

Анализ материалов показывает, что 90% школьников проживают в отдельной квартире. 80,4% опрошенных проживают в полных семьях. Около 96,7% считают обстановку в семье благополучной.

В 2009-2012гг. показатели **общей заболеваемости детей (0-14 лет) по первичной обращаемости** имеют четкую тенденцию к снижению на 5,5%. т.ч. болезнями органов чувств, болезнями органов дыхания, болезнями нервной системы. С 2009 года городской показатель первичной детской заболеваемости ниже республиканского уровня, но выше среднеобластного уровня.

Первичная заболеваемость подростков (14-18 лет) в 2012г. регистрируется на уровне прошлого года, в динамике за 2 года стабильно держится на одном уровне \approx 1403-1408 обращений на 1 тыс. подростков за счет болезней органов дыхания.

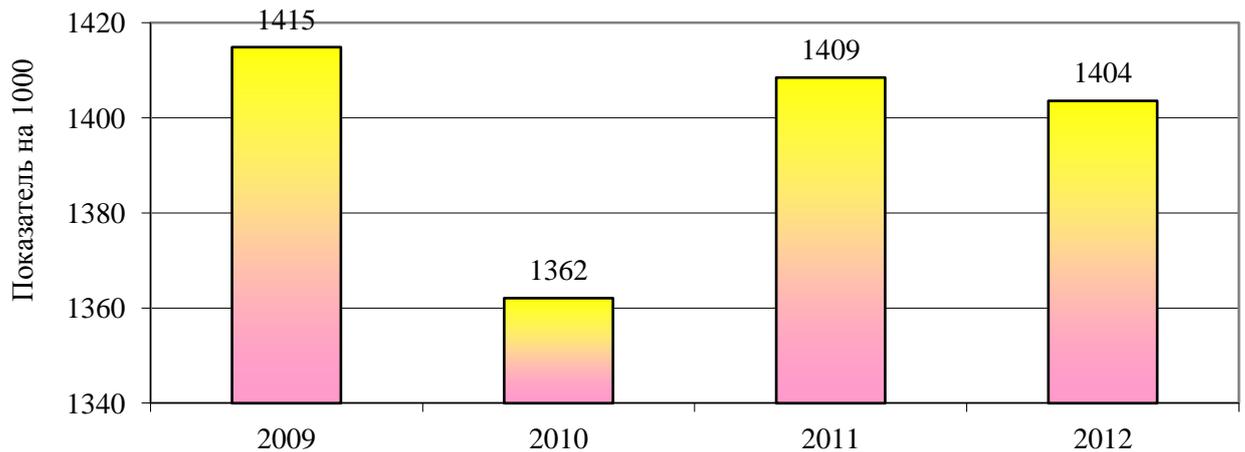


Рис. 25. Динамика первичной заболеваемости подростков г. Могилева

Показатель общей заболеваемости (распространенность) детского населения г. Могилева и Могилевского района за 2008-2012гг. снизился. В 2012г. по сравнению с 2011г. количество случаев снизилось на 4,2% (6106 чел.), в т.ч. по всем классам болезней.

У детей и подростков наблюдается рост болезней эндокринной системы в 2,4 раза, за счет болезней щитовидной железы, ожирения.

Заболеваемость ожирением среди детей выросла в 2011г. в 1,5 раза, в 2012г. в 2,8 раза, у подростков в 3,2 раза и 4 раза соответственно.



Рис. 26. Динамика первичной заболеваемости детей г. Могилева болезнями щитовидной железы и ожирением в 2009-2012гг.

По данным углубленных медицинских осмотров $\approx 15\%$ детей и подростков имеют избыточную массу тела, 78% детей 7 классов и $\approx 65-70\%$ учащихся 10 классов имеют гармоничное развитие, $\approx 10\%$ детей и подростков имеют дефицит массы тела.

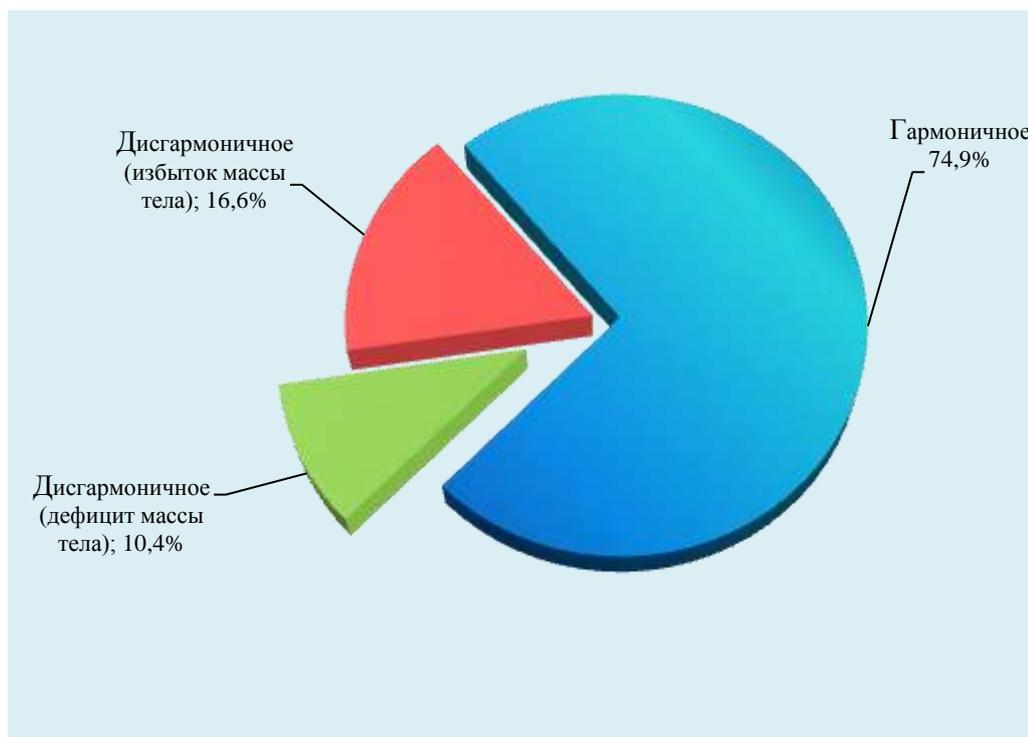


Рис. 27. Характеристика гармоничности физического развития детей (12-15 лет) г. Могилева

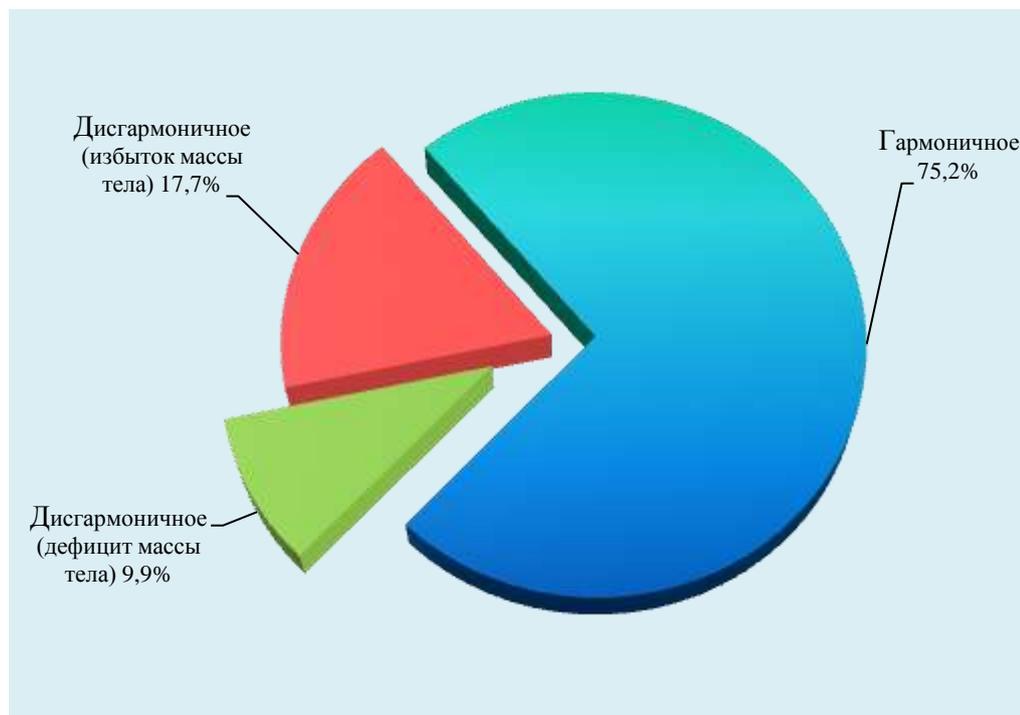


Рис. 28. Характеристика гармоничности физического развития детей 16-17 лет) г.Могилева

По заключению ученых-гигиенистов и педиатров факторами риска ожирения или избыточной массы тела у детей являются - нерациональное питание преимущественно углеводисто-жировой пищей, с большими перерывами в питании, перекусывание на ходу, ужин в вечерние часы после 18 часов, недостаточное потребление клетчатки и пектиновых веществ, малоподвижный образ жизни или гиподинамия, постоянная обстановка с повышенными стрессовыми ситуациями.

По данным мониторинга на базе школ Могилева установлено, что обедают все дети без исключения, в т.ч. в школе 99,9% первоклассников, но 75% десятиклассников (итого в школьной столовой 85% школьников, дома 15%). Употребляют экспресс – завтраки $\approx 60\%$, горячие завтраки $\approx 20\%$, остальные перекусывают в школе. Негативными моментами являются, что 74% школьников принимают пищу не в одно и то же время, питаются, где придется $\approx 9\%$ школьников, ужинают за 1 час до сна $\approx 2\%$ школьников, не завтракают $\approx 1\%$, около 20% в школе только перекусывают.

На завтрак предпочитают чай с бутербродом $\approx 70\%$ школьников, с булкой, с батоном $\approx 65\%$, с булкой и колбасой $\approx 40\%$, бутерброд с маслом $\approx 40\%$ детей, каша с колбасой - $\approx 27\%$.

На обед первое блюдо едят $\approx 45\%$, и иногда или никогда не едят первое блюдо $\approx 50\%$. Из вторых блюд $\approx 50\%$ блинчики, 40% сосиски, котлета из птицы, мяса и плов. Около 20% едят сахар, конфеты в больших количествах, в целом $\approx 55\%$ детей часто употребляют сладости, причем они присутствуют на завтрак у 55%, на обед у 48%, на ужин у $\approx 50\%$. Кроме этого, $\approx 39\%$ опрошенных едят жирную, жареную и копченую пищу, $\approx 27\%$ пьют газированные напитки.

Не обедают в школе $\approx 20\%$ школьников, причем, чем старше, тем процент выше, в т.ч. около 40% детей печеньем или 20% - конфетами, около 16% чипсами. Около $\approx 39\%$ опрошенных едят жирную, жареную и копченую пищу, $\approx 27\%$ пьют газированные напитки. Все, кто не обедает в школе, имеются большие перерывы в приеме пищи.

Положительным фактом является, что около 69% перекусывают и фруктами, 20% и сыром.

Вывод: в основном углеводисто-жировая пища с недостатком клетчатки и нарушен режим питания.

Все перечисленные выше отклонения в режиме питания, являются факторами риска *болезней органов пищеварения*.

После неоднократных рассмотрений вопроса организации питания школьников на совещаниях у начальника отдела образования горисполкома, на сессии Могилевского совета депутатов, улучшении материально-технической базы пищеблоков учебно-воспитательных учреждений, рациональной организации школьных перерывов с удлинением одного перерыва на обед школьников, увеличением процента охвата детей горячим питанием в школе, удастся на протяжении 4 лет удерживать *тенденцию к снижению заболеваемости детей болезнями органов пищеварения*, в т.ч. гастритами, дуоденитами, болезнями желчного пузыря и желчевыводящих путей.

У подростков наоборот, имеется тенденция к росту заболеваемости гастритами, болезнями желчевыводящих путей и снижение суммы болезней органов пищеварения происходит за счет снижения болезней полости рта (стоматологических).

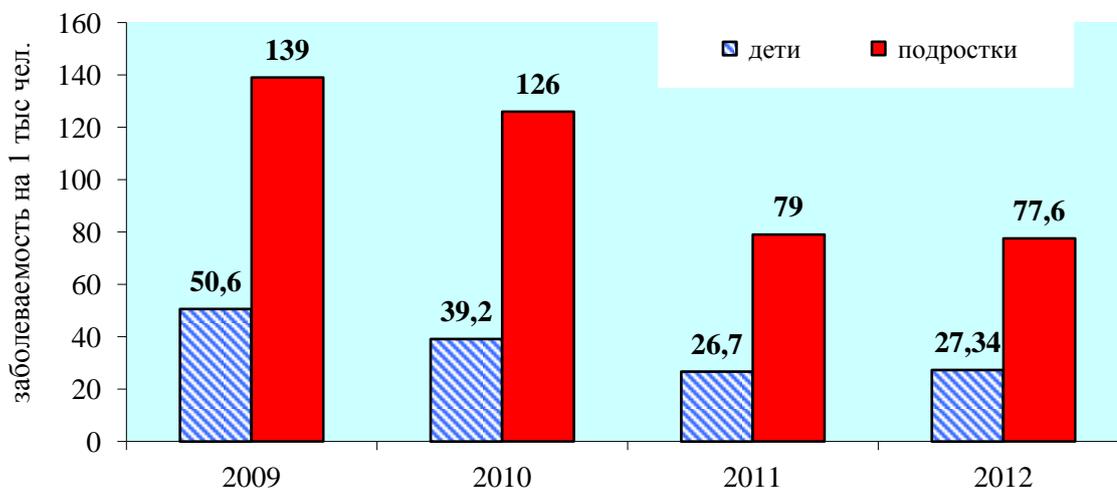


Рис. 29. Динамика первичной заболеваемости детей и подростков г. Могилева болезнями органов пищеварения в 2009-2012гг.

По данным пилотного исследования, проведенным углубленным медицинским осмотром, индивидуальному анкетированию школьников в данных школах, из всех детей, имеющих заболевания ЖКТ и нарушение обмена веществ (дефицит массы тела и ожирение), все питаются 3-4 раза в день, однако, с большими перерывами, ни один из них не получает горячее питание (не обедает) в школе, а только перекусывают в буфете или то что возьмут с собой.

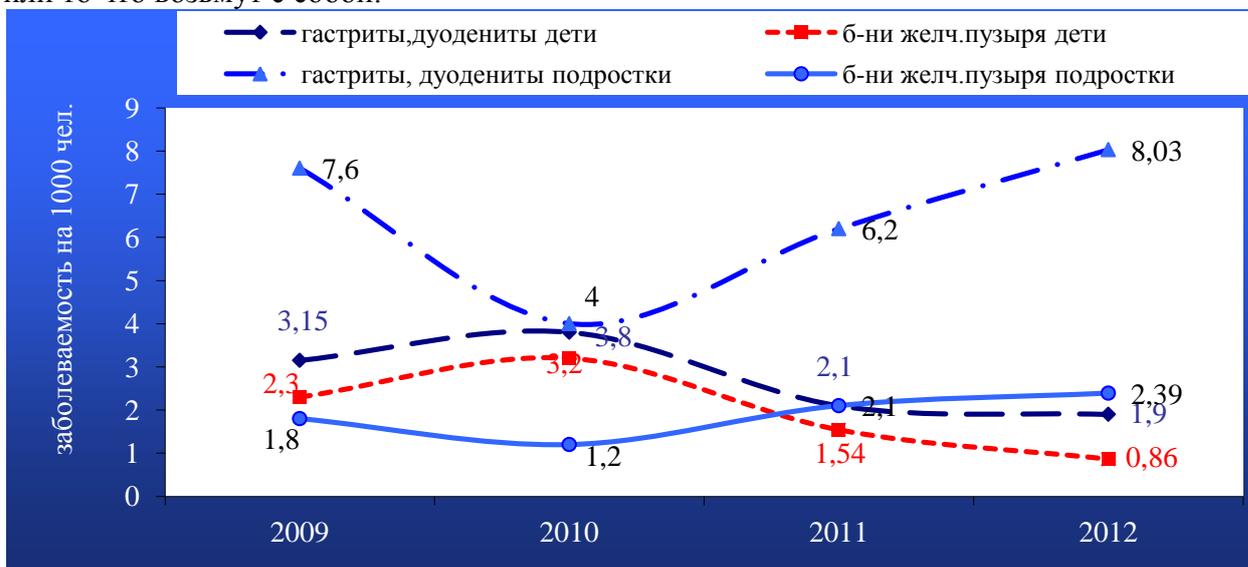


Рис. 30. Динамика первичной заболеваемости детей г. Могилева гастритами, болезнями желчного пузыря в 2009-2012гг.

Повысилась заболеваемость и у детей и подростков болезнями крови, в т.ч. железодефицитными анемиями

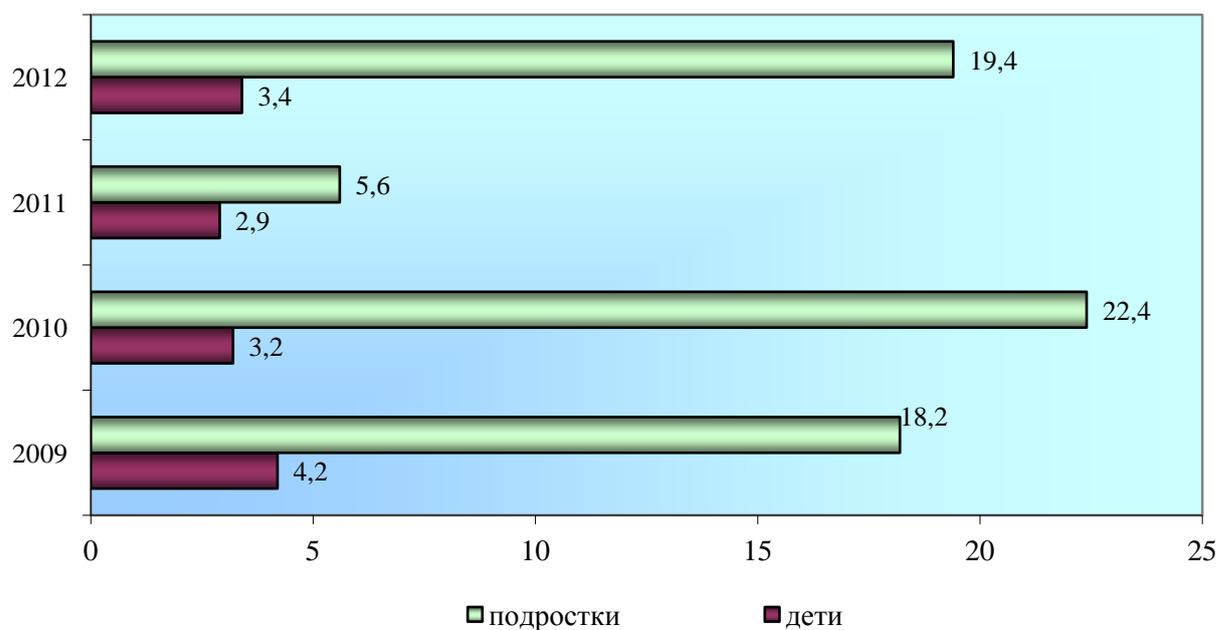


Рис. 31. Динамика первичной заболеваемости детей и подростков железодефицитными анемиями

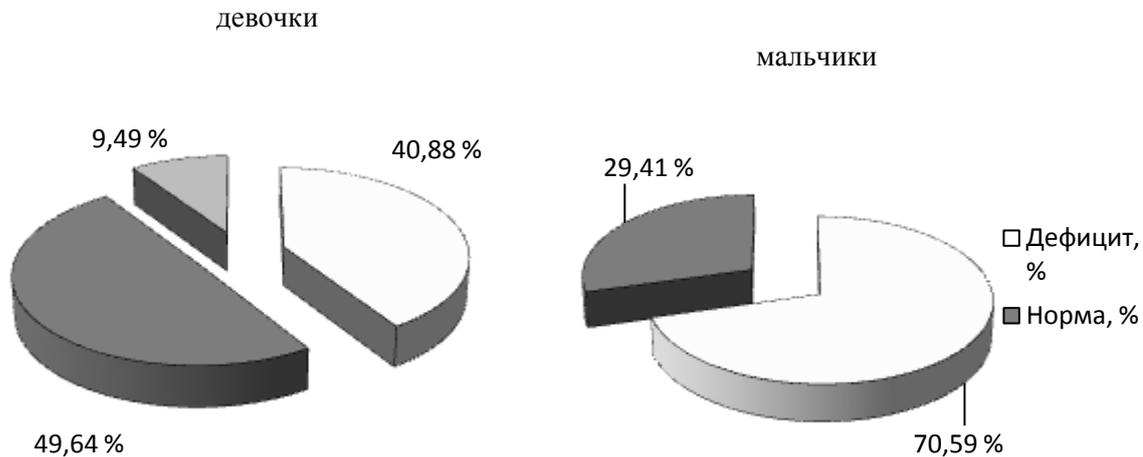


Рис. 32. Распределение обследованных детей в зависимости от уровня железа в волосах (%)

Железодефицитные состояния приводят к нарушению функций четырех важнейших систем: кроветворения, нервной, иммунной и адаптации. Низкое содержание железа в организме ослабляет функции иммунной системы. Наибольшее количество железа после гемоглобина эритроцитов содержат клетки мозга. Таким образом, дефицит железа приводит не только к резкому ослаблению иммунитета, но и к нарушению развития нервно-психических функций у детей, проявляющегося в снижении показателя интеллектуального развития, замедлении становления логического мышления и речи, затруднении обучаемости.

Одним из факторов риска железодефицитных анемий является нерациональное питание в части употребления мизерного количества мяса и мясных продуктов, птицы, овощей и фруктов, орехов, семечек.

В ходе проведения интегральной оценки качества среды обитания и состояния здоровья школьников, употребляют блюда из *натурального мяса* 2-3 раза в неделю около 50% детей, птицу $\approx 32\%$, рыбу $\approx 27\%$. Около 40% подростков отдают предпочтение *колбасным* изделиям, 27% - каше с колбасой, $\approx 50\%$ - блинчикам. Из фруктов и овощей свежие огурцы, помидоры, капусту употребляют 80% детей, бананы 67%, апельсины 57%, яблоки $\approx 80\%$. Но *каждый день в рационе присутствует картофель и морковь*. С другой стороны *не пользуется популярностью свекла* (едят $\approx 23\%$ детей), *морская капуста* ($\approx 35\%$ детей), *лук и квашеная капуста* ($\approx 28\%$ детей), яблочный сок (35% детей).

В ходе работы проведено обследование волос детей на определение микроэлементного статуса. Ежедневно употребляют *молоко* 36% детей (2-3 раза в неделю – 30%), *сыр* 35% детей, принимают витаминно-минеральные комплексы $\approx 70\%$ детей.

Резюме. *Низок процент употребление рыбы, овощей (кроме картофеля), фруктов, молока и молочных продуктов, птицы, которые наиболее предпочтительны для обеспечения организма белками, витаминами, микроэлементами, в т.ч. и железом.*