

допомоги постраждалим в умовах РХБ зараження; застосування сучасних методів хіміко-токсикологічного аналізу, дозиметричного, спектрометричного та радіохімічного контролю за навколишнім середовищем та дозиметричного контролю за опроміненням людини; співпраця в тісному контакті з лікарями інших спеціальностей. На жаль, в нових умовах випускники медичних університетів не демонструють необхідний рівень підготовки в сфері військової токсикології, радіології і радіаційної гігієни.

Змінюючи систему професійної підготовки спеціалістів сфери охорони здоров'я, слід враховувати досвід спільних операцій країн НАТО, який доводить, що медичне забезпечення в середовищі РХБ загроз є вкрай складним завданням. Немедичний і медичний персонал повинен здійснювати ретельне та регулярне навчання за допомогою програм підготовки з різних аспектів РХБ захисту.

З метою забезпечення обороноздатності держави в умовах загроз застосування зброї масового ураження, можливого руйнування радіаційно-, хімічно небезпечних об'єктів, вважаємо доцільним внесення професії «Лікар токсиколог-радіолог з медичного захисту» за спеціальністю «Профілактична токсикологія, радіологія та медичний захист» у «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я» (наказ МОЗ України від 29.03.2002 № 117) та відповідні зміни до «Переліку спеціальностей та тривалості підготовки в інтернатурі» (наказ МОЗ України від 22.06.2021 №1254); також необхідно запровадити підготовку в інтернатурі (тривалістю 1,5 роки) та підготовку магістрів медицини за вказаною спеціальністю.

Сучасна національна система професійної підготовки у сфері РХБ захисту потребує скорішого перегляду і гармонізації з міжнародними стандартами, з метою забезпечення ефективного функціонування системи медичного захисту особового складу військ і населення від дії РХБ факторів в обсязі, необхідному для виконання службових обов'язків в рамках спільних операцій у мирний та воєнний час.

ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ШКОЛЯРІВ І ШКОЛЯРОК ЗА ШКАЛАМИ РЕГРЕСІЇ ТА МЕТОДОМ ІНДЕКСІВ

Федоренко В.І., Кіцула Л.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Відомо, що для оцінки фізичного розвитку дітей і підлітків застосовується низка методів, зокрема метод шкал регресії, метод сигнальних відхилень і центильний метод, метод різноманітних індексів, комплексний метод. Методи фізичного розвитку повинні відповідати певним вимогам і їхнє застосування потребує урахування основних закономірностей фізичного розвитку (Полька Н.С., Платонова А. Г., 2015).

Мета роботи – оцінити фізичний розвиток 11-річних школярів і школярок м. Львова за таблицями шкал регресії та декотрими антропометричними індексами.

Матеріали та методи дослідження. Проведено антропометричне обстеження 177 школярів і 205 школярок м. Львова (усього 382 дітей) віком 11 років. Зріст, масу тіла, обвід грудної клітки визначали загальноприйнятими методами. Фізичний розвиток дітей оцінювали за регіональними шкалами регресії, що опрацьовані на основі отриманих параметрів, з визначенням ступеня гармонійності (гармонійний, дисгармонійний, різко дисгармонійний). Додатково скринінг-оцінку фізичного розвитку дітей визначали за антропометричними індексами: індексом маси тіла ($I = MT / ZP^2$ (кг/м²), індексом Воронцова ($I = ZP / (2MT+ОГК)$) та індексом Пушкарьова ($I = (ZP - MT) \cdot ZP / (K \cdot 2ОГК)$), де К – коефіцієнт гетерохронності (несвоечасності розвитку), МТ – маса тіла (кг), ЗР – зріст (см), ОГК – окружність грудної клітки (см); Математико-статистичне опрацювання отриманих параметрів проводили за програмою Microsoft Excel, що входить до пакету Microsoft Office та програмного забезпечення RStudio.

Результати досліджень. Антропометричні показники школярів і школярок відповідають фізіологічним закономірностям розвитку дітей 11-річного віку і практично однакові у хлопчиків і дівчаток, з тенденцією до вищого зросту у дівчаток, ніж у хлопчиків, що відображає фізіологічний статевий диморфізм у цьому віці. Більшість дітей (74,5 %) середнього зросту, з них 75,7 % хлопчиків та 73,2 % дівчаток, вище від середнього 11,9 %, нижче від середнього – 8,8% поміж усіх дітей. Гармонійний розвиток мали 56,3 % дітей (53,7 % хлопчиків та 58,8 % дівчаток), дисгармонійний – 38,6 % (40,7 % хлопчиків та 36,6 % дівчаток), різко дисгармонійний – 5,5 % дітей. Дисгармонійний розвиток зумовлений надлишком чи дефіцитом маси тіла I і II ступенів, збільшенням чи зменшенням обводу грудної клітки I і II ступенів та їхніми комбінаціями. За індексом маси тіла гармонійний розвиток мали 47,3 % дітей (42,8 % школярів і 49,5 % школярок). Перевищення маси тіла та ожиріння у дітей спостерігалося в середньому на рівні 28,5 %. Ці показники вищі поміж школярок (31,4 %), ніж поміж школярів (25,7 %). Ожиріння, зокрема, мають 15,9 % (16,5 % хлопчиків та 15,4 % дівчаток). Виснаження та дефіцит маси тіла спостерігався у середньому поміж дітей у 25,5 % (дівчатка 25,2 %, хлопчики 25,7 %). За індексом Воронцова гармонійний розвиток мали 46,9 % дітей (42,3 % школярів і 51,4 % школярок), поміж загальної кількості дітей у 24,9 % і 28,3 % обстежених спостерігалися процеси збільшення зросту і граційність та затримка і відставання у зрості відповідно. За індексом Пушкарьова нормостеноїдний тип мають половина усіх обстежених дітей (50,3 %), поміж хлопчиків 45,2% і поміж дівчаток 54,4%, астеноїдний і пікноїдний 18,2 % та 31,5% поміж усіх дітей відповідно. Показники індексу Пушкарьова корелюють зі значеннями зросту за індексом Воронцова, індекс маси тіла характеризує вгодованість організму дітей. Безумовно адекватним методом оцінки фізичного розвитку є метод оцінки за шкалами регресії, метод індексів може застосовуватися як скринінг-оцінка (Платонова А.Г., 2012, Полька Н.С., Платонова А. Г., 2015) і доповнювати оцінку фізичного розвитку за окремими показниками - угодованості, характеристику збільшення зросту з урахуванням соматотипу, функціональних можливостей тощо.