

- Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2004. – 143 с. (Руководящий документ).
2. Гигиенические требования к воде питьевой, предназначенной для употребления человеком: Государственные санитарные нормы и правила [Электронный ресурс]: ГСанПиН 2.2.4-171-10; утв. приказом МИНЗДРАВА от 12.05.2010 г. № 400; Зарегистрировано в Министерстве юстиции Украины 1 июля 2010 г. № 452/17747. – Режим доступа: <http://normativ.ua/types/t doc19074.php>.
3. Григоренко Л.В. Свидетельство о регистрации авторского права на произведение № 62630 от 23.11.2015 на научную статью „Влияние качества питьевой воды на состояние здоровья сельского населения”. Журнал: Гигиена населённых мест. – Выпуск 64. – Киев, 2014. – С. 80 – 86.

ФАКТОРЫ ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПЛОД И РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ И ОЦЕНКА ИХ ВЛИЯНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А. А. Дагаева, Н. И. Грек, В. С. Урбанович

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Внимание к здоровью подрастающего поколения, внедрение в практику правил «здорового образа жизни», создание необходимых условий по охране здоровья женщины в дородовый и послеродовый периоды, диспансерный учет детей и женщин группы резерва родов, являются приоритетными направлениями деятельности здравоохранения Беларуси.

По определению педиатрической школы – «Здоровье ребенка – это не сиюминутный статус организма, а состояние детерминированное совокупностью факторов: генетических, эмбриологических, постнатальных и социальных. А так же – сочетание показателей физического и нервно-психического развития, функционального состояния организма, его резистентности и заболеваемости».

Как правило, гармоничное развитие ребенка предполагает своевременное нервно-психическое развитие, а у детей с нарушениями здоровья, изменяются сроки приобретения навыков, показатели нервно-психического развития отстают от соответствующих эпикризным срокам, изменяются взаимоотношения ребенка со взрослыми и сверстниками, что в свою очередь может приводить не только к социальной дезадаптации, и формированию патологических черт личности.

Острые респираторные инфекции (ОРИ) являются самыми частыми инфекционными заболеваниями детей.

ОРВИ большая группа острозаразных вирусных болезней, характеризующихся общими симптомами инфекционного токсикоза и преимущественным поражением слизистых оболочек дыхательных путей.

Частые ОРИ представляют социально-экономическую проблему: материальные затраты на лечение, потеря трудового времени родителей.

В эту группу заболеваний относят грипп, парагрипп, риновирусную, аденовирусную, респираторно-синтициальную, реовирусную инфекции,

некоторые варианты энтеровирусных заболеваний, сопровождающихся поражением дыхательных путей. ОРВИ – самые распространенные на земном шаре заболевания. Наибольшая заболеваемость приходится на детей первых трех лет жизни. Повторные заболевания существенно влияют на развитие ребенка, приводят к ослаблению защитных сил организма, способствуют формированию хронических очагов инфекции, вызывают аллергизацию организма, препятствуют проведению профилактических прививок, отягощают преморбитный фон, задерживают физическое и психомоторное развитие.

Столь частая заболеваемость ОРИ в детском возрасте выдвигает эту проблему в число наиболее актуальных в педиатрии.

В связи с перечисленными причинами, требуется акцентирование внимания на проблеме развития профилактических технологий поскольку, знание механизмов развития патологических состояний, и, выполнение ряда превентивных мер, позволяет избежать развития заболевания. Следовательно, важнейшим вкладом медицины в охрану здоровья детей, можно считать правильно организованную профилактическую работу.

Цель исследования: анализ наследственных, средовых, бытовых факторов, оказывающих воздействие на плод и ребенка после рождения, а также оценка их влияния на здоровье детей дошкольного возраста.

Материалы и методы: данные получены при анкетировании матерей с помощью разработанных нами оригинальных анкет. Проанализировано 100 анкет: из них 58 анкет мальчиков и 42 анкеты девочек. Работа была проведена на базе пульмонологического и педиатрического отделений УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» г. Гродно в период с мая по октябрь 2015 года. Данные обработаны при помощи пакета прикладных программ Statistica 10 (серийный номер AXAR207F394425FA-Q).

Результаты: родами в срок закончилось 90 (95% ДИ 82,38 – 95,1) беременностей опрошенных матерей, 6 (95% ДИ 2,23 – 12,6) детей родилось недоношенными и 4 (95% ДИ 1,1 – 9,92) переношенными. Роды у опрошенных матерей протекали через естественные родовые пути в 73 (95% ДИ 63,2 – 81,39) случаях, путем кесарева сечения в 27 (95% ДИ 18,61 – 36,8) случаях. В 52% случаев данный ребенок в своей семье является по счету первым, в 34% случаев – вторым, в 12% - 3, и по 1% приходится на четвертого и пятого ребенка по счету в данных семьях. Из общего числа опрошенных матерей, 64 (95% ДИ 53,79 – 73,36) отмечают, что в течение беременности данным ребенком они не переносили каких-либо респираторных заболеваний, 36 (95% ДИ 26,64 - 46,21) принявших участие в опросе женщин отмечают наличие у них во время беременности данным ребенком заболеваний дыхательной системы. При этом 89 (95% ДИ 81,17 – 94,38) из них болели 1-2 раза, а 11 (95% ДИ 5,62 – 18,83) женщин болели 3-4 раза в ходе течения беременности. В 100% случаев во время беременности, опрошенные матери, не употребляли алкогольные напитки и не курили.

Девочки, рожденные матерями, на работе у которых во время беременности не возникало стрессовых ситуаций, переносили острое респираторное заболевание впервые во втором полугодии жизни ($p=0,004$), а девочки, матери которых испытывали стресс на работе, впервые заболели в течение первого полугодия жизни ($p=0,03$). Девочки у матерей которых во время беременности были тяжелый гестоз ($p=0,03$), угроза выкидыша ($p=0,01$), констатировалось обвитие пуповины в родах ($p=0,03$) или имело место влияние профессиональных вредностей ($p=0,02$) так же заболели достоверно позже девочек, рожденных матерями перенесшими инфекционное заболевание во время беременности, страдавших от артериальной гипертензии или даже не отмечавших особенностей течения беременности. Раньше других детей впервые ОРЗ заболевают девочки, рожденные путем кесарева сечения ($p=0,02$).

Первая манифестация острой респираторной патологии имеет место раньше у мальчиков, являющихся вторым ребенком в семье ($p=0,02$), у тех чьи матери во время беременности спали тревожно ($p=0,005$). Позже по сравнению со сверстниками на первом году жизни заболели респираторной патологией мальчики ($p=0,04$) матери которых спали 9-10 часов в сутки.

Достоверно с большей частотой на первом месяце жизни ОРЗ болеют дети проживающие в общежитии ($p=0,03$), те у которых во время родов отмечалось обвитие пуповины и новорожденные, матери которых перенесли 3-4 ($p=0,002$) и 5 и более ($p=0,005$) ОРЗ во время беременности. Дети рожденные путем кесарева сечения на первом месяце жизни болеют реже ($p=0,03$) детей, родившихся естественным путем или после стимуляции родоразрешения.

Выводы:

1. Сроки первой манифестации респираторной патологии у девочек, зависят от эмоционального фона, на котором протекала беременность, а также особенностей течения беременности и родов.

2. Способ родоразрешения достоверно влияет на срок первой манифестации ОРЗ у девочек.

3. У мальчиков срок возникновения первой респираторной патологии зависит от того, каким по счету в семье он является.

4. Продолжительности сна матери во время беременности и его качество оказывают достоверное влияние на последующую резистентность организма мальчика.

5. Частота острых респираторных заболеваний у ребенка на первом месяце жизни вне зависимости от пола достоверно зависит от условий проживания семьи.

6. Количество эпизодов ОРЗ у матери во время беременности, оказывает влияние на количество эпизодов ОРЗ у ребенка, вне зависимости от пола, на первом месяце жизни

7. Частота эпизодов ОРЗ на первом месяце жизни, достоверно зависит от способа родоразрешения.

Литература

1. Современные подходы к лечению и реабилитации часто болеющих детей/ Л.С. Балева[и др.]. — М.: «Агентствомедицинского маркетинга», 2006. — 46 с.
2. Жерносек, В.Ф. Реабилитация часто болеющих детей / В.Ф. Жерносек, Т.П.Дюбкова // учеб.-мет. пособие – 1-е изд. / Мн.: БелМАПО, 2009. – С.4-12.
3. Беляева, Л.М. Профилактические и лечебно-профилактические мероприятия для детей и подростков I и II групп здоровья. Современная тактика ведения часто и длительно болеющих детей / Л.М. Беляева //учеб.-мет. пособие – 1-е изд./ Мн.: БелМАПО, 2006. – 60 с.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У МОЛОДЕЖИ

А. А. Дорощик, Е. М. Сурмач

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Рост заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (БСК) в последние два десятилетия как в мире, так и в Республике Беларусь обусловлен старением населения, ростом психоэмоциональных нагрузок, изменением характера питания и другими факторами [1]. Затраты на лечение сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в мире растут с каждым годом. Так в США суммарная стоимость лечения пациентов с 2010 к 2030 году возрастет с 450 млрд. долларов до 1 триллиона [2]. Несмотря на развитие новых технологий лечения БСК, основой успешной работы в направлении сокращения пациентов является первичная профилактика. Образовательные программы в школах, университетах показали свою высокую эффективность. L.S. Fornari с соавторами в своей работе продемонстрировали, что такие программы в школе позволяют сократить количество модифицируемых факторов риска не только у детей, но и у их родителей, особенно групп высокого риска ССЗ [3]. 25-летняя программа профилактики в Финляндии в рамках «The North Karelia Project» привела к снижению кардиоваскулярной смертности почти на 70% [4].

К модифицируемым факторам риска относятся в первую очередь поведенческие: питание, курение, алкоголь, гиподинамия, низкий социальный и (или) образовательный статус, уровень стресса [5]. Модификация данных факторов в молодом возрасте является основой первичной профилактики ССЗ. Изменение профиля факторов риска позволит сократить риск заболевания более чем в 3 раза согласно данным многих исследований, что намного эффективнее, чем использование самых современных технологий для лечения ССЗ [6]. Исследование модифицируемых факторов риска позволит разработать программы профилактики. Сегодня широко используют такие образовательные программы во всех странах мира, так, например, выполнено исследование эффективности лечения никотиновой зависимости среди молодежи через Facebook, в школах введены ежедневные занятия физкультурой, молодые люди привлекаются к проведению общеобразовательных программ по рациональному питанию и т.п. [7].