

5) Социальные изменения: «ежедневные ссоры, конфликты с родителями, проблемы с преподавателями, постоянные конфликты с подружкой, срывы с другими людьми, ставлю не осуществимые цели».

Оценка умений студентов составлять план возможной коррекции образа жизни показала, что все они разделились на 4 примерно равные группы: план полный и конкретный представили 28,7% студентов; план довольно полный и конкретный – 24,6%; план довольно полный, но неконкретный – 20,5%; план не полный и не конкретный – 26,2%.

Таким образом, анализ студенческих работ показал, что большая часть студентов приобрела знания, которые они могут использовать в жизни, использовать для коррекции образа жизни. Студенты стали глубже и полнее анализировать себя, свои действия, поступки, оценивать их с позиции здоровья, выявлять конкретные, причины, ухудшающие здоровье. Они научились находить в общем частное, что

помогает принимать конструктивные решения, уходить от декларативных высказываний типа «не надо нервничать, или надо правильно питаться...». Многие студенты справляются с составлением плана коррекции образа жизни.

Анализ работ выявил произошедшие изменения мировоззрения: более серьёзное отношение к здоровью, желание осознанно повлиять на свой образ жизни с целью улучшения здоровья. В части работ студентов отмечены причины, побуждающие к принятию разумных решений, стремлению к самоорганизации и планированию своей жизни.

Полученные результаты свидетельствуют о важности такой формы организации учебного процесса как самостоятельная итоговая контрольная работа, которая побуждает студентов к поиску, развитию логического мышления, структурированию материала, помогает формировать мотивацию к здоровому образу жизни, формированию личной ответственности за здоровье, а преподаватель дает информацию об успешности обучения студентов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ЙОДНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИЗ РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП

Бородулина Т.В., Санникова Н.Е., Бейкин Я.Б., Смирнова А.В.

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, Екатеринбург

Проблема йодного дефицита и йоддефицитных заболеваний в России является весьма актуальной, несмотря на проводимую профилактику [1, 2]. По некоторым литературным данным, более чем на 70% территории Российской Федерации отмечается недостаток йода в почве, воде, воздухе, продуктах питания [2, 3]. Распространенность недостаточности йода среди детского населения в различных регионах России составляет от 15 до 80% при разной степени ее выраженности [3]. Доказано, что низкая йодная обеспеченность в раннем детстве способствует замедлению темпов увеличения роста и массы тела, дисгармоничности физического развития, формированию нарушений в познавательной деятельности, мелкой моторики, а также повышению частоты острых респираторных заболеваний [2, 3]. Физическое развитие – один из важнейших критериев качества здоровья детей. В Свердловской области разработаны и утверждены региональные оценочные таблицы, позволяющие комплексно охарактеризовать физическое развитие ребенка. Согласно рекомендациям ВОЗ эта оценка включает определение уровня биологической зрелости и характеристику морфофункционального статуса [4, 5].

Целью исследования явилась оценка йодной обеспеченности и показателей физического развития детей раннего возраста, воспитывающихся в дошкольных образовательных учреждениях открытого и закрытого типа.

Нами проведено обследование детей раннего возраста в количестве 81 человек. Дети были распределены на две группы: I группа – дети, воспитывающиеся в домашних условиях и посещающие дошкольное образовательное учреждение (n=46 человек, средний возраст 2,4±0,05 года), II группа – дети, воспитывающиеся в условиях закрытого учреждения – дома ребенка (n=35 человек, средний возраст 2,1±0,04 года). Комплексная оценка здоровья детей проводилась на основании данных анамнеза жизни, ис-

следования объективного статуса с оценкой показателей физического и нервно-психического развития, определением группы здоровья.

Уровень йодной обеспеченности осуществлялся путем определения экскреции йода с мочой церий-арсенитовым методом на базе Клинико-диагностического центра (директор – профессор Я.Б. Бейкин).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2007 и Statistica 6,0.

Анализ анамнестических данных обследуемых детей показал наличие большого количества неблагоприятных факторов генеалогического, биологического и социального анамнеза у детей, воспитывающихся в условиях закрытого учреждения. Последнее, способствует раннему формированию отклонений в состоянии здоровья этой группы детей.

При оценке физического развития установлено, что у детей II группы достоверно чаще диагностировалось отставание физического развития по уровню биологической зрелости (80,0%). В I группе детей отставание регистрировалось преимущественно за счет замедленных темпов прорезывания молочных зубов, тогда как во II группе – за счет низкого показателя длины тела и задержки нервно-психического развития (табл. 1).

Морфофункциональный статус у большинства детей I группы был гармоничным (69,6%), а во II группе обследуемых – дисгармоничным и резко дисгармоничным (71,4%). У «домашних» детей дисгармоничность определялась за счет избытка, а у воспитанников дома ребенка – за счет дефицита массы тела.

Среди воспитанников дома ребенка преобладали дети, относящиеся к III, IV и V группам нервно-психического развития (25,7%, 28,6%, 40,0% соответ-

Таблица 1

Показатели физического развития детей раннего возраста из разных социальных групп

| Показатель | I группа, n=46 | | II группа, n=35 | |
|------------------------------------|----------------|------|-----------------|-------|
| | Абс. | % | Абс. | % |
| Уровень биологической зрелости | | | | |
| Соответствует паспортному возрасту | 16 | 34,8 | 6 | 17,1* |
| Отстает от паспортного возраста | 22 | 47,8 | 28 | 80,0* |
| Опережает паспортный возраст | 8 | 17,4 | 1 | 2,9* |
| Морфофункциональный статус | | | | |
| Гармоничный | 32 | 69,6 | 10 | 28,6* |
| Дисгармоничный | 10 | 21,7 | 8 | 51,4* |
| Резко дисгармоничный | 4 | 8,7 | 7 | 20,0* |

* $p < 0,05$ – по сравнению с «домашними» детьми

Таблица 2

Показатели йодной обеспеченности детей раннего возраста

| Показатель | Количество детей, % | |
|------------------------------------|---------------------|-----------------|
| | I группа, n=46 | II группа, n=35 |
| Медиана йодурии мкг/л | 165,92 | 97,45 |
| Степень йодного дефицита, абс. (%) | | |
| Легкая степень 99-50 мкг/л | 9 (19,5) | 20 (57,1) |
| Средняя степень 49-20 мкг/л | - | 2 (5,7) |
| Тяжелая степень менее 20 мкг/л | 1 (2,2) | 1 (2,9) |

ственно), а среди «домашних» детей чаще определялась I и II группы (45,7% и 50,0% соответственно). Отставание определялось по таким ведущим показателям, как активная речь, игра и действия с предметами, сенсорное развитие. При общении дети не умели вступать в контакт со взрослыми, у них отмечалась примитивность предметной деятельности, отсутствовали изобразительные и конструктивные действия, прослеживались низкая инициативность, неуверенность в себе. Установлена прямая корреляционную зависимость степени задержки нервно-психического развития от длительности пребывания ребенка в воспитательном учреждении ($r=+0,61$), где ограничено индивидуальное общение со взрослыми, характерно постоянное пребывание в однообразных условиях.

По результатам комплексной оценки здоровья установлено, что детей с первой группой здоровья не было. Вторая группа здоровья регистрировалась у большинства «домашних» детей (87,0%). Среди воспитанников дома ребенка чаще определялась третья и четвертая группы здоровья (75,0% и 14,0% соответственно).

Оценивая йодную обеспеченность обследуемых по уровню экскреции йода с мочой, установлено, что у детей I группы медиана йодурии в 1,7 раза выше, чем у детей II группы (табл. 2). Между уровнем йодурии и длиной тела выявлена положительная корреляционная связь средней силы ($r=0,5$). Необходимо отметить, что колебания индивидуальных значений йодурии имели широкий диапазон от 11,43 до 400,0 мкг/л, при этом йодный дефицит легкой степени чаще диагностировался у воспитанников дома ребенка (57,1%).

Таким образом, проведя комплексную оценку здоровья детей, нами выявлены отклонения в физическом и нервно-психическом развитии, определена низкая йодная обеспеченность особенно у детей, воспитывающихся в условиях закрытого учреждения – дома ребенка. Последнее, независимо от условий содержания и воспитания, диктует необходимость разработки реабилитационных мероприятий, включающих не только медикаментозную коррекцию имеющихся отклонений в состоянии здоровья, но и индивидуальную профилактику дефицита йода с использованием специализированных продуктов детского питания – адаптированных молочных смесей для детей старше года и назначения монопрепаратов йода (Калия йодид) в профилактической дозе 100 мкг/сут.

Литература

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Петеркова В.А. и др. // Проблемы эндокринологии – 2005, №5. – С.32–36.
2. Стенникова О.В., Боборыкина А.Е., Левчук Л.В. // Вопросы современной педиатрии – 2006. – Том 8 / №3. – С.48–53.
3. Свириденко Н.Ю. Йоддефицитные заболевания: эпидемиология, диагностика, профилактика и лечение. Автореф. дис... докт. мед. наук. – М., 1999. – С.48.
4. Насыбулина Г.М., Кочева Н.О., Санникова Н.Е. и др. Оценка физического развития детей Свердловской области от 0 до 16 лет. Методические рекомендации. – Екатеринбург: УГМА, 2002. – 83 с.
5. Богомолова Е.С. Оценка физического развития детей и подростков: учебное пособие. – Нижний Новгород: НГМА, 2006. – 206 с.