

**ОБРАЗ ЖИЗНИ ДОШКОЛЬНИКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕГО И САНАТОРНОГО ТИПОВ ГОРОДА ТАШКЕНТА**

Л.М. БАШАРОВА¹, Х.А. НАИМОВА²

1 - НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз, г. Ташкент

2 - Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

**ТОШКЕНТ ШАҲРИДАГИ УМУМИЙ ВА САНАТОР ТИПИДАГИ ТАЪЛИМ
МУАССАСАЛАРИДА ТАРБИЯЛАНУВЧИЛАРИНИНГ
БОЛАЛАРНИНГ ҲАЁТ ТАРЗИ**

Л.М. БАШАРОВА¹, Х.А. НАИМОВА²

1 - ЎзР ССВ санитария, гигиена ва касб касалликлари ИТИ, Тошкент ш.

2 - Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

**LIFESTYLE PRESCHOOL CHILDREN ARE BROUGHT UP IN EDUCATIONAL INSTITUTIONS
OF GENERAL AND HEALTH TYPES OF TASHKENT CITY**

L.M. BASHAROVA¹, Kh.A. NAIMOVA²

1 - Research Institute of Sanitation, Hygiene and Occupational Diseases MoH of Uzbekistan, Tashkent

2 - Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Сўровнома усули асосида умумий типдаги ва сил касаллигига мослаштирилган санатор типидagi мактабгача таълим муассасалари тарбияланувчиларининг - 1175 та oilанинг ота-оналари ва фарзандларига тегишли бўлган ижтимоий-гигиеник омиллари ўрганилиб чиқилди. Статистика бўйича ишончли равишда шу нарса аниқландики, сил касаллиги бор беморлар билан aloқада бўлган болаларда сурункали касалликларни ривожланиши хавфи даражасини ошишига ота-оналарнинг тамаки ва спиртли ичимликларни истеъмол қилиши, болаларни кўкрак сути билан боқилиши давомийлиги (9 ойгача), ота-оналар ўртасидаги қариндошлик никоҳлари, болани тўла-тўқис бўлмаган oilада яшаши, теледастурларни кўриши давомийлиги (кун бўйи 2 соатдан oшмаслиги керак) ва компьютердаги ўйинлар (кун бўйи 30 дақиқадан oшмаслиги керак), отанинг ижтимоий аҳволи (вақтинча ёки доимий ишсиз), тоза ҳавода сайр қилиши давомийлиги (кун бўйи 1 соатдан oшмасин) ва болани бешикда катта қилиши (2 ёшдан oшмасин), ота-оналарнинг касб билан bogлиқ ишлаб чиқаришдаги зарарлари (ҳарорат билан bogлиқ омилар ва ҳайвонлар билан aloқада бўлиши), кўп болали (4 та ва undan ortiq болалар) ва катта oilаларда (7 та ва undan ortiq oдам) яшаши каби омилар кетма-кет таъсир қилади.

Калит сўзлар: болалар, мактабгача таълим муассасалари, тарбиялаш шароити, бошоратлаш жадвали.

The method of questionnaire in 1175 households studied social and hygienic factors that are typical for parents and children - pupils of pre-school educational institutions and the general type of tuberculosis sanatorium profile. Statistically reliably established that the increase in the risk of developing chronic diseases tuberculosis child consistently influenced by factors such as consumption of tobacco and alcohol by parents, the duration of feeding children breast milk (up to 9 months), consanguineous marriages between parents living child in a single-parent family, the duration of television viewing (2 or more hours a day) and play on the computer (more than 30 minutes a day), the social position of the father (temporarily or permanently unemployed), long walks in the fresh air (up to 1 hour per day) and the education of the child in beshik (over 2 years), the presence of professional production hazards parents (the temperature factor and contact with animals), living in a large (4 or more children) and large (7 or more people) family.

Key words: children, preschool education, conditions of education, predictive table.

Основную роль в формировании у детей здорового образа жизни играет семья. Неблагоприятные факторы в семье оказывают значительное влияние на состояние здоровья детей [1, 2, 4, 5]. Изучение научных работ отечественных авторов показало, что исследования, посвященные изучению факторов риска детей дошкольных образовательных учреждений (ДОУ) санаторного типа туберкулезного профиля, в республике не проводились.

Объем и методы исследования. Исследование проводилось на базах ДОУ общего и санаторного типов г. Ташкента среди детей в возрасте

от 3 до 6-ти лет, которые были разделены на 2 группы: в 1-ую группу (основная) было включено 220 детей, воспитывающихся в ДОУ санаторного типа туберкулезного профиля; во 2-ую группу (контрольная) входило 955 детей ДОУ общего типа. Методом копировки из «Индивидуальных карт развития ребенка» (форма 112-У) изучена заболеваемость воспитанников ДОУ. Нозологические единицы разработаны согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) 10-го пересмотра. Проведен анкетный опрос родителей для получения сведений о семье ребенка (тип и

структура семьи, количество детей в семье, характер родственности брака, жилищно-бытовые условия, образование и социальное положение родителей, их профессиональная деятельность и вредные привычки), об условиях воспитания ребенка (продолжительность вскармливания грудным молоком и воспитания в бешике, возраст начала посещения ДОО, продолжительность прогулок на открытом воздухе, сна и просмотра телепередач, использование компьютера и мобильного телефона), а также получены данные об источнике получения информации родителями по режиму дня, правилам личной гигиены и использованию технических средств их детьми. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке. Достоверность различий между процентными соотношениями изученных факторов, характерных для здоровых и тубконтактных детей, определялась на основании критерия Стьюдента (t). Различия считались достоверными, если t-критерий был равен или превышал 1,97. С целью определения доли влияния отдельных факторов риска на формирование хронической патологии у тубконтактных детей проведен многофакторный дисперсионный анализ и составлена прогностическая таблица.

Результаты исследований и их обсуждение. Анализ материалов заболеваемости свидетельствовал о том, что у тубконтактных детей дошкольного возраста в общей структуре болезней были выявлены хронические заболевания. Среди хронических заболеваний тубконтактных детей ведущие места занимали болезни органов пищеварения - 236,4% (кариес зубов - 69,2%, грыжи - 30,8%), крови и кроветворных органов - 218,2% (анемия - 100%), психические расстройства и расстройства поведения - 200,0% (расстройства развития речи - 72,7%, минимальная мозговая дисфункция - 18,2%, расстройства психологического развития ребенка - 9,1%), заболевания органов дыхания - 172,7% (тонзиллит - 47,4%, бронхит - 47,4%, ринит - 5,3%). Тогда как в ДОО общего типа хроническая заболеваемость по вышеуказанным классам болезней была в 1,7-5,6 раза ниже, по сравнению со сверстниками ДОО санаторного типа туберкулезного профиля.

В результате анализа анкетного опроса родителей было установлено, что 20,8% обследованных детей проживали в семьях, в составе которых было от 2 до 4 человек (12,7±2,25% - в основной группе и 28,9±1,49% - в контрольной группе, $P<0,001$). Тубконтактные дети в 1,3 раза чаще, по сравнению с детьми контрольной группы, проживали в больших семьях, состоящих из 7 и более человек (41,8±3,33 против 32,4±1,54%, $P<0,05$). Около 42% обследованных семей имели в своем составе 2-3 ребенка. В среднем 9% семей имели по 1 ребенку и число таких семей встреча-

лось в 2,5 раза чаще в контрольной группе (5,0±1,46 против 12,3±1,06%, $P<0,001$). Тогда как количество многодетных семей (4 и более детей) составляло в среднем 34% и наблюдалось в 1,4 раза чаще в основной группе (39,4±3,29 против 28,9±1,47%, $P<0,01$). Одним из факторов риска развития отклонений в состоянии здоровья детей является отсутствие в семье одного из родителей. Отсутствие отца в семье или невыполнение им своих обязанностей приводит к развитию у ребенка психопатологии [3]. Установлено, что большинство обследованных детей (88,2%) жили в полных семьях, тогда как почти в 12% случаев семьи были неполными, в основном из-за отсутствия отца. Одинокие матери встречались в контрольной группе в 8,5±0,91% случаев, а в основной - в 15,1±2,42% или в 1,8 раза чаще ($P<0,05$).

Результаты характера брачных связей между родителями показали, что почти у 12% детей родители являлись родственниками, в том числе в 3,7% случаев - близкими родственниками (двоюродные брат и сестра, дядя и племянница) и 8,4% - далекими родственниками. Выявлено, что среди родителей тубконтактных детей, по сравнению с контрольной группой, дальнеродственные браки встречались в 2,2 раза чаще (11,6±2,18 против 5,2±0,75%, $P<0,01$), а близкородственные - в 1,6 раза чаще (4,6±0,43 против 2,8±0,56%, $P<0,05$).

Установлено, что тубконтактные дети в 95% случаев проживали в частных домах (36,4±3,24%) и собственных квартирах (58,6±3,32%). В контрольной группе общее количество детей, проживающих в частных домах и в собственных квартирах было 92,8%, в том числе 31,5±1,51% - в частном доме и 61,3±1,58% - в собственной квартире. Остальные дети основной и контрольной групп проживали в съемных квартирах (3,2±1,18 против 4,6±0,68%, $P>0,05$) или общежитиях (1,8±0,90 против 2,5±0,51%, $P>0,05$). В основной группе у 69,1±3,12% детей жилая площадь на 1-го члена семьи составляла менее 9 м², а в контрольной группе недостаток жилой площади на каждого проживающего наблюдался в 59,3±1,59% случаев ($P<0,01$). Образовательный уровень родителей обследованных дошкольников был относительно высоким: высшее и не законченное высшее образование в среднем имели 39,8% (36,6±2,50% - в основной и 42,9±1,16% - в контрольной группах, $P<0,05$), среднее специальное и среднее - 59% (61,8±2,52 и 56,2±1,16%, $P<0,05$), с неполным средним и начальным образованием было лишь 1,3% родителей (1,6±0,65 и 0,9±0,23%, $P<0,05$). В основной группе относительно сравниваемой, количество матерей с высшим и незаконченным высшим образованием было достоверно меньше (32,2±3,54 против 41,6±1,63%, $P<0,05$), тогда как со средним и средним специальным (65,5±3,60 против 57,6±1,63%,

$P < 0,05$), а также с неполным средним и начальным образованием ($2,3 \pm 1,14$ против $0,8 \pm 0,29\%$, $P > 0,05$) было больше. Образовательный уровень отцов среди детей сравниваемых групп достоверных различий не имел. Социальный статус обследованных родителей детей напрямую зависел от их образовательного уровня. Выявлено, что дети как основной, так и контрольной групп практически в равной степени проживали в семьях рабочих ($46,7 \pm 2,40$ против $42,1 \pm 1,15\%$, $P > 0,05$), временно безработных ($15,0 \pm 1,72$ против $12,9 \pm 0,78\%$, $P > 0,05$) работников сельского хозяйства ($2,3 \pm 0,72$ против $3,3 \pm 0,41\%$, $P > 0,05$), а также в семьях студентов, неработающих инвалидов и пенсионеров ($2,5 \pm 0,76$ против $2,1 \pm 0,34\%$, $P > 0,05$). Достоверно значимые различия в основной и контрольной группах детей были выявлены по количеству родителей социальный статус которых был определен как служащие ($33,5 \pm 2,27$ против $39,6 \pm 1,14\%$, $P < 0,05$). Выявленное достоверное различие по социальному положению родителей в сравниваемых группах наблюдалось за счет количества временно безработных отцов ($13,4 \pm 2,32\%$ - в основной и $6,9 \pm 0,84\%$ - в контрольной группах, $P < 0,01$) и за счет числа матерей-рабочих ($44,7 \pm 3,38\%$ и $34,4 \pm 1,56\%$ $P < 0,01$) и матерей-служащих ($34,6 \pm 3,23\%$ и $43,6 \pm 1,63\%$ $P < 0,05$). Одним из факторов отклонений в состоянии здоровья детей является контакт родителей с профессиональными вредностями, особенно матери, как во время беременности, так и во время кормления ребенка грудью. Было определено, что почти у 27% работающих родителей условия труда были неблагоприятными, в основном, за счет влияния микроклиматических условий ($21,3 \pm 1,95\%$ - в основной и $14,5 \pm 0,80\%$ - в контрольной группах, $P < 0,01$), в большей степени это высокая температура воздуха рабочей зоны, и такого биологического фактора как контакт с животными ($2,0 \pm 0,67$ и $0,4 \pm 0,14$ - соответственно в основной и контрольной группах, $P < 0,05$). Представленные данные свидетельствуют о том, что среди дошкольников основной группы встречались дети, не только состоящие в семейных, родственных и квартирных контактах с бактериовыделителями (IV А подгруппа диспансерного наблюдения), но и дети, проживающие в семьях животноводов, работающих на неблагополучных по туберкулезу фермерских хозяйствах (IV В подгруппа диспансерного наблюдения). В контрольной группе, по сравнению с группой тубконтактных детей, матерей ($14,9$ против $20,8\%$) и отцов ($28,9$ против $41,6\%$) с неблагоприятными условиями труда было в 1,4 раза меньше ($P < 0,05$). К одним из ведущих социально-гигиенических факторов риска развития отклонений в состоянии здоровья детей относятся поведенческие факторы риска - злоупотребление алкоголем и табакокурение. К числу

таких факторов риска относится и табачный дым в окружающей среде. Установлено, что в основной группе доля курящих родителей составляла $28,7 \pm 2,15\%$ случаев, а в контрольной - $17,4 \pm 0,87\%$ или в 1,6 раза меньше ($P < 0,001$). Употребляли алкоголь $24,9 \pm 2,06\%$ родителей детей основной группы и $17,1 \pm 0,86\%$ или в 1,5 раза реже - контрольной группы ($P < 0,001$). Сравнительный анализ частоты встречаемости поведенческих факторов риска показал, что отцы обследованных детей основной группы, в сравнении с контрольной, в 1,6 раза чаще курили ($52,9 \pm 3,36$ против $34,1 \pm 1,53\%$, $P < 0,001$) и в 1,4 раза чаще употребляли алкоголь ($40,3 \pm 3,30$ против $29,7 \pm 1,48\%$, $P < 0,01$). Тогда как $4,5 \pm 1,40\%$ матерей детей основной группы и $0,7 \pm 0,28\%$ - контрольной группы курят, курили во время беременности и в период грудного вскармливания ребенка ($P > 0,01$). Матери обследованных детей употребляли алкоголь: в основной группе - $9,5 \pm 1,97\%$, а в контрольной - $4,5 \pm 0,67\%$ или в 2,1 раза реже ($P < 0,05$). Для детей одним из средовых факторов, способствующих укреплению состояния их здоровья, является продолжительность грудного вскармливания. В среднем у 16,8% детей в основной и контрольной группах продолжительность грудного вскармливания составляла до 3-х месяцев ($23,1 \pm 2,90$ против $10,5 \pm 1,06\%$, $P < 0,001$). Количество детей, вскармливаемый грудью от 3-х до 9-ти месяцев в основной группе было в 2,5 раза больше ($34,4 \pm 3,26$ против $14,0 \pm 1,20\%$, $P < 0,001$), а 12 и более месяцев в 1,8 раза меньше, чем в контрольной группе ($42,5 \pm 3,39$ против $75,6 \pm 1,49\%$, $P < 0,001$). Среди населения узбекской нации имеется традиция - с рождения ребенка пеленать в бешик (детскую кроватку-качалку). Таковых детей среди обследованных было 75,9% ($80,0 \pm 2,76\%$ - в основной и $71,7 \pm 1,55\%$ - в контрольной группах, $P > 0,01$). В среднем 43,1% детей спали с рождения в бешике сроком до 1 года, почти 28,5% - от 1 года до 1,5 лет и 28,4% - от 1,5 до 2-х лет и более. Сравнительный анализ материалов показал, что дети в основной группе относительно сравниваемой в 1,1 раза чаще воспитывались в бешике ($P < 0,01$) и детей со сроком пребывания от 1,5 до 2-х лет было в 1,3 раза больше ($P < 0,05$). Представляет определенный интерес сопоставление возраста, с которого дети начинают посещать ДООУ. В 90,5% случаев дети были отданы родителями в ДООУ в возрасте от 2-х до 2,5 лет ($40,9\%$) и от 3-х до 3,5 лет ($49,6\%$). Только 3,1% детей начали посещать ДООУ в возрасте с 1 года до 1,5 лет и 6,5% - с 4-5,5 лет. Полученные данные возраста начала поступления детей в ДООУ, свидетельствуют, что достоверное различие по количеству детей в основной и контрольной группах отмечено в возрастных группах 1-1,5 года ($0,5 \pm 0,45$ против $5,7 \pm 0,75\%$, $P < 0,001$) и 3-3,5 лет ($53,8 \pm 3,35$ против

45,3±1,61%, $P<0,05$). Если учесть, что уровень знаний и практических навыков здорового образа жизни является основой интеллектуального, эмоционального, физического и социально-поведенческого развития детей, то немаловажное значение для соблюдения детьми принципов здорового образа жизни имеет их информированность. В связи с этим, в анкете один из вопросов был посвящен выявлению источника информации, от которого дети получают знания о режиме дня, питания, отдыха и сна, правилах личной и общественной гигиены, а также о вредных привычках. Анализ материалов анкетного опроса родителей показал, что нужную информацию об элементах здорового образа жизни в среднем 59,6% детей получали в семье (56,8±3,34% - в основной и 62,3±1,57% - в контрольной группах, $P>0,05$), 32% - в ДООУ (34,1±3,20 и 29,9±1,48%, $P>0,05$) и 8,5% детей получают знания из средств массовой информации (9,1±1,94 и 7,8±0,87%, $P>0,05$). Таким образом, основными источниками информации для детей являются родители и другие члены семьи, воспитатели и медицинские работники. Полученные данные свидетельствуют, что телевидение, Интернет и печатные издания для детей играют незначительную роль для приобретения знаний о здоровом образе жизни дошкольниками. Для укрепления состояния здоровья, реализации своих возрастных и индивидуальных двигательных потребностей, дети должны проводить занятия физкультурой, спортом и подвижные игры на открытом воздухе. Поэтому нами был изучен вопрос о среднесуточном временипровождении обследованных детей на открытом воздухе. Выявлено, что продолжительность прогулок вне ДООУ, в сочетании с подвижными играми и с учетом времени на дорогу в ДООУ пешком и обратно, у тубконтактных детей достоверно ниже, чем у дошкольников контрольной группы: до 1 часа - 56,1±3,34 против 35,2±1,55% ($P<0,001$); до 1,5 часов - 34,4±3,20 против 51,9±1,62% ($P<0,001$) и 2 часа и свыше - 9,5±1,97 против 12,9±1,09% ($P>0,05$). Следовательно, ежедневные прогулки на свежем воздухе вне ДООУ продолжительностью от 1,5 до 2-х часов и более, в большей степени совершали дети контрольной группы. Если учесть, что в обследованных ДООУ прогулки организуются 2-3 раза в день продолжительностью от 30 минут до 1,5 часов, то можно заключить, что почти у 60% детей основной группы и у 35% или в 1,7 раза меньше среди сверстников контрольной группы продолжительность прогулок на свежем воздухе не соответствовала гигиеническим нормам (норма составляет не менее 4-4,5 часов). Физиологическая потребность во сне детей разного возраста зависит от особенностей их нервной системы и состояния

здоровья. В дошкольном периоде обязателен как ночной, так и дневной сон. Суммарная продолжительность сна у детей в 3-4 года должна составлять 12 часов, 5-6 лет 11,5-12 часов (из них примерно от 1,5 до 2,5 часов отводится дневному сну). Выявлено, что общая продолжительность суточного сна почти у $\frac{1}{3}$ дошкольников основной и контрольной групп составляет до 9 часов (29,4±3,12 и 31,6±1,53%, $P>0,05$), у каждого второго воспитанника ДООУ (59,3±3,36 и 51,9±1,65%, $P<0,05$) - 10-11 часов и лишь у 13,9% детей - 12 часов и более (11,2±2,16 и 16,5±1,23%, $P<0,05$). Следовательно, количество детей, у которых продолжительность суточного сна соответствовала гигиеническим нормам, было больше в контрольной группе. Распределение детей ДООУ санаторного и общего типов на группы по продолжительности просмотра телепередач в день выглядело следующим образом: до 1 часа - 16,4±2,49% детей основной группы и 26,8±1,43% - контрольной группы ($P<0,001$); от 1 до 2 часов - 65,9±3,20 и 63,6±1,56% ($P>0,05$); от 2 часов и более - соответственно 17,7±2,57 и 9,7±0,96% ($P<0,01$). Оценка распространенности просмотра телепередач дошкольниками позволила установить, что продолжительность просмотра, превышающая гигиенические нормативы, отмечалась в 78% случаев (длительность просмотра телепередач в дошкольном возрасте должна составлять не более 20-30 минут и не чаще 2-х раз в день). Определено, что всего 8,1% обследованных детей проводили время за компьютером, в т.ч. 11,8±2,17% - в основной и 4,3±0,66% - в контрольной группах ($P<0,01$). В 100% случаев эти дошкольники использовали компьютер ежедневно продолжительностью более 30 минут (64% детей - в основной группе и 37% - в контрольной, $P<0,05$). По мнению гигиенистов, детям до 4 лет не рекомендуется сидеть перед экраном компьютера, для детей 5-6 лет продолжительность непрерывного времяпровождения за компьютером должно составлять до 10 минут в день и не более 2-3 раз в неделю. Следовательно, около 51% детей, проводящих время за компьютером, превышали гигиенические нормы его использования, как по частоте, так и по продолжительности. Установлено, что как в основной, так и в контрольной группах в среднем 9,1% дошкольников имеют личные мобильные телефоны и время разговоров по телефону составляет в среднем около 5 минут, а игр - от 15 до 60 минут в день ($P<0,001$). Для решения вопроса о влиянии изученных нами социально-гигиенических факторов и степени воздействия каждого из них на вероятность формирования хронической патологии, были выявлены статистически достоверные различия показателей тубконтактных детей и дошкольников ДООУ общего типа.

Таблица 1.

Прогностическая таблица риска формирования хронической патологии у детей в зависимости от неблагоприятных социально-гигиенических факторов

№	Градация фактора	ПК	Градация фактора	ПК
1.	Количество членов семьи			
	7 и более человек	-11,06	2-6 человек	+6,5
2.	Количество детей в семье			
	4 и более детей	-13,46	1-3 ребенка	+6,87
3.	Характер полноты семьи			
	неполная	-24,96	полная семья	+3,25
4.	Характер родственности брака			
	родственный	-30,64	неродственный	+4,05
6.	Размеры жилой площади			
	менее 9 м ²	-6,64	более 9 м ²	+11,96
7.	Образование отца			
	среднее специальное, среднее неполное среднее, начальное	-2,86	высшее, незаконченное высшее	+1,89
8.	Образование матери			
	среднее специальное, среднее неполное среднее, начальное	-6,48	высшее, незаконченное высшее	+11,12
9.	Социальное положение отца			
	временно безработный, не работающие пенсионер или инвалид	-22,28	рабочий, служащий, работник сельского хозяйства	+4,28
11.	Профессионально-производственные вредности отца			
	физические, химические и биологические факторы	-15,92	отсутствуют	+8,55
12.	Профессионально-производственные вредности матери			
	физические, химические и биологические факторы	-14,99	отсутствуют	+3,12
13.	Потребление алкоголя отцом			
	потребляет	-13,25	не потребляет	+7,10
14.	Потребление алкоголя матерью			
	потребляет	-32,45	не потребляет	+2,34
15.	Потребление табачных изделий отцом			
	потребляет	-19,07	не потребляет	+14,59
16.	Потребление табачных изделий матерью			
	потребляет	-80,81	не потребляет	+1,69
17.	Продолжительность вскармливания детей грудным молоком, мес.			
	до 9 месяцев	-39,04	12 месяцев и более	+25,01
18.	Продолжительность воспитания ребенка в бешике, лет			
	до 2 лет	-16,09	до 1 года	+13,41
19.	Продолжительность прогулок вне ДОУ, час			
	до 1 часа	-20,24	2 часа и более	+13,29
20.	Продолжительность просмотра телепередач в день, час			
	2 часа и более	-26,12	до 1 часа	+21,33
21.	Продолжительность игр на компьютере в день, мин.			
	более 30 минут	-23,80	менее 30 минут	+24,30
22.	Продолжительность суточного сна, час			
	до 9 часов	-3,18	12 часов и более	+16,83

Примечание: «+» - градация фактора оказывает благоприятное влияние на организм ребенка; «-» - градация фактора оказывает негативное воздействие на организм ребенка и способствует увеличению степени риска развития хронической патологии.

Была составлена таблица для индивидуального прогнозирования риска формирования хронической патологии у тубконтактных детей в зависимости от сочетания факторов риска, воздействующих на ребенка (табл. 1.).

Вычисление прогностических коэффициентов (ПК) изученных факторов проведено с помощью следующей формулы:

$$ПК_{1, 2, 3 \dots n} = 100 \cdot \lg \frac{1}{\frac{M_k}{M_o}}, \text{ где}$$

M_k - удельный вес градации каждого фактора в контрольной группе, %

M_o - удельный вес градации каждого фактора в основной группе, %

Для выделения группы детей с разной степенью вероятности риска тубинфицирования диапазон был разделен на 3 интервала: низкая (от 0 до 33% общего диапазона баллов - группа «благоприятного» прогноза), умеренная (от 33,1 до 66% диапазона баллов - группа «имеется вероятность») и высокая (от 66,1 до 100% диапазона баллов - группа «неблагоприятного» прогноза). В результате был определен диапазон степени риска хронической патологии у тубконтактных детей по комплексу выделенных социально-гигиенических факторов, который находился в пределах от -6,63 и ниже до +3,54 и выше: от -6,63 и ниже – степень риска развития хронической патологии – высокая, прогноз - неблагоприятный; от -6,64 до +3,53 – степень риска - средняя, прогноз - имеется вероятность развития хронической патологии; от +3,54 и выше - степень риска – низкая, прогноз – благоприятный.

Во время проведения профилактических медицинских осмотров детей, педиатры должны обращать внимание на наличие неблагоприятных социально-гигиенических факторов. Проведение индивидуального прогнозирования степени риска развития хронической патологии у тубконтактного ребенка, путем арифметического сложения значений ПК соответствующих градаций факторов, с учетом положительного или отрицательного значения величин, позволит педиатру дать рекомендации родителям по снижению выявленных факторов риска, большинство из которых являются управляемыми.

Таким образом, в результате проведенного исследования статистически достоверно установлено, что на увеличение степени риска формирования хронических заболеваний у детей дошкольного возраста последовательно влияют такие социально-гигиенические факторы, как злоупотребление табачными изделиями матерью (ПК = -80,81) и отцом (ПК = -19,07), продолжительность вскармливания детей грудным молоком (ПК = -39,04), потребление спиртных напитков матерью (ПК = -32,45) и отцом (ПК = -13,25), родственный брак между родителями (ПК = -30,64), продолжительность просмотра телепередач (ПК = -26,12), неполная семья (ПК = -24,96), продолжительность игр на компьютере (ПК = -23,80), временно или постоянно безработный отец (ПК = -22,28), продолжительность прогулок на свежем воздухе (ПК = -20,24) и воспитания ребенка в бешике (ПК = -16,09), профессионально-производственные вредности отца (ПК = -15,92) и матери (ПК = -14,99), многодетная (ПК = -13,46) и большая семья (ПК = -11,06).

Полученные данные легли в основу практических рекомендаций, направленных на сохране-

ние и укрепление здоровья детей из групп социального риска.

Литература:

1. Баранов А.А., Альбицкий И.В. и др. Методология изучения качества жизни в педиатрии: /Баранов А.А., Альбицкий И.В. и др. //Учебное пособие. - М., 2008; 16.
2. Винярская И. В. Изучение качества жизни у детей. /Винярская И.В. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2006; 3:28-31.
3. Заключительный отчет в ЮНИСЕФ «Исследование распространенности и динамики самоубийств среди детей и молодых людей (в возрасте от 12 до 24 лет) в Согдийской области Таджикистана». Октябрь 2012; 322.
4. Лисицын Ю. П. Образ жизни и здоровье детей. /Лисицын Ю.П. //Педиатрия. - М., 2001; 7:61-69.
5. Стволинский И. Ю. и др. Медико-социальные потребности детей из семей социального риска. /Стволинский И. Ю. и др. //Сб. научных трудов СПбГМУ. - СПб., 2003; 588.

ОБРАЗ ЖИЗНИ ДОШКОЛЬНИКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕГО И САНАТОРНОГО ТИПОВ ГОРОДА ТАШКЕНТА

Л.М. БАШАРОВА, Х.А. НАИМОВА

Методом анкетного опроса 1175 семей изучены социально-гигиенические факторы, характерные для родителей и детей - воспитанников дошкольных образовательных учреждений общего типа и санаторного типа туберкулезного профиля. Статистически достоверно установлено, что на увеличение степени риска формирования хронических заболеваний тубконтактных детей последовательно влияют такие факторы, как потребление табачных изделий и спиртных напитков родителями, продолжительность вскармливания детей грудным молоком (до 9 месяцев), родственность брака между родителями, проживание ребенка в неполной семье, продолжительность просмотра телепередач (2 и более часов в день) и игр на компьютере (более 30 минут в день), социальное положение отца (временно или постоянно безработный), продолжительность прогулок на свежем воздухе (до 1 часа в день) и воспитания ребенка в бешике (более 2-х лет), наличие профессионально-производственных вредностей у родителей (температурный фактор и контакт с животными), проживание в многодетной (4 и более детей) и большой (7 и более человек) семье.

Ключевые слова: дети, дошкольные образовательные учреждения, условия воспитания, прогностическая таблица.