

не только реабилитационных мероприятий, но и модернизации существующих профилактических мероприятий среди подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Кучма В. Р., Сухарева Л. М. Подростки: Тенденция здоровья, пути его сохранения и укрепления // Социальные и организационные проблемы педиатрии: Избранные очерки.- М.: изд. дом «Династия», 2003. – 216 с.
2. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение / Под ред. А. М. Вейна. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 752 с.
3. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков» ВОЗ. – Европа, 2005. – 17 с.
4. Лекции по неврологии развития / Под ред. А. Б. Пальчика. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 368 с.

5. Кохэн М. Э., Даффнер П. К. Детская неврология: Пер. с англ. Т. И. Хайбуллина / Под ред. А. С. Петрухина. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2010. – 352 с.

6. Fuller G. Neurological examination made easy. Third edition. – Churchill Livingstone, 2004.

7. Childhood socioeconomic position and cognitive function in adulthood / G. A. Kaplan, G. Turrell, J. W. Lynch et al. // International journal of epidemiology. – 2001. – № 30. – P. 256–263.

8. Headache classification committee of the international headache society. The international classification of headache disorders (second edition). – Cephalalgia, 2004. – Vol. 24 (suppl 1). – P. 1–160.

Поступила 07.04.2014

**Е. И. КОНДРАТЬЕВА¹, С. В. МОЗГОНОВА^{1,5}, Д. В. СУТОВСКАЯ²,
В. Я. ЗОБЕНКО³, Е. И. КЛЕЩЕНКО^{1,4}, Л. Л. СЕДУЕВА⁵**

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

¹Кафедра педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС;

²кафедра госпитальной педиатрии;

³кафедра общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

⁴ГБУЗ «ДККБ» МЗКК,
Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1;

⁵МБУЗ ДПП № 1,
Россия, 350004, г. Краснодар, ул. Тургенева, 23;
тел. 8-905-47-49-482. E-mail: graf.ula@mail.ru

Обследовано 1927 школьников Краснодарского края в возрасте 7–17 лет. Показано, что показатели массы тела школьников Краснодарского края в основном средние – 43,6%. Разработаны перцентильные ряды для оценки физического развития детей 7–17 лет для роста, массы тела и ИМТ с учетом возраста и пола. Проведено сравнение изучаемых показателей с показателями физического развития ВОЗ-2007. В целом дети с высокими показателями преобладают над детьми с низкими показателями роста и массы тела. Масса тела выше 95-го центиля отмечена у 11,2%, менее 5-го центиля – 2,8% школьников, что в 4 раза реже. Высокорослость (более 95-го центиля) – 7,1% против 2,7%. Рост менее 5-го центиля.

Ключевые слова: физическое развитие, школьники, популяция, перцентильные ряды.

**E. I. KONDRATIEVA¹, S. V. MOZGONOVA^{1,5}, D. V. SUTOVSKAYA², V. I. ZOBENKO³,
E. I. KLESHENKO^{1,4}, L. L. SEDYEVA⁵**

PREVALENCE OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF PUPILS OF THE KRASNODAR TERRITORY

¹Department of pediatrics neonatology course of faculty of advanced studies and retraining;

²department of hospital pediatrics and;

³department of public health, health and medical history

GBOU VPO KubGMU Ministry of Russia,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4;

⁴GBUZ «DKKB» MZKK,
Russia, 350007, Krasnodar, sq. Pobedu, 1;

Students surveyed in 1927 Krasnodar territory aged 7–17 years. It is shown that a body mass index of the Krasnodar territory students mostly average – 43,6%. Percentile ranks are designed to assess the physical development of children 7–17 years for growth, weight and BMI adjusted for age and sex. A comparison of the studied parameters with physical development, WHO 2007. In general, children with high rates prevail over children with low height and weight. Body weight above 95 centile was noted in 11,2%, less than 5 centile – 2,8% of the school, which is 4 times less. Tall (over 95 centile) – 7,1% versus 2,7% growth – less than 5 centile.

Key words: physical development, pupils, population, percentile ranks.

Введение

Здоровье взрослого населения закладывается в детском возрасте, поэтому охрана здоровья подрастающего поколения является важнейшей государственной задачей (В. А. Тутельян, 2004; Г. Г. Онищенко, 2008). Физическое развитие является важным показателем состояния здоровья ребенка (И. М. Воронцов, 2000; А. А. Баранов, 2005; В. Р. Кучма, 2010). Диапазон показателей роста и веса подростков варьирует в зависимости от возраста и пола, а также, как показывает практика, от национальности, места жительства [7, 9, 13, 23, 24]. РАМН в своем основополагающем документе по развитию отечественной медицинской науки «Прогноз развития медицинской науки на период до 2025 года» в разделе, посвященном педиатрии, ставит задачу изучить состояние и региональные особенности здоровья детей, а также факторы, его определяющие, в современных условиях жизнедеятельности. Краснодарский край отличается своей многонациональностью, разнообразием культур, особенностями географического расположения. Многонациональность оказывает свое влияние на нутритивный статус детей на генетическом уровне, а также на уровне культуры – традиции и предпочтения в питании, образа жизни, а географическое расположение – особенностей климата.

Своевременная оценка физического развития необходима для выявления нарушений развития как проявления хронического заболевания, влияния конституциональных или средовых факторов, а также с целью их коррекции [1]. В последние годы наблюдается тенденция увеличения количества детей, имеющих нарушения в нутритивном статусе. В России в период социально-экономических реформ распространенность избыточной массы тела (МТ) среди детей значительно снизилась. Это сопровождалось соответствующим увеличением доли лиц с дефицитом МТ. По результатам популяционного исследования в Новосибирске наибольшей распространенности среди подростков этот показатель достиг в 1999 г. (13,5%) на фоне значительной перестройки рациона питания со снижением потребления основных пище-

вых веществ (особенно белков) и энергии [18]. К настоящему времени частота пониженной МТ среди подростков в России несколько уменьшилась на фоне роста избыточной МТ [3]. Дефицит массы при неотложных состояниях и острых и хронических заболеваниях ассоциирован с тяжелым течением патологического процесса и высокой смертностью.

Целью настоящего исследования явилось обследование школьников-подростков Краснодарского края для создания перцентильных таблиц оценки физического развития школьников, определения соответствия их средним весо-ростовым показателям ВОЗ (2007) и изучения распространенности дефицита и избытка массы тела, нарушений роста в сравнении с другими регионами страны.

Материалы и методы исследования

Проведена оценка физического развития 1927 школьников Краснодарского края в возрасте 7–17 лет для построения перцентильных таблиц массы тела, роста и ИМТ. Дизайн исследования – одномоментное эпидемиологическое исследование (продолжается в настоящее время). Исследование проводилось в рамках выполнения программы «Расти здоровым – это просто» в течение 2009–2012 гг. совместно с управлением здравоохранения муниципального образования г. Краснодар, управлением по образованию и науке муниципального образования г. Краснодар и ГБОУ ВПО КубГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Использовали следующие методы исследования: клинико-anamnestический, антропометрический, инструментальный, статистический. Антропометрические измерения включали: измерение роста, веса, окружностей грудной клетки, талии, бедер. Сравнение полученных данных и оценку гармоничности физического развития проводили со сводными центильными таблицами распределения роста и массы тела, окружности грудной клетки в зависимости от возраста и пола ВОЗ (2007) для детей 5–19 лет [14]. Антропометрические исследования проводились по

унифицированной методике с использованием стандартных измерительных приборов (напольные весы «Terраillon», напольный ростомер, прошедшие сертификацию и находящиеся на обслуживании в ОАО «Медтехника» (г. Краснодар).

Значения изучаемых параметров (рост, масса) школьников вносили в таблицы для описания их распределения по центильным рядам и распространенности в обследуемой выборке.

Оценка нарушений физического развития с использованием полученных перцентильных рядов проведена 1047 школьникам г. Краснодара. Статистическую достоверность отличия между группами определяли по точному двустороннему критерию Фишера. В процессе обработки использовали статистическое приложение к программному пакету «Excel Microsoft Office 2007» и программу «STATISTICA 6,0» [20].

Результаты

Создание перцентильных рядов для оценки физического развития основано на обследовании 1927 практически здоровых школьников 7–17 лет с учетом возраста, пола, роста и массы в период 2009–2011 гг.

В обследованной популяции мальчиков – 1182 человека, из них 7 лет – 91 человек, 8 лет – 65 человек, 9 лет – 46 человек, 10 лет – 60 человек, 11 лет – 67 человек, 12 лет – 62 человека, 13 лет – 97 человек, 14 лет – 102 человека, 15 лет – 120 человек, 16 лет – 305 человек, 17 лет – 167 человек. Группу девочек составили 745 школьниц, из них 7 лет – 90 человек, 8 лет – 66 человек, 9 лет – 40 человек, 10 лет – 65 человек, 11 лет – 60 человек, 12 лет – 69 человек, 13 лет – 62 человека,

14 лет – 76 человек, 15 лет – 60 человек, 16 лет – 89 человек, 17 лет – 68 человек.

Разработаны перцентильные ряды для оценки физического развития детей 7–17 лет для роста, массы тела и ИМТ с учетом возраста и пола (табл. 1, 2).

Проведено сравнение изучаемых показателей с показателями физического развития ВОЗ 2007 г. [14]. Сравнивали показатели роста и массы тела подростков обоих полов в изучаемом возрастном диапазоне. В качестве примера приводятся данные сравнения девочек и мальчиков в возрасте 8 и 16 лет, достоверных различий в росте и весе не зарегистрировано (рис. 1–4).

Проведена оценка физического развития 1047 школьников г. Краснодара, которая показала, что среднее физическое развитие (с 25-го по 75-й центильный ряд) по росту имели 46,2% школьников, а по массе – 43,6% (46,6% мальчиков и 37,1% девочек) обследованных.

Показатели массы тела выше 75-го перцентиля для данного пола и возраста были отмечены у 42% обследуемых, основная часть которых (30,8%) также приходилась на диапазон 75–95 перцентильных рядов. Показатели массы тела более 95-го перцентиля зарегистрированы у 11,2% школьников. Массу тела ниже 25-го перцентиля имели 13,6% школьников, 2,8% школьников имели очень низкие показатели массы тела (менее 5-го перцентиля). Из 1047 обследованных школьников 16,1% (16% девочек и 16,2% мальчиков) имели ИМТ более 95-го центиля, что соответствовало избыточной массе тела. Ожирение (ИМТ более 95-го центиля) зарегистрировано у 3,4% исследуемых, из них у 3,7% девочек и у 3,3% мальчиков.

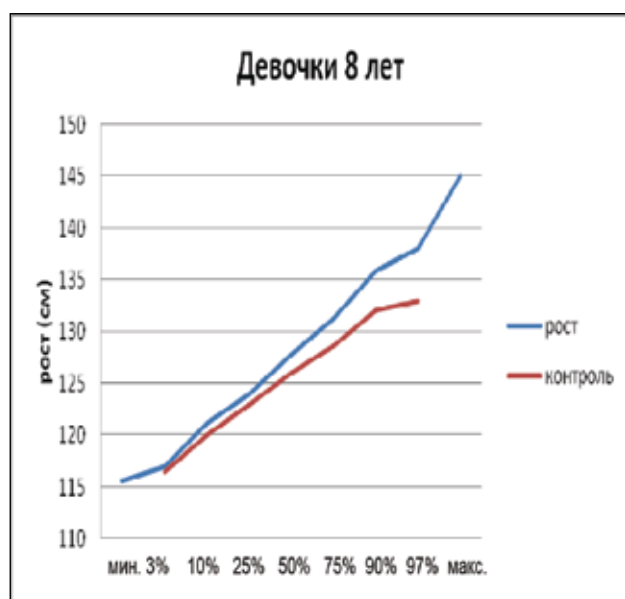


Рис. 1. Показатели роста девочек 8 лет (в качестве контроля приводятся данные ВОЗ-2007)

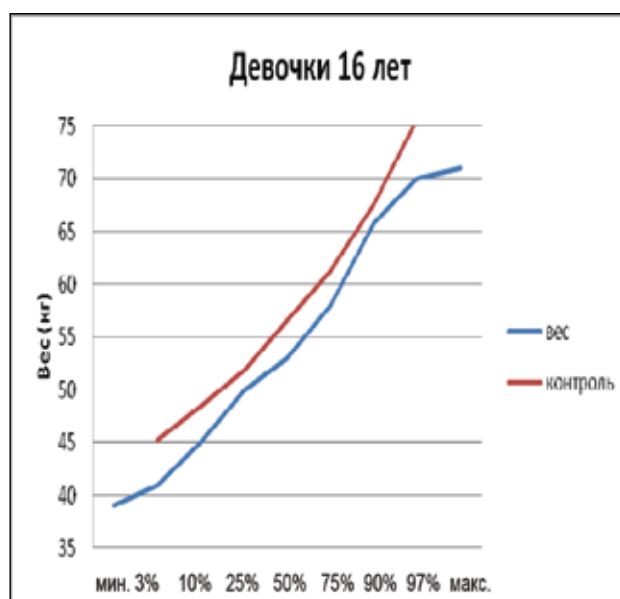


Рис. 2. Показатели массы тела девочек 16 лет (в качестве контроля приводятся данные ВОЗ-2007)

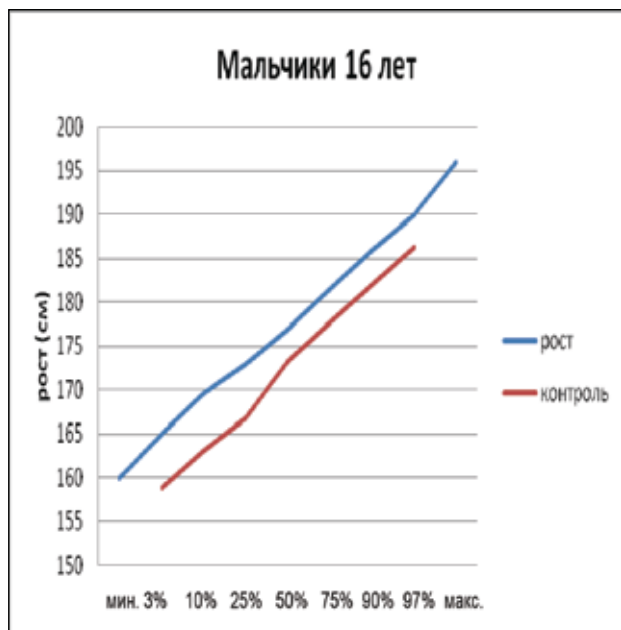


Рис. 3. Показатели роста мальчиков 16 лет (в качестве контроля приводятся данные ВОЗ – 2007)

Показатели роста и массы тела в нижнем диапазоне (менее 25-го перцентиля) выявлены у 18,1% и 13,6% школьников соответственно. Из них показатели роста в зоне 5–25-го перцентиля имели 15,4% обследуемых, а 2,7% школьников – в зоне менее 5-го перцентиля. Среди школьников г. Краснодара 35,4% имели показатели роста выше 75-го перцентиля: в диапазоне 75–95-го центильных рядов – 28,3% детей, а более 95-го центиля – 7,1% обследуемых. В целом дети с высокими показателями преобладают над детьми с низкими показателями роста и массы тела.

Обсуждение

На основе анализа физического развития школьников г. Краснодара составлены центильные таблицы, которые не отличались от показателей физического развития ВОЗ (WHO)-2007 [14]. Полученные данные могут использоваться для оценки физического развития детей Краснодарского края.

В литературе широко обсуждается частота отклонений физического развития школьников от средних показателей на территории многонациональных регионов. Согласно данным исследований, проведенных на территории РФ за период 2001–2012 гг., частота средних показателей находилась в пределах от 49,87% (Оренбург, 2001) [5] до 79,5% (Москва, 2005–2008 [6] изучаемых выборок (табл. 3). Однако дать достоверную оценку полученным данным (табл. 3) нельзя, так как нет точных указаний, как производилась оценка. Диапазон показателей физического развития детей варьирует в разных регионах, что может зависеть от образа жизни школьников, их



Рис. 4. Показатели массы тела мальчиков 8 лет (в качестве контроля приводятся данные ВОЗ-2007)

двигательной активности и особенностей питания, региона проживания. В ходе нашего исследования выявлено, что среднее физическое развитие (с 25-го по 75-й центильный ряд) по массе имели 43,6% детей.

Наибольшее число школьников, имеющих избыточную массу тела, отмечено в Минске, 2010 [4] (17,3–25,6%) и Чебоксарах, 2011 [17] (19–28%). Однако только 2,6% детей в Кемерово, 2008 [22], имеют избыточную массу тела. Дефицит массы тела наиболее часто встречается в Чебоксарах, 2011 [17] (19–34%) и Омске, 2000–2009 гг. [12] (20,5%). Сравнительный анализ физического развития (г. Черкесск, 2006–2008) [10] показал, что 73,7% школьников высокорослые. При этом среди школьников Брянска, 2012 [19] реже всего встречаются дефицит массы тела – 2,2% и высокорослость – 10,7%. 30% обследованных подростков Оренбурга, 2001 [5] имели дефицит роста. В Пензенской области, 2006 [16], низкорослых детей 3,5%.

В ходе исследования по Краснодару впервые проведена оценка физического развития в сравнении с другими регионами страны, которая показала, что среднее физическое развитие (с 25-го по 75-й центильный ряд) по росту имели 46,2% школьников, а по массе – 43,6% (46,6% мальчиков и 37,1% девочек) обследованных, что было ниже показателей по другим регионам.

Проведенная оценка ИМТ школьников Краснодара для изучения распространенности избыточной массы тела и ожирения показала, что избыточная масса тела зарегистрирована у 16,1% школьников (16% девочек и 16,2% мальчиков) и не отличается от других регионов. Частота

Центильные ряды физического развития девочек

Возраст (лет) (n)	Длина/рост (см)							Масса (кг)							ИМТ (кг/м ²)						
	Центильный интервал							Центильный интервал							Центильный интервал						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
7 (90)	107,6	111,9	120,0	124	127,4	132,5	135,0	18,7	19,8	22,0	24,3	27,0	30,0	34,0	13,02	14,06	15,02	16,04	17,41	18,65	20,91
8 (66)	118,0	121,5	124,5	130,3	135,0	141,0	145,1	19,0	21,5	25,0	28,5	32,0	37,6	45,0	12,42	13,70	15,18	16,54	17,83	19,42	22,83
9 (40)	124,2	125,5	131,0	135,0	143,0	147,9	151,8	22,2	23,5	27,5	30,5	36,0	43,8	51,4	13,44	14,24	15,16	16,20	18,52	22,19	24,07
10 (65)	132,2	135,0	139,0	142,5	145,0	149,0	155,6	21,8	28,5	32,0	35,0	39,0	45,0	47,2	13,37	14,43	15,52	17,01	18,90	21,75	23,95
11 (60)	134,8	137,9	140,8	145,0	151,0	159,3	163,5	26,8	31,1	33,0	35,0	45,0	52,1	59,3	14,05	14,93	15,90	17,12	20,53	23,05	23,87
12 (69)	140,0	143,0	147,0	153,0	156,0	161,0	164,9	30,0	33,8	38,0	45,0	48,0	55,0	64,9	14,72	15,85	17,22	18,97	19,98	23,21	25,67
13 (62)	143,8	153,0	157,3	162,0	166,0	168,5	173,1	35,0	40,2	46,0	52,0	60,0	68,7	73,9	14,99	16,19	17,49	19,61	22,76	26,35	28,78
14 (76)	150,0	153,5	158,0	163,0	166,3	170,0	173,5	39,0	44,0	46,0	51,0	57,3	67,5	73,8	16,21	16,91	17,83	19,64	21,99	24,44	26,96
15 (60)	153,0	156,9	160,0	163,0	168,0	171,1	175,5	44,0	46,0	49,8	54,0	58,6	69,0	75,4	16,67	17,72	18,65	20,18	22,05	24,79	25,91
16 (89)	150,0	157,0	161,0	167,0	170,0	172,0	173,0	40,6	43,0	50,0	53,0	60,0	66,1	70,4	15,79	16,63	17,78	18,72	23,03	24,65	26,10
17 (68)	156,0	157,0	160,0	165,0	167,3	172,3	173,0	40,0	43,7	48,0	54,0	59,3	67,9	73,0	15,06	16,85	18,01	19,84	21,43	23,63	27,67

Центильные ряды физического развития мальчиков

Возраст (лет) (n)	Рост (см)							Масса (кг)							ИМТ (кг/м ²)						
	Центильный интервал							Центильный интервал							Центильный интервал						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
7 (99)	108,9	115,8	120,0	124,0	128,3	132,0	135,1	18,9	20,0	22,1	24,3	27,0	31,6	37,1	13,52	14,11	15,02	15,97	17,18	18,69	22,79
8 (65)	116,4	121,1	124,0	129,0	133,5	136,6	144,2	21,0	22,0	24,4	27,0	32,0	37,0	44,1	14,29	14,60	15,61	16,52	18,37	20,23	24,03
9 (46)	118,7	126,5	131,3	135,5	141,8	147,0	153,0	22,4	24,0	27,0	31,0	36,0	46,6	50,0	13,15	14,11	15,31	16,59	18,86	20,99	25,13
10 (60)	129,9	133,5	138,1	142,5	146,6	150,1	156,8	27,8	29,0	31,0	36,3	48,0	57,1	64,5	14,45	15,08	16,33	17,77	22,59	25,53	28,09
11 (67)	131,7	138,0	141,0	147,0	152,0	157,4	160,0	29,0	30,6	34,8	39,5	47,0	57,0	68,2	14,45	15,20	16,63	18,22	21,78	25,13	33,25
12 (62)	136,8	143,2	148,0	152,0	157,1	161,8	166,2	34,5	36,0	38,3	43,0	48,0	55,0	71,6	15,79	16,41	17,40	18,19	20,51	21,98	30,27
13 (97)	143,6	148,6	153,0	158,0	164,0	170,0	175,1	35,9	37,6	42,0	49,0	58,0	67,4	71,1	15,04	16,84	17,58	19,22	22,51	24,64	27,81
14 (102)	148,1	155,0	160,0	165,0	173,8	179,0	183,0	39,0	44,1	47,0	53,0	65,0	73,8	81,9	15,01	16,61	17,66	19,60	21,50	25,13	27,39
15 (120)	155,6	160,9	166,0	174,0	177,3	181,2	188,0	41,1	47,8	55,0	62,0	71,5	80,0	90,0	16,33	17,22	18,46	20,62	23,88	26,42	27,78
16 (305)	165,0	168,0	173,0	177,0	182,0	186,0	192,9	50,0	56,0	60,0	66,0	75,0	84,0	98,9	16,48	17,92	19,32	21,31	23,57	26,23	29,05
17 (167)	165,0	170,0	174,0	178,0	183,0	187,0	193,0	55,0	57,6	62,5	70,0	80,0	92,4	100,0	17,48	18,34	19,88	22,10	24,36	27,69	30,87

Сравнительная характеристика физического развития в регионах России

Регион России, год	Частота среднего физического развития (масса тела в пределах 25–75-го центилей)	Избыточная масса тела	Дефицит массы тела	Высокорослость	Дефицит роста
Челябинск, 2009 [15]	Нет данных	Нет данных	Нет данных	35%	12,7%
Оренбург, 2001 [5]	49,87%	Нет данных	Нет данных	16,81%	30%
Архангельская область, 2005 [21]	Нет данных	Нет данных	2,3%	Нет данных	4,5%
Пензенская область, 2006 [16]	Нет данных	2,9%	12,5%	Нет данных	3,5%
Москва, 2005–2008 [6]	79,5%	10,6% – мальчики, 5,2% – девочки	4,8% – мальчики, 16,7% – девочки	Нет данных	Нет данных
Черкесск, КЧР, 2006–2008 [10]	62,6–70,6%	2,4–10,9%	15,3%	73,7%	14,5%
Брянск, 2012 [19]	53,9%	4,2%	2,2%	10,7%	21,3%
Минск, 2010 [4]	Нет данных	17,3–25,6%	2,6–8,4%	Нет данных	Нет данных
Новосибирск, 2010 [18]	80,9% – мальчики, 78,3% – девочки	13,5% – мальчики, 7,5% – девочки	5,7% – мальчики, 14,2% – девочки	Нет данных	Нет данных
Кемерово, 2008 [22]	54,2%	2,6%	8,1%	Нет данных	Нет данных
Чебоксары, 2011 [17]	Нет данных	19–28%	19–34%	Нет данных	Нет данных
Омск, 2000–2009 [12]	65,6%	13,8%	20,5%	Нет данных	Нет данных
Краснодар*, 2009–2012 [13]	43,6%	Избыточная масса – 16,1% (16% – девочки и 16,2% – мальчики), ожирение – 3,4% исследуемых (3,7% – девочки, 3,3% – мальчики)	2,8%	7,1%	2,7%

Примечание: анализ показателей производился в группе из 1047 человек. Избыточная масса тела – ИМТ более 90-го перцентиля, ожирение – ИМТ более 95-го перцентиля, дефицит массы тела – менее 5-го перцентиля, дефицит роста – менее 5-го перцентиля, высокорослость – более 95-го перцентиля.

распространенности ожирения (ИМТ более 95-го центиля) выявлена у 3,4% обследуемых и соответствовала исследованиям других авторов. В то время как масса тела выше 75-го перцентиля для данного пола и возраста была зарегистрирована у 42% обследуемых, а более 95-го перцентиля – у 11,2% школьников. Полученные данные свидетельствуют о том, что оценка избыточной массы тела по перцетилиям для массы тела и ИМТ значительно отличается и необходимо использовать показатель ИМТ [14].

Массу тела ниже 25-го центиля имели 13,6% школьников, 2,8% имели очень низкие показатели массы тела (менее 5-го центиля). Для других регионов страны характерна более высокая частота дефицита массы тела. В целом для г. Краснодара характерно преобладание лиц с избыточной массой тела над ее дефицитом.

Среди школьников г. Краснодара у 7,1% обследованных рост был выше 95-го перцентиля, а 2,7% школьников – в зоне менее 5-го центиля, что служило основанием для их направления на консультацию к эндокринологу для проведения необходимого обследования. Как видно из таблицы 3, дети с нарушением роста (более 95-го и менее 5-го перцентиля) реже регистрировались в г. Краснодаре по сравнению с другими регионами страны. В целом дети с высокими показателями преобладали над детьми с низкими показателями роста и массы тела.

Таким образом, полученные тенденции в развитии современных школьников требуют дальнейшего изучения и пристального внимания со стороны врачей школьной медицины для организации профилактических мероприятий в группах риска по нарушению показателей массы тела и роста. Необходим единый подход к оценке физического развития для выяснения общих и региональных тенденций в развитии детей.

Разработаны перцентильные таблицы для оценки физического развития школьников Краснодарского края. Средние показатели массы тела зарегистрированы у 43,6% школьников, что ниже, чем в других регионах (46,6% мальчиков и 37,1% девочек). Более половины (56,4%) школьников Краснодарского края имеют дисгармоничное физическое развитие. Дефицит массы имели 2,8% школьников, избыток массы – 16,1%. Среди школьников г. Краснодара дети с высокорослостью (7,1% обследованных) преобладают над школьниками с низким ростом (2,7%). Полученные данные должны учитываться при планировании профилактических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Кучма В. Р., Скоблина Н. А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2008. – 216 с.

2. Баранов А. А., Кучма В. Р. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации: Сборник материалов. Выпуск VI. – М.: издательство «Педиатр», 2013. – 192 с.

3. Болотова Н. В., Лазебникова С. В., Аверьянов А. П. Особенности формирования метаболического синдрома у детей и подростков // Педиатрия. – 2007. – № 3. – С. 35–39.

4. Вайнилович Е. Г., Данилова Л. И., Сретенская Ж. Л., Запольский С. А. Сравнение разных референтных таблиц и пороговых значений индекса массы тела для оценки распространенности избыточной массы тела, ожирения и дефицита массы тела у школьников // Проблемы эндокринологии. – 2010. – № 6. – С. 9–13.

5. Дробот Л. И., Галчина М. В., Галчин П. С., Кацнельсон П. В., Гололобова Т. М. Морфотипическая характеристика физического развития студентов 1-го курса // Вестник ОГУ. – 2001. – № 2. – С. 87–89.

6. Жигарева Н.С. Образ жизни младших школьников и их адаптационные возможности // Материалы III Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России». – М., 2007. – С. 201–203.

7. Козлов А. И., Вершубская Г. Г. Медицинская антропология коренного населения Севера России. – М.: изд-во МНЭ-ПУ, 1999. – 288 с.

8. Козлова Л.В. Метаболический синдром у детей и подростков. – ГЭОТАР- Медиа, 2008. – 96 с.

9. Максимова Т. М. Социальный градиент в формировании здоровья населения. – М.: ПЕР СЭ, 2005. – 240 с.

10. Мареныч Х. М., Куликов А. М. Сравнительная оценка физического развития и структуры заболеваемости подростков Карачаево-Черкесской республики // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. – Курск, 2010. – № 1. – С. 102–105.

11. Миронов Б. Н. Биологический статус женщин Санкт-Петербурга в 1946–2005 гг. (по антропометрическим данным о новорожденных и их матерях) // Мир России. – 2007. – № 1. – С. 99–146.

12. Михеева Е. В., Новикова И. И., Поляков А. Я. Особенности состояния здоровья современных школьников и факторы, их формирующие // Международная научно-практическая Интернет-конференция 8/Уог1с1 «Перспективные инновации в науке, образовании, производстве и транспорте». – 2011. – Том 24. – С. 3.

13. Мозгонова С. В., Хапачева Д. Э., Тлиф А. И., Сутовская Д. В. Физическое развитие и распространенность нутритивных нарушений у школьников Краснодарского края // Мать и дитя в Кузбассе. – Кемерово, 2012. – № 3. – С. 39–44.

14. Рекомендации экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома (второй пересмотр). – Москва, 2009. – 32 с.

15. Русинова И. И., Василенко Ф. И. Влияние уровня двигательной активности на показатели физического развития учащихся 12–15 лет // Вестник ЮУрГУ. – 2009. – № 7. – С. 106–110.

16. Савина Л. Н., Монахова Н. Г. Оценка здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений // Известия Пензенского государственного педагогического университета им. В. Г. Белинского. Естественные науки. – Пенза: изд-во ПГПУ, 2006. – № 1 (5). – С. 112–116.

17. Строганова Н. Н., Козлов В. А., Смелова Т. П., Павлов А. А. Распространенность нарушения состава тела детей г. Чебоксары // Успехи современного естествознания. – 2012. – № 11 – С. 17–20.

18. Суханов А. В. Ассоциация массы тела с состоянием когнитивных функций в подростковом возрасте: популяционное исследование / А. В. Суханов, Д. В. Денисова // Педиатрия. – 2011. – Т. 90. № 6. – С. 22–28.

19. Тюрикова Ю. Б., Ладнова Г. Г., Гладских М. Н., Курочкицкая М. Г. Экологические показатели окружающей среды и здоровье населения в региональном аспекте // Проблемы региональной экологии. – ООО «Издательский дом «Камертон», 2009. – № 3. – С. 187–190.

20. Халадян А. А. Учебник «Statistica 6. Статистический анализ данных». – Издательство «Бином- Пресс», 2007. – 512 с.

21. Хаснутдинова С. Л., Совершаева С. Л., Макарова В. И. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей

дошкольного возраста // Экология человека. – Архангельск, 2005. – № 1. – С. 30–35.

22. Шевченко И. Ю., Громов К. Г., Хорунжина С. И. Методы изучения и коррекции фактического питания детского населения Сибири с разработкой стандартов и норм по отдельным факторам питания: Метод. рекоменд. – Кемерово, 2008. – 188 с.

23. Ямпольская Ю. А., Година Е. З. Состояние, тенденции и прогноз физического развития детей и подростков России // Российский педиатрический журнал. – 2005. – № 1. – С. 30–39.

24. Kozlov A. Indigenous peoples of Northern Russia: Anthropology and health / A. Kozlov, G. Vershubsky, M. Kozlova // Oulu, circumpolar health supplements. – 2007. – № 1. – 184 p.

Поступила 27.04.2014

В. Н. КУРОЧКИН¹, А. Г. ЗАБОЛОТНИЙ^{1,2}, С. Н. САХНОВ^{1,2}, Л. А. БАСИНСКАЯ^{1,2}

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ РЕГИОНА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТОЙ

¹Краснодарский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза»

им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России,

Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6;

²кафедра глазных болезней

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,

Россия, 350065, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: nok@mail.ru

Выполнен ретроспективный анализ эффективности результатов хирургической высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) при реабилитации детей с врожденной катарактой (ВК). ВМП выполнялась в комплексе с консервативным лечением депривационной амблиопии. ВМП оказывалась в региональном подразделении федерального специализированного офтальмологического учреждения – Краснодарском филиале ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России. Сделаны выводы: малоинвазивный метод удаления ВК с имплантацией ИОЛ в капсулярный мешок, применение гибких ИОЛ делают возможным удаление ВК с полугода, улучшают условия лечения амблиопии и повышают процент получения хорошего зрения. Послеоперационная реакция минимальна. Частота возникновения фиброза задней капсулы позволяет рассматривать капсулэктомию как второй этап хирургического лечения ВК.

Ключевые слова: врожденная катаракта, организация офтальмологической помощи, устраняемая слепота.

V. N. KUROCHKIN¹, A. G. ZABOLOTNIY^{1,2}, S. N. SAKHNOV^{1,2}, L. A. BASINSKAYA^{1,2}

ORGANIZATION AND RENDERING OF HTMC (HIGH-TECH MEDICAL CARE) IN REHABILITATION OF CHILDREN WITH CONGENITAL CATARACTS AT THE REGIONAL LEVEL

¹ Krasnodar branch FSBI «The academician S. N. Fyodorov IRTC

«Eye microsurgery» of the Minzdrava of Russia,

Russia, 350012, Krasnodar, Krasnykh partizan str., 6;

²Ocular diseases department «Kuban state medical university» of the Minzdrava of Russia,

Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. E-mail: nok@mail.ru