

АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК

М. А. Гончарь, И. С. Дриль

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Питание детей школьного возраста требует особого внимания ввиду того, что на этот период приходятся достаточно интенсивные процессы как физического развития, так и гормонального созревания детей. Кроме того, процесс обучения ребенка требует достаточного уровня напряжения различных систем организма и наличия различных физиологических составляющих для их обеспечения [1, 2].

За последние два десятилетия произошли негативные изменения в пищевом статусе детей, обусловленные экологическими, экономическими и социальными проблемами. Последние, по данным проведенных гигиенических исследований, свидетельствуют о недостаточном (в 2,5 раза меньше) потреблении мяса и мясных продуктов, молока, рыбы, яиц, масла, свежих овощей и фруктов, соков на фоне увеличения потребления круп, макаронных изделий и хлеба. Это непосредственно влияет на обеспеченность детского организма важными питательными веществами особенно когда ребенок имеет то или иное хроническое заболевание, течение которого может только ухудшиться [3, 4, 5].

Вопросы организации режима учебы, физической активности и питания детей является актуальной темой как для родителей, так и врачей, занимая важное место на всех этапах лечения и наблюдения за ребенком с хроническим заболеванием почек (ХЗП). Различные нарушения питания пациента с ХЗП могут быть как причиной возникновения и прогрессирования почечной патологии, так и замедлять темпы выздоровления.

Известно, что правильная организация физического воспитания предусматривает гармоничное единство спортивной активности и соблюдение режима дня, с учетом состояния здоровья, возрастных, половых и индивидуальных особенностей каждого ребенка. Это касается не только практически здоровых детей, а и детей, которые по состоянию здоровья относятся к специальным групп. Физическая активность способствует гармоничному развитию детей и подростков, укреплению их здоровья, является важной составляющей в подготовке к трудовой и социальной деятельности.

Сегодня активно изучается вопрос питания детей при различных патологических состояниях, но сведений о его особенностях у детей с ХЗП без нарушения функции почек в доступной литературе мало [6,7, 8].

Цель работы заключалась в изучении влияния нарушений питания и режима физической активности на прогрессирование хронического заболевания почек у детей.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование 88 детей в возрасте от 6 до 17 лет, средний возраст которых составил $12,8 \pm 3,8$ лет,

среди них девушек 56 ($63,6 \pm 5,1\%$) мальчиков 32 ($36,3 \pm 5,1\%$). Все дети проходили стационарное обследование или лечение в нефрологическом отделении по поводу хронического заболевания почек (ХЗП). Средняя продолжительность заболевания составила $4,9 \pm 3,5$ лет. Всем детям проведено полное нефро- урологическое обследование с оценкой функции почек и определения нозологической формы, предшествовавшей возникновению ХЗП.

Согласно установленных диагнозов, дети разделены на 4 группы. К I группе отнесены пациенты с хроническим пиелонефритом ($n = 22$), ко II - с хроническим гломерулонефритом ($n = 13$), к III - с дисметаболической нефропатией ($n = 25$), к IV - с врожденными аномалиями развития органов мочевыделительной системы ($n = 28$).

Детям проведено анкетирование с помощью оригинальной анкеты, в которой имелись вопросы по режиму и составу питания, распорядку свободного времени, и соблюдению режима ночного сна. Дети отвечали самостоятельно, вне присутствия родителей. Получены информированные согласия на участие детей в анкетировании со стороны родителей.

Один из вопросов анкеты касался наличия у детей дополнительных к обязательному физическому воспитанию занятий в спортивных секциях. Установлено, что различные спортивные секции, такие как танцы, волейбол, плавание, гимнастика и т.д., или посещение спортивного зала имеет место только у 29 ($36,3 \pm 5,1\%$) детей. Дети с различными вариантами ХЗН не имели значительного отличия в частоте занятий спортом. Наименее активными были дети IV гр. с врожденными аномалиями мочеполовой системы.

С учетом раннего пробуждения детей для ежедневного занятия в школе и рекомендованной продолжительности ночного сна от 8 до 9,5 часов, за возможную границу засыпания взято время до и после 22.00 часов. Ответ на вопрос о времени засыпания и пробуждения дали 77 опрошенных. Больше половины детей $59,7 \pm 5,6\%$ засыпали до 22.00 часов и имели достаточно продолжительный ночной сон. $40,2 \pm 5,6\%$ респондентов указали время засыпания после 22.00 часов, что свидетельствует о недостаточно продолжительном ночном сне, который не позволяет полноценно восстановить силы и выполнять повседневную физическую и умственную деятельность школьника.

Отдельный вопрос в анкете касался продолжительности пребывания ребенка за компьютером, будь то за счет чтения школьной литературы или участия в компьютерных играх. Установлено, что ежедневная средняя продолжительность пребывания детей за работой на компьютере составила $2,69 \pm 1,3$ часа, при этом рекомендуемое время за работой на компьютере не более 30-40 минут в сутки с перерывами. Наименьшая продолжительность была у детей I группы до $2,4 \pm 1,2$ часа, продолжительность работы за компьютером у пациентов III группы составила $2,68 \pm 1,1$ часа, подобная продолжительность была обнаружена у детей II и IV группы и составляла в среднем $2,8 \pm 1,3$ часа в сутки ($p > 0,05$).

Дополнительно проведен анализ питания пациентов, с изучением режима питания и частоты употребления основных групп продуктов (овощи, фрукты, рыба, кисломолочные и макаронные изделия и другие).

По результатам анкетирования обследованные разделены на 3 категории: I - дети, которые имели отличное питание и сознательно к этому относились, $n = 21$ ($23,8 \pm 4,5\%$); II - дети с удовлетворительным питанием, которые имели нарушения нескольких правил питания, $n = 46$ ($52,2 \pm 5,3\%$); III - дети с недостаточным питанием в связи с полным игнорированием здорового рациона и режима питания $n = 21$ ($23,8 \pm 4,5\%$).

Также проведено изучение пищевых привычек у детей с ХЗП, которые неоднократно проходили стационарное обследование и так же регулярно получали рекомендации врача по правильному и сбалансированному питанию.

Обнаружено, что ежедневный завтрак перед школой имели $63,6 \pm 5,1\%$ детей, что свидетельствует о пренебрежении важного энергетического старта перед интенсивным учебным процессом. Помня роль молочных продуктов, особенно в период интенсивного роста и развития ребенка, установлено, что этот вид продуктов ежедневно употребляют наименьший процент от всех опрошенных детей ($21,8 \pm 4,4\%$). Кроме того, стакан кефира перед сном присутствовал только у $26,1 \pm 4,7\%$ детей, что является недостаточным как и в целом ежедневное употребление молочных продуктов которое имели только $21,5 \pm 4,4\%$ обследованных. Поступления витаминов и микроэлементов в большей степени осуществляется за счет применения овощей и фруктов. Результаты исследований показали, что ежедневное употребление овощей характерно для $61,3 \pm 5,2\%$ детей, фруктов - только для $44,3 \pm 5,3\%$ обследованных. Преимущество в потреблении ржаного хлеба или хлеба с отрубями предоставили только $37,5 \pm 5,1\%$ обследованных пациентов. Вместе с тем, $54,1 \pm 5,4\%$ опрошенных пациентов предпочли простой, вареной пищи, недостаточно, учитывая регулярное получение информации от врача по лечебному питанию.

Большинство детей с ХЗП имеют нарушения в режиме дня, физическая активность респондентов была снижена по сравнению со здоровыми сверстниками.

Дети с ХЗП в подавляющем большинстве ($76,1 \pm 4,5\%$) имеют особенности режима питания. Отмечается недостаточное употребление в ежедневном рационе молочных продуктов и фруктов. Недопустимым считается отсутствие завтрака у $35,2 \pm 5,1\%$ опрошенных. Таким образом, вопросам питания детей с патологией почек целесообразно уделять внимание на всех этапах медицинского наблюдения и лечения; проводить санитарно-просветительную работу с родителями по вопросам применения качественных продуктов питания.

Литература

1. Полька Н.С. Гігієнічна оцінка організації харчування загальноосвітніх закладів у сучасних умовах / Н.В.Полька, М.П.Гуліч, В.М.Махнюк // Довкілля та здоров'я. – 2006 - №3. – С. 62-66.

2. Няньковський С.Л. Особливості харчування дітей від 3 до 7 років / С.Л.Няньковський, О.С.Івахненко, М.С.Яцула // Дитячий лікар – 2012. - №6 (19). – С.5-11.
3. Щуро С.А. Стан фактичного харчування учнів-підлітків загальноосвітніх шкіл м. Дніпропетровська / С.А.Щуро // Медичні перспективи. – 2005. – Т.Х. - №1. – С. 113-117.
4. Шкуро В.В. Особливості харчування дітей молодшого шкільного віку у навчальних закладах різного типу / В.В.Шкуро, А.Н.Парац // Довкілля та здоров'я . – 2007. - №4 . – С. 26-31.
5. Няньковський С.Л. Вплив харчування на стан здоров'я дітей раннього віку / С.Л.Няньковський, О.С.Івахненко, Д.О.Добрянський, О.Г.Шадрин // Здоров'я ребенка. – 2011. - №8 (35). – с.30-34.
6. Няньковський С.Л. Особливості нутритивного статусу дітей раннього віку з дитячим церебральним паралічем / С.Л.Няньковський, Ю.В.Пакулова-Троцька, Г.Ф.Козубенко // Здоров'я ребенка – 2010. - № 2 (23). - С.48-51.
7. Педан В.Б. Щодо негативних тенденцій дитячого харчування / В.Б. Педан, О.Г. Шадрин, Р.В. Марушко, Т.Л. Марушко // Современная педиатрия 4(26). -2009.- С. 15-18)
8. Москвяк Н.В Гігієнічна оцінка фактичного харчування молодших школярів / Н.В.Москвяк // Гігієна населених місць. 2012. - №59 . – С.230-234.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ ЦЕРЕБРОКАРДИАЛЬНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

М. О. Гончарь, Т. С. Малич, В. Ю. Мужановский

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность: В последние годы в педиатрической практике и практике врачей семейной медицины имеют место пациенты раннего возраста с сочетанием изменений со стороны центральной нервной и сердечно-сосудистой систем. Подчас очень сложно бывает разобраться врачу практического здравоохранения с данной проблемой.

Многолетнее наблюдение за детьми раннего возраста, перенесших гипоксически-ишемическую энцефалопатию в периоде новорожденности позволило выработать тактику ведения таких детей. У 26,4% пациентов от 1 до 3 лет жизни, которые перенесли гипоксически-ишемическую энцефалопатию, появлялись различные нарушения физического и нервно-психического развития. Среди них у 20,4% детей отмечались функциональные нарушения ЦНС (повышенная нервно-рефлекторная возбудимость, задержка темпов моторного, речевого развития, нарушения сна и т.д.), у 5,9% развивалась стойкая неврологическая органическая патология.

Развитие сердечно-сосудистых нарушений у этих пациентов может быть обусловлено повреждением церебральных экстракардиальных механизмов сердечно-сосудистой регуляции при отсутствии другой этиологии поражения сердца и сосудов. Данные сочетания мы рассматриваем в контексте цереброкардиального синдрома(ЦКС).

ЦКС – это сочетанная патология центральной нервной и сердечно-сосудистой системы, развивающаяся в результате различных повреждений церебральных экстракардиальных механизмов сердечно-сосудистой регуляции.ЦКС вызывает следующие патологические состояния: острое