МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ

УДК 614

ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ЗДОРОВЬЯ

© 2007. **Османов Р.О., Мусаева З.Г., Курбиева С.О.**
Дагестанский государственный педагогический университет

Статья посвящена анализу данных социологического опроса матерей г. Махачкалы для выявления социально-гигиенических условий и образа жизни детей, выявления групп с разным уровнем здоровья. По данным опроса установлено, что 26,4 %имеет те или иные жизненные ограничения, связанные с отклонениями в состоянии здоровья. Отмечено, что больные дети почти в 3 раза чаще имеют недостаточный вес, в 9 раз чаще отстают от своих сверстников по физической активности, чем здоровые дети.

The article is devoted to the analysis of sociological questioning data of mothers in Makhachkala for revealing the socially-hygienic conditions and way of life of children, revealing groups with a different level of health. According to interrogation it is established, that 26,4 % have some vital restrictions connected with deviations of health. It is noted, that sick children have insufficient weight almost in 3 times more often, in 9 times lag physical activity than healthy children.

Для выявления социально-гигиенической оценки условий и образа жизни детей, выделения групп с разным уровнем здоровья и изучения социально-гигиенических особенностей проведен социологический опрос матерей г. Махачкалы.

Социально-политические события последних лет, коснулись каждой семьи, женщины сознательно начали ограничивать рождение детей: только половина из опрошенных указали, что оптимальное число детей составляет три и более ребёнка в семье.

При опросе матери определяли состояние своего здоровья, а также состояние здоровья отца и самого ребенка. Так, плохое и очень плохое здоровье по субъективной оценке матери составило 6,6% среди женщин и 2,7% среди мужчин. Матери оценили состояние своего здоровья, как удовлетворительное в 56,8% случаев, как хорошее – 36,6% . При этом следует указать, что женщины дагестанки более высоко оценивали свое здоровье, мужа и самого ребенка, чем русские женщины.

К группе с плохим состоянием здоровья отнесено лишь 2,3% детей, это низкий показатель, и, возможно, матери недооценивают состояние своего ребенка, особенно те, которые имеют только начальное образование. В то же время каждая третья женщина (29,8%) отметила, что её ребёнка беспокоят длительно продолжающиеся болезни, недомогания, что не соответствует субъективной оценке здоровья ребёнка и ещё раз свидетельствует о её необъективности в данном случае.

В 67,2% случаев матери отмечали, что беременность этим ребёнком протекала без осложнений, и ребёнок родился здоровым в 74,3% случаев. Эти данные также настораживают, они связаны или с недооценкой матери, особенно дагестанок, своего состояния и ребенка, или с не квалифицированным подходом медицинских работников.

Здоровье – важный фактор реализации жизненной программы индивидуума и в немалой степени определяющий фактор реализации общественных задач. Каждая патология по тяжести отклонений может быть оценена с позиций ограничения реализации индивидуумом его социальных и биологических функций.

Одним из вариантов оценки доли лиц с нарушениями реализации социальных и биологических функций, является самооценка этих отклонений в соответствии с личностными характеристиками, системой и иерархией индивидуальных ценностей, личным восприятием событий собственной жизни и их обусловленности (Максимова и соавт., 2003).

Острые и хронические заболевания ребёнка также не безразличны для процессов его социального развития. Повторные острые заболевания дыхательного тракта, инфекции, многократно повторяющиеся кишечные заболевания и дисфункции, могут нарушить нормальный процесс развития детского организма, а также привести к замедлению и нарушению формирования социально-значимых функций.

Знание доли детей, имеющих те или иные ограничения в реализации социальных и биологических функций – важная социальная задача. Она не покрывается информацией статистики детской инвалидности, контингент детей, имеющих те или иные ограничения в жизни, связанные с отклонениями в здоровье, существенно выше. Именно эти контингента потребуют конкретных мер по медицинскому обеспечению и реабилитации.

По данным нашего опроса выявлено, что почти каждый четвёртый ребенок (26,4%) имеет те или иные жизненные ограничения, которые проявляются в следующем:

– не смог посещать ясли, сад – 17,8%;
– посещал ясли, сад для детей с отклонениями в развитии;
– посещал школу (интернат) для детей с отклонениями в развитии – 0,8%;
– посещал обычную школу, но учился плохо – 3,3%;
– пришлось отказаться от занятий музыкой, спортом –1,4%;
– в будущем будут иметь ограничения в выборе профессии.

При определении ограничений, в том числе в выборе профессии, имеется в виду не весь диапазон, в котором могут быть совпадения характеристик здоровья и личной мотивации, а те состояния, в которых ориентируются лица трудоспособного возраста или родители ребёнка и так или иначе определяют его жизненный выбор.

Увеличение в составе населения доли лиц с ограниченными возможностями профессиональной подготовки и особенностей выбора места работы, осуществления в полном объёме профессиональной деятельности, а не просто изменения уровня и структуры распространённости патологии должно стать одним из критериев оценки состояния здоровья и, в конечном итоге, качества населения.

Сравнение этих данных с диапазонами частот, ограничений в жизни детей, связанных с состоянием здоровья, рекомендуемых Т.М. Максимовой и соавторами (2004) показало, что эти показатели в целом укладываются в предлагаемые диапазоны, за исключением доли детей, которые не смогли посещать ясли, сад по состоянию здоровья. В данном случае это 17,8%, а предлагаемые диапазоны соответствуют 2,5-5,0%.

При оценке физического состояния ребёнка матери отмечают, что почти каждый третий имеет дефицит массы тела, а по физической активности и росту в большинстве случаев (81,9-83,3%) – такой же, как и его сверстники. По данным ряда авторов (Ямпольская и соавт., 2001; Бекбосунов и соавт., 2002) в последние годы отмечается чёткая тенденция к увеличению доли детей с относительным дефицитом массы, низкорослых, и можно ожидать в дальнейшем снижения темпов роста и развития детей.

При этом следует также отметить, что в данном исследовании в большинстве семей (73%) питание ребёнка организовано, по мнению матери, плохо: 12,0-18,1% детей редко употребляют основные продукты питания, такие, как мясо, молоко, даже овощи и фрукты. В отдельных возрастных группах употребление этих продуктов не имеет значительных различий (табл. 1).

По мнению родителей, неуспеваемость их детей в половине случаев связана как с уровнем преподавания в школах, так и с состоянием здоровья ребёнка, в 11,3% случаев с семейными обстоятельствами.

Большинство родителей (81,4%) указали на те или иные трудности в семейной жизни, которые они связывают с:

– состоянием своего здоровья (в 22,2% случаев);
– загруженностью на работе (33,1%);

Таблица 1

Распределение детей по возрасту в зависимости от кратности употребления продуктов питания

Кратность употребления	Возрастные группы		
	До 3-х лет	3-7 лет	7 лет и ст.
Мяса и мясопродуктов			
– ежедневно	67.1	64.8	52.6
– 2-4 раза в неделю	11.0	20.0	27.4
– редко	21.9	15.2	20.0
Молока и молокопродуктов			
– ежедневно	58.8	64.3	49.5
– 2-4 раза в неделю	28.2	25.6	31.6
– редко	12.9	10.1	18.9
Овощей			
– ежедневно	76.7	71.2	65.3
– 2-4 раза в неделю	8.1	20.0	20.0
– редко	15.2	8.8	14.7
Фруктов			
– ежедневно	83.7	71.2	63.8
– 2-4 раза в неделю	4.7	20.0	18.1
– редко	11.6	8.8	18.1
Горячей пищи			
– один раз в день	7.9	11.8	19.6
– два раза в день	38.2	26.8	29.3
– три раза в день	40.8	52.3	43.5
– четыре раза в день	13.1	9.1	7.6

– загруженностью работой по домашнему хозяйству (34,2%);
– со злоупотреблением алкоголем отца ребёнка (6,1%);
– с материальными трудностями (36,5%).

В результате того, что матери завышают оценку состояния здоровья ребёнка, по нашему мнению, останавливаться более подробно на ней не имеет смысла, и мы рассмотрим распределение социально-гигиенических и биологических факторов в группах детей, имеющих длительно продолжающиеся болезни, недомогания и у детей, их не имеющих. В связи с этим отмечено, что больные дети почти в три раза чаще имеют недостаточный вес, в девять раз чаще – отстают от своих сверстников по физической активности, чем здоровые дети (табл. 2).

Следует отметить, что матери отмечая, что их ребенок страдает каким-либо заболеванием, в то же время оценивали здоровье ребёнка, как хорошее, что зарегистрировано в 17,2% случаев. Вместе с тем, более чем у половины детей (57,3%), страдающих хронической патологией (по мнению матери) женщины отметили, что их ребенок имеет и может иметь в дальнейшем те или иные жизненные ограничения, а в группе здоровых детей их доля составляет 15,5%, т.е. почти в 4 раза меньше.

Из здоровых детей почти половина не имела на первом году жизни острых простудных заболеваний, из группы больных детей к таким относятся лишь 20,0%. В более чем 40% случаев у матерей беременность этими детьми протекала с осложнениями, и в 36% случаев ребёнок родился с патологией (соответственно 27,3 и 20,3%).

Большое значение для дальнейшего развития ребёнка имеет естественное вскармливание, кормление грудью больше года наблюдалось среди здоровых детей в 21,4% случаев, в противоположной группе – в 12,5%.

Из других факторов, оказывающих влияние на здоровье ребёнка, следует указать на наличие профессиональных вредностей у родителей (особенно у матери).

Одним из основных критериев состояния здоровья подрастающего поколения являются показатели физического развития, которые могут реагировать на изменения социально-экономических условий.

Таблица 2

Распределение детей, имеющих длительно продолжающиеся болезни по ряду социально-биологических факторов (в %)

Параметры	Длительно продолжающиеся болезни у ребёнка	
	нет	есть
По росту		
– опережает сверстников	6.9	14.3
– такой же, как все	89.0	70.2
– отстаёт от сверстников	4.1	15.5
По весу		
– нормальный	79.4	39.3
– дефицит веса	19.6	57.3
– избыток веса	1.0	3.4
По физической активности		
– опережает сверстников	10.9	7.5
– такой же, как все	86.4	72.3
– отстаёт от сверстников	2.7	20.2
Субъективная оценка состояния здоровья		
– хорошее	40.9	17.2
– удовлетворительное	58.2	77.4
– плохое	0.9	5.4
Кратность простудных заболеваний на первом году жизни ребёнка		
– не болел	47.9	20.0
– болел 1-3 раза	38.9	55.6
– более 4 раз	13.2	24.4
Хронические болезни у матери до рождения ребёнка		
не было	87.0	78.0
были	13.0	22.0
Беременность протекала		
– без осложнений	72.7	56.7
– с осложнениями	27.3	43.3
Ребёнок родился		
– здоровым	79.7	64.1
– с патологией	20.3	35.9
Жилищные условия	52.6	44.7
– хорошие	47.4	55.3
– плохие		
Взаимоотношения в семье		
– спокойные, дружные	88.9	83.9
– конфликтные	11.1	16.1

Дети, воспитывающиеся в худших условиях, достоверно отличаются по темпам возрастных процессов, что убедительно показано в исследованиях Т.М. Максимовой с соавт. (1995). Так, в худших условиях меньше доля детей с опережением роста и большая – с его отставанием, а также – с дефицитом массы тела. Среди детей, воспитывающихся в семьях с высоким уровнем дохода, больше детей с опережением роста по сравнению с детьми из семей с низким доходом.

По данным зарубежных исследователей высокий рост мальчиков и девочек отмечается в семьях с высоким уровнем дохода и имеющих собственный дом. Отдельные учёные рассматривают более высокий рост взрослых, как показатель благополучия в детском возрасте.

Уровень физического развития ребенка зависит от наличия у него длительно продолжающейся болезни, недомогания. Так, у тех, у кого они отмечены, в 54,3% случаев наблюдается дефицит роста и веса, в противоположной группе таких детей 17,4%. Большое влияние на здоровье ребёнка оказывает первый год его жизни: среди детей с высокими показателями физического разви-

тия доля детей, болевших на первом году жизни в два раза меньше, чем доля детей, не болевших. В итоге и оценка здоровья ребёнка отражает эту тенденцию среди детей с хорошими показателями физического развития: 46,8% детей имеют хороший показатель здоровья, в противоположной группе –12,8%. Тесно связана с этим показателем и физическая активность ребёнка: среди детей с дефицитом роста и веса 20% отстаёт, по мнению матери, от своих сверстников в физической активности, в противоположной группе таких детей в 10 раз меньше.

Исследования Т.М. Максимовой и соавт. (1995) подтверждают полученные данные, что многие отклонения в физическом развитии чаще регистрируются у детей со сформировавшейся хронической патологией. В свою очередь, физическая активность влияет на частоту формирования хронической патологии у детей. Так, у имеющих избыточный вес детей значительно чаще регистрировались болезни нервной системы и органов чувств, главным образом, за счёт аномалий рефракции и аккомодации. В то же время болезни органов пищеварения значительно чаще встречались у детей с недостаточным весом, чем с нормальным физическим развитием и избытком веса.

На физическое состояние детей оказывает влияние и наличие у матери хронической патологии (32,7 и 12,7%), кормление грудью, течение беременности и организация питания: там, где оно хорошо организовано, по мнению матери, детей с высокими показателями физического развития в восемь раз больше, чем в противоположной группе.

Таким образом, среди детей, опережающих своих сверстников в физическом развитии больше здоровых, чем среди отстающих.

Проведение таких социологических исследований по выявлению особенностей условий жизни детей, состояния их здоровья (даже заниженные оценки состояния здоровья) позволяют получить данные необходимые для проведения соответствующих мероприятий и разработки рекомендаций по повышению качества жизни детского населения.

УДК 574

ПОСЛЕДСТВИЯ АНТРОПОГЕННОГО ВЛИЯНИЯ НА ВОЗДУШНЫЙ БАССЕЙН СТАВРОПОЛЬЯ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

© 2007. **Сигида Р.С.**
Ставропольский государственный университет

Анализируются последствия загрязнения воздушного бассейна Ставрополья на здоровье населения. Выявлены доминирующие источники виды загрязняющих атмосферу веществ. Определен вклад различных отраслей промышленности в загрязнение воздушного бассейна Ставрополья. Проведен анализ последствий воздействия оксида углерода, оксида азота, углеводородов и других загрязняющих атмосферу веществ на возникновение и развитие различных патологий.

Influence of air pollution in Stavropol district on health of the population is analyzed. Dominating sources and kinds of substances polluting the atmosphere are revealed. The contribution of various industries to air pollution of Stavropol district is certained. There is made the analysis of the consequences of carbon oxide, nitrogen oxide, hydrocarbons and other substances influence on occurrence and development of various pathologies.

Атмосфера – газообразная оболочка нашей планеты – состоит из смеси различных газов (азота, кислорода, двуокиси углерода, углекислого газа), водяных паров и пыли. Из других газов, содержащихся в очень малых количествах следует назвать водород, пероксид водорода, метан, аммиак, озон, гелий и другие благородные газы. Содержание водяного пара в воздухе меняется от 0,2% в полярных широтах до 2,5% в зоне экватора. Пыль попадает в атмосферу из почвы, особенно во время пыльных бурь.