутрициологии): учеб. пособие для мед. вузов / А.Н. Мартинчик, И.В. Маев, А.Б. Петухов. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. – 576 с.

4. Ткач. И.С. Анорексия. Причины, диагностика и эффективное лечение болезни [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.polismed.com/articles-anoreksija-prichiny-diagnostika-i-ehffektivnoe-lechenie.html/>

5. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы) / Под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. – М., 2000. – 605 с.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОККЛЮЗИОННОЙ ПОСТГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Гнедько Т.В., Улезко Е.А., Берестень С.А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск,
Беларусь

Введение: Церебральные кровоизлияния занимают одно из ведущих мест среди причин высокой летальности и последующей инвалидизации недоношенных новорожденных. При этом до 90% поражений ЦНС у данной категории детей составляют внутрижелудочковые кровоизлияния, а постгеморрагическая гидроцефалия является их наиболее тяжелым осложнением [1, 2].

Патологическое воздействие на головной мозг недоношенного ребенка при тяжелых формах внутрижелудочковых кровоизлияний является многофакторным и ведет к изменениям кровоснабжения, ликвородинамики, метаболическим нарушениям, как на молекулярно-клеточном уровне, так и к изменениям макроморфологии головного мозга. Внутрочерепная гипертензия, ишемия, токсическое влияние продуктов распада некротизированных тканей и кровяных тромбов, атрофические процессы ведут не только к прямому повреждению мозга, но и к гибели условно жизнеспособных нейронов. Многообразие патогенетических механизмов повреждения ЦНС у этой категории детей обуславливает необходимость комплексного подхода к лечению с участием различных специалистов [3].

Целью данного исследования явилась разработка прогностических факторов риска развития постгеморрагической гидроцефалии у глубоко недоношенных младенцев и оценка эффективности нейрохирургической коррекции.

Объект и методы исследования. При обследовании новорожденных детей использовались клинический и инструментальный методы исследования. Клинический метод включал: анализ перинатальных факторов и течение раннего неонатального периода у новорожденных. Инструментальный метод