

Відповідь на запитання 9 оцінюється таким чином, що для кожного учня класу підраховується кількість згадувань його прізвища іншими учнями і кількість балів обчислюється за формулою:

$$n_9 = \frac{4k_i}{m} \quad (1),$$

де: m – кількість учнів, що беруть участь у діагностуванні,

k_i – кількість згадувань конкретного учня іншими учнями класу.

З даної формули випливає, що кількість балів по 9-у запитанню не може бути більшою 4.

Загальна кількість балів анкетування для визначення соціально особистісної цінності набутих знань обчислюється як алгебраїчна сума кількості набраних балів за відповідь на кожне запитання і не може бути більшою за 12 балів.

У результаті проведеного нами дослідження можна зробити такі висновки:

Проблема діагностування соціально особистісної цінності набутих учнями знань, умінь і навичок є складною і багатогранною. Вона міцно пов'язана з більш широкою проблемою – розвиток особистості учня.

Її розв'язання сприяє формуванню громадської, суспільної спрямованості школярів. При цьому поєднуються інтереси індивіда і колективу. З одного боку, індивід співставляє свої прагнення з інтересами суспільства, з другого – суспільство враховує особисті прагнення індивіда.

Розроблена методика діагностування соціально особистісної цінності набутих знань у вмилх руках педагога допомагає виявити приховані особливості учнів та вплинути на їх розвиток.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ананьева Б.Г. Познавательные потребности и интересы // Уч. зап. ЛГУ. Сер. «Психология». – Л., 1959.- С. 21-30.
2. Бігар В.М., Кополовець С.М., Бігар М.М. Деякі аспекти діагностики навчальних досягнень учнів. // Наукові записки інституту психології ім. Г.М. Костюка АПН України. – 2008.- Вип.3, Т.6. – С. 57-63.
3. Бігар В.М., Сагарда В.В. “Комплексна діагностика навчальних досягнень учнів”. Матеріали сьомої Міжнародної виставки навчальних закладів “Сучасна освіта в Україні- 2004” 5-8 лютого 2004 р. м. Київ.
4. Бігар В.М., Бігар М.М., Маринець В.В., Рего Г.І., Кополовець С.М., Воробець О.В. Спосіб знакографічного оцінювання результатів навчальних досягнень учнів. Деклараційний патент на винахід №64109А від 16.02.2004. // Промислова власність. Офіційний бюлетень №2.-К., 2004.
5. Бігар В.М., Бігар М.М., Кополовець С.М., Сагарда В.В. Модель діагностики навчальних досягнень учнів. Рац. пропозиція УжНУ №395 від 25.10.2002 р.
6. Демиденко В.К. Виховання інтересу в учнів до знань. – К.: Знання, 1978. – С. 17-25.
7. Кополовець С.М., Бігар В.М., Бігар М.М., Сагарда В.В. Спосіб визначення соціально особистісної цінності набутих учнями знань. Рац. пропозиція УжНУ №393 від 25.10.2002 р.
8. Сухомлинський В.А. Избр. Соч.: В 3 т. – Т. 2. Разговор с молодым директором. Мудрая власть коллектива. – М., 1979. – С. 45-49.
9. Формирование интереса к учению у школьников // Под. Ред. А.К. Марковой. – М.: Педагогика, 1976.- С. 23-25.
10. Щукина Г.И. Педагогические проблемы формирования познавательных интересов учащихся. – М.: Педагогика, 1988. – С.112-115.

SUMMARY

DIAGNOSTICA TING SOCIALLY PERSONALITY VALUE OF THE KNOWLEDGES ACQUIRED BY STUDENTS Bihar V.M.

Offered method for determination of level socially personality value of the knowledge's acquired by schoolboys, and abilities and skills, allows to find out the hidden features of students and effectively to influence on their development.

Key words: socially personalityvalue, interest, diagnostic ting of knowledge's

УДК 613/95:616.31(477)

СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

Голубчиков М.В., Маляр Р.В., Канюра О.А.,

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ; Ужгородська обласна стоматологічна поліклініка, м. Ужгород; Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

РЕЗЮМЕ: у статті наведені соціально-гігієнічні аспекти стоматологічної допомоги дитячому населенню України, які дозволили дати порівняльну характеристику організації стоматологічної допомоги дітям у регіонах України у динаміці.

Ключові слова: стоматологічна допомога, дитяче населення

Вступ. Згідно з визначенням ВООЗ, здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і

фізичних дефектів. Висока поширеність та інтенсивність враження дітей в Україні основними стоматологічними захворюваннями висунула пробле-

му підтримки і зміцнення стоматологічного здоров'я до числа найбільш актуальних і вагомих. Стоматологічна допомога стала одним із найбільш масових видів медичної допомоги.

У 2006 році стоматологічну допомогу дитячому населенню України надавали 32 самостійні дитячі стоматологічні поліклініки. Кількість відвідувань, зроблених дітьми віком до 14 років включно, у 2006 році становила 12827399, а у 2001 році – 13760508, тобто абсолютна кількість відвідувань зменшилась на 6,8% [2].

Мета дослідження: проаналізувати соціально-гігієнічні аспекти стоматологічної захворюваності дітей в Україні.

Методи дослідження. Епідеміологічні, статистичний, аналітичний.

За допомогою медико-статистичного методу нами були проаналізовані звітні форми № 20 МОЗ України за 2001-2007 рр., зведені за окремими областями та в Україні в цілому. Аналіз здійснений у

динамічному та територіальному аспектах. Проаналізовані наступні таблиці ф.№ 20: P200007 Число дітей оглянутих у порядку планової санації. P200099 – Планова санація дитячого населення (до кількості населення), P200100 – Планова санація дитячого населення (до кількості оглянутих). P200101 – Планова санація населення (Питома вага санованих від кількості, що її потребують. P200126 – Питома вага первинних відвідувань серед усіх. P200127 – Питома вага санованих у порядку планової санації за зверненнями. P200128 – Відвідування до лікарів стоматологів на 1 жителя.

Результати дослідження та їх обговорення. Основні показники, які характеризують обсяг стоматологічної допомоги дитячому населенню, а також результати планових оглядів та планової санації ротової порожнини дітей впродовж 2001-2007 рр. у середньому в Україні та у областях, які мали найнижчі та найвищі значення показників, наведені у таблиці 1.

Таблиця 1

Динаміка статистичних показників стоматологічної допомоги дитячому * населенню в деяких областях та в Україні у 2001-2006 рр.

Показники	Області	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Число дітей оглянутих у порядку планової санації (у % до кількості відповідного населення)	Україна	70,4	71,8	73,8	76,2	76,5	68,1	70,1
	Київ	124,4	115,8	114,9	122,6	115,	112,0	66,0
	Житомирська	60,0	62,0	63,7	57,4	58,0	64,5	68,7
	Запорізька	40,2	41,3	41,9	40,8	40,7	34,3	32,2
	Миколаївська	60,7	65,4	64,6	79,9	74,6	60,5	60,
	Полтавська	78,7	81,2	83,8	88,0	87,1	74,9	75,3
	Черкаська	81,5	86,6	92,1	94,8	94,5	77,9	81,8
Питома вага планово оглянутих серед усіх, що звернулись за стоматологічною допомогою (у%)	Україна	43,1	43,3	43,3	42,6	41,7	42,6	42,9
	Київ	56,6	52,7	52,2	51,3	49,8	50,7	48,4
	Житомирська	43,7	45,9	46,3	43,8	42,4	46,1	48,5
	Запорізька	31,0	34,3	36,7	34,5	34,0	33,5	32,1
	Миколаївська	44,4	45,8	45,9	48,1	45,0	44,4	44,2
	Полтавська	44,6	43,0	41,5	40,9	39,8	41,7	41,2
	Черкаська	48,2	50,5	53,0	50,5	49,7	48,2	48,1
Серед оглянутих у порядку планової санації потребують санації до кількості населення (у%).	Україна	36,8	37,5	38,2	38,8	39,0	34,1	34,7
	Київ	70,4	69,2	71,1	71,1	69,0	64,8	26,1
	Житомирська	32,8	33,6	33,5	31,3	32,2	34,4	36,0
	Запорізька	22,4	21,0	23,1	21,3	22,6	18,8	16,9
	Миколаївська	26,6	28,3	26,5	32,8	31,4	44,0	23,9
	Полтавська	49,6	50,4	50,4	54,1	54,1	24,8	28,6
	Черкаська	31,8	32,6	32,9	35,0	34,2	28,3	45,3
Серед оглянутих в порядку планової санації потребують санації до кількості оглянутих (у%).	Україна	52,2	52,3	51,8	50,9	50,9	50,1	49,5
	Київ	57,4	59,8	61,9	58,0	59,9	57,9	57,4
	Житомирська	54,7	54,3	52,6	54,4	55,6	53,3	52,4
	Запорізька	55,7	68,7	55,0	52,3	55,5	54,7	52,6
	Миколаївська	43,9	43,3	41,0	41,1	42,1	41,0	39,5
	Полтавська	40,5	40,2	39,2	39,8	39,3	37,7	38,0
	Черкаська	60,9	58,1	58,7	57,3	57,2	56,5	53,1

Продовження таблиці 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Питома вага санованих дітей при плановій санації від кількості, що її потребують (у%).	Україна	83,8	83,6	83,5	83,2	83,4	82,5	83,7
	Київ	73,9	73,8	72,9	69,4	72,7	81,6	71,9
	Житомирська	79,9	81,5	79,2	81,6	82,2	81,6	81,9
	Запорізька	80,8	83,4	73,7	77,4	76,6	79,1	80,1
	Миколаївська	79,5	76,7	80,6	76,9	79,2	79,0	80,8
	Полтавська	85,1	83,5	84,9	85,9	84,1	85,6	84,7
	Черкаська	82,7	84,8	84,9	86,1	88,6	72,5	78,5
Питома вага санованих дітей у порядку планової санації і за зверненнями (у%).	Україна	44,3	45,6	46,2	47,4	48,1	40,8	78,5
	Київ	54,0	52,8	51,9	51,2	51,5	47,0	29,9
	Житомирська	39,1	37,2	38,7	36,8	39,3	40,3	43,0
	Запорізька	28,5	26,7	27,2	27,9	28,8	23,9	24,2
	Миколаївська	35,4	38,7	40,9	43,8	40,8	31,8	33,9
	Полтавська	40,2	43,6	44,2	46,1	45,7	36,5	36,8
	Черкаська	53,1	55,7	57,8	60,8	62,3	51,4	52,7
Відвідування дітей до лікарів-стоматологів та зубних лікарів (середня кількість відвідувань у розрахунку на 1 жителя)	Україна	1,6	1,7	1,7	1,8	1,8	1,6	1,6
	Київ	2,2	2,2	2,2	2,4	2,3	2,2	2,2
	Житомирська	1,4	1,4	1,4	1,3	1,4	1,4	1,4
	Запорізька	1,3	1,2	1,1	1,2	1,2	1,0	1,0
	Миколаївська	1,4	1,4	1,4	1,7	1,7	1,4	1,4
	Полтавська	1,8	1,9	2,0	2,2	2,2	1,8	1,8
	Черкаська	1,7	1,7	1,7	1,9	1,9	1,6	1,7
Питома вага первинних відвідувань дітей до лікарів-стоматологів та зубних лікарів серед усіх відвідувань до лікарів стоматологічного профілю (у%).	Україна	50,9	50,9	50,6	50,2	49,6	47,9	50,2
	Київ	56,3	53,4	53,3	51,3	49,8	50,8	59,0
	Житомирська	53,9	53,9	54,0	55,3	54,2	55,5	57,4
	Запорізька	48,3	50,7	52,4	51,1	48,6	47,8	48,0
	Миколаївська	45,2	46,0	46,7	41,8	41,6	41,3	45,9
	Полтавська	55,6	52,4	50,0	48,0	51,3	50,2	50,2
	Черкаська	48,7	49,4	48,1	50,1	44,6	47,7	47,7

* у 2001- 2005 роках – діти 0-14 років із 2006 р. 0-17 років включно

На підставі аналізу матеріалів таблиці можна зробити висновок про відносну стабільність кількості відвідувань дітей до лікарів стоматологів та зубних лікарів у розрахунку на одну дитину в середньому в Україні (1,6 у 2001 р. та 1,6 у 2007 р.). Більш високими у 2007 році залишились показники у м. Київ – 2,2 та у Полтавській обл. – 1,8, найнижчими вони були у Запорізькій – 1,0, Житомирській – 1,4, Миколаївській – 1,4.

Серед усіх відвідувань стоматологів питома вага первинних склала у 2001 році – 50,9 %, у 2005р. – 49,6%, у 2007 р. – 47,9%, тобто показник знизився на 1,2%. Відповідно, у м. Київ у 2001 році – 56,3%, у 2005 – 49,6%, а 2007 – 50,9%; у Полтавській обл. – 55,6%, 51,3%, 50,2%; Черкаській – 48,7%, 44,6%, 47,7%; Миколаївській – 45,2%, 41,6%, 41,3%, 45,9 тобто скрізь спостерігається тенденція до зниження показника (виняток складає Миколаївська обл.).

У ході аналізу показників планових оглядів та планової санації ротової порожнини дітей упродовж 2001-2007 рр. встановлено, що частка

дітей, оглянутих у порядку планової санації (у % до кількості дитячого населення), знизилася в Україні з 70,4% у 2001р до 70,1% у 2007 р. А серед усіх дітей, які звернулись за стоматологічною допомогою, питома вага оглянутих у порядку планової санації знизилась у середньому в Україні з 43,1% у 2001р. до 42,9% у 2007 р. Регіональна варіація даного показника у 2007 р. представлена на рисунку 1.

Серед оглянутих у порядку планової санації потребували санації (у % до кількості всього дитячого населення), в середньому в Україні 36,8% у 2001, а в 2007 році – 34,7%. Найбільша частка дітей потребувала санації у м. Київ у 2001 – 71,4% і до 2007 року вона зменшилась до 65,1%, а найменша у Запорізькій області – 22,4% у 2001 році та 16,9% у 2007 р. Таким чином, за матеріалами офіційної статичної звітності, в середньому в Україні впродовж 2001-2007 рр. вимагали санації від 30,0% до 40,0 % дітей. Тоді як за матеріалами епідеміологічних досліджень її потребує 95% дитячого населення [2].

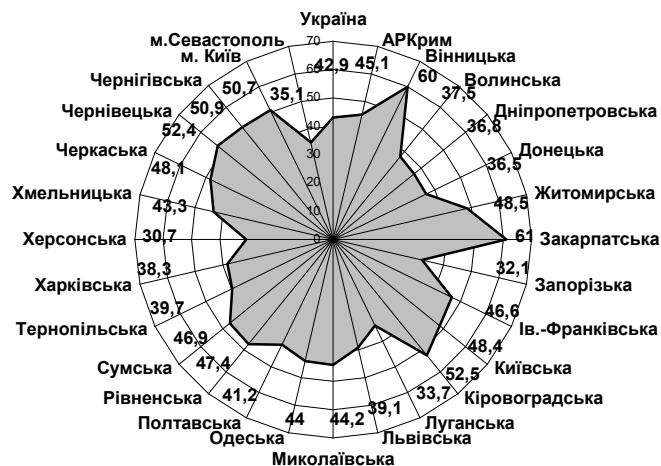


Рис. 1. Питома вага планово оглянутих дітей (0-14 років) серед усіх, що звернулись за стоматологічною допомогою в регіонах України у 2007 р (у %)

Питома вага дітей, які потребують санації серед оглянутих у порядку планової санації, в середньому в Україні у 2001 році складала 52,2%, а у 2007 р. – 49,5% (рис.2).

Впродовж усього періоду спостереження частка санованих дітей при плановій санації (від кількості, що її потребують у %) практично не змінилась і становила в середньому в Україні 83,8% у 2001 р. та 83,7% у 2007 р.

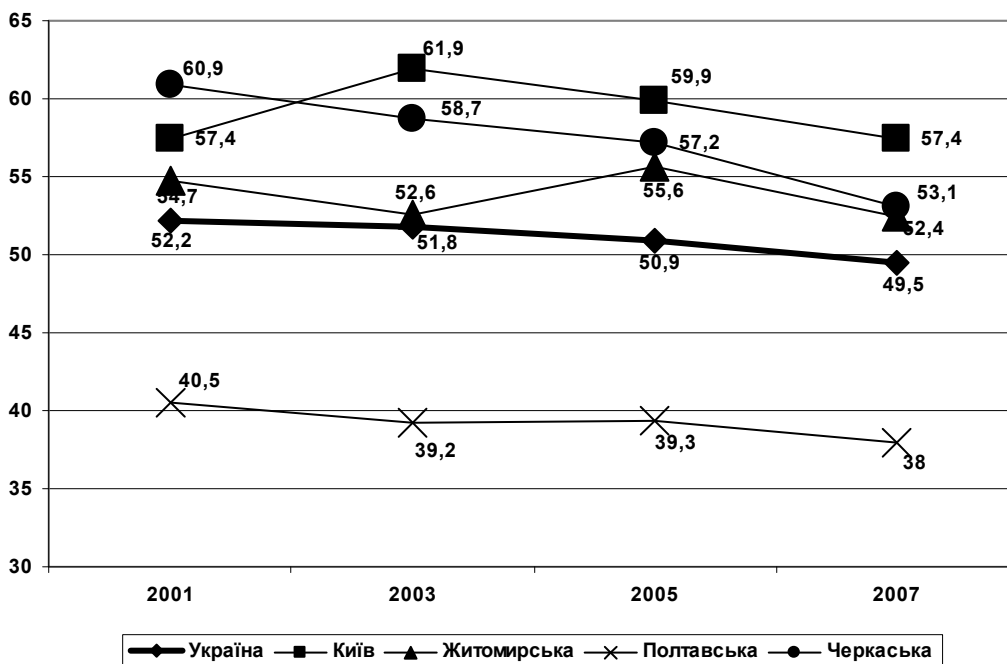


Рис. 2. Питома вага дітей, які потребували санації у регіонах України у динаміці впродовж 2001-2007 рр. (у % до кількості оглянутих у порядку планової санації). Наведені області з найбільшим та найменшим відсотком дітей, які потребували санації, серед усіх оглянутих.

Питома вага санованих дітей у порядку планової санації і за зверненнями у 2001 році в Україні складала 44,3 %, а у 2007 р. – 41,8%. Найбільш високим цей показник був у м. Київ – 54,0 % у 2001 році і 46,9% у 2007 р; а найнижчим – у Запорізькій

області – 28,5% у 2001 році та 24,2% у 2007 р. (рис.3).

Питома вага санованих дітей у порядку планової санації серед тих, які звернулись за стоматологічною допомогою в Україні впродовж 2001-

2006 рр. складала менше половини. Найвищі показники санації за весь період спостереження були у м. Київ, а найнижчі – у Запорізькій області. Дані

показники свідчать про недостатність планомірної роботи, своєчасності та ефективності здійснюваних лікувально-оздоровчих заходів.

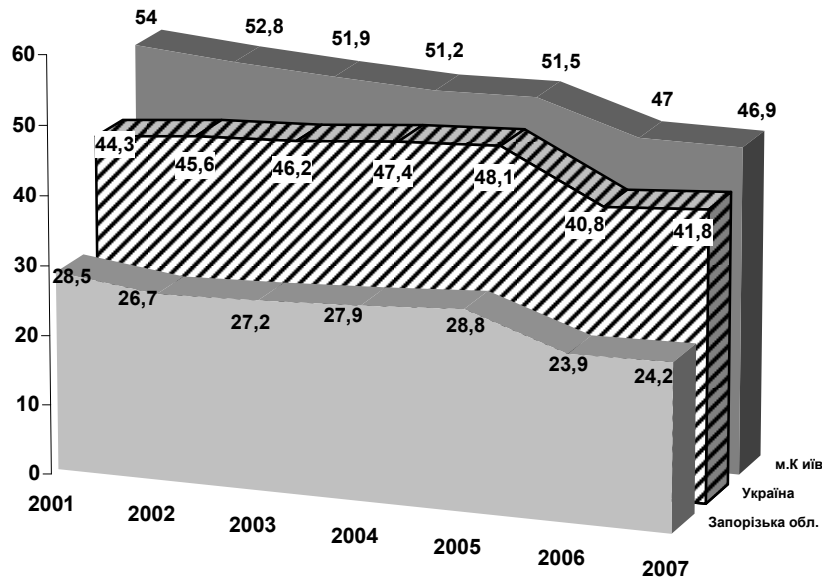


Рис. 3. Питома вага санованих дітей у порядку планової санації і за зверненнями за стоматологічною допомогою у динаміці за 2001-2007 р. (у %)

Таким чином, динаміка обсягів стоматологічної допомоги дітям, проаналізована за даними офіційних статистичних звітів за 2001-2006 рр., свідчить про те, що існуючий незадовільний стан стоматологічної допомоги дитячому населенню обумовлений рядом чинників:

- недооцінкою багатьма керівниками центральних і місцевих органів охорони здоров'я медичного та соціального значення цього масового виду спеціалізованої медичної допомоги і, як наслідок, планування її розвитку без урахування реальної потреби в ній;
- недостатньою розробкою наукових основ організації і управління стоматологічною службою, відсутністю системи підготовки висококваліфікованих управлінських кадрів;
- високою поширеністю та інтенсивністю ураження зубощелепної системи у дитячого населення країни за відсутності планів і широкомасштабної роботи з профілактики стоматологічних захворювань;
- незадовільним рівнем професійної роботи лікарів через низьку якість стоматологічного устаткування, пломбувальних і зубопротезних матеріалів, гострого браку інструментів;
- недосконалою системою формування держзамовлень і розподілу фондів на устаткування, матеріали, інструменти, без урахування реальних потреб стоматологічної служби;
- відсутністю економічної зацікавленості, матеріального і морального стимулювання в підвищенні якості та продуктивності праці у лікарів, зубних техніків, середнього медичного персоналу.

Епідеміологічні та клінічні дослідження, проведені в Україні впродовж останніх років, свідчать, що розповсюдженість карієсу серед дитячого населення України залишається високим у всіх регіонах, причому спостерігається тенденція до зростання кількості хворих. Зокрема поширеність карієсу молочних зубів становить 54,6-92,1% при інтенсивності ураження від 2,2 до 4,65 зуба (Смоляр, Дубецька І.С., 2007) [1]. В Україні 85% дітей потребують допомоги стоматолога. У 60% підлітків фіксуються захворювання пародонта.

Так, при вивченні захворюваності на карієс зубів дітей Полтавської області встановлено, що поширеність карієсу тимчасових зубів у дітей віком від 3 до 6 років становить $29,2 \pm 2,1\%$ у місті та $59,71 \pm 4,04\%$ в сільській місцевості. Інтенсивність карієсу тимчасових зубів у цих дітей складає $2,14 \pm 0,42$ зуба у місті та $2,18 \pm 0,42$ зуба у сільській місцевості. Поширеність та інтенсивність карієсу тимчасових зубів у дітей віком від 7-10 років зростає, становлячи $60,30 \pm 4,4\%$ в місті та $73,09 \pm 5,06$ у сільській місцевості, інтенсивність відповідно $1,5 \pm 0,31$ та $2,26 \pm 0,23$ зуба. Відповідно, у дітей віком 12 років $58,69 \pm 5,1\%$ в місті та $72,4 \pm 8,5\%$ у сільській місцевості. У 15-річних дітей поширеність зростає майже на третину до $95,5 \pm 4,4\%$ ($p < 0,02$) (Каськова Л.Ф., Андріянова О.Ю. із співавт., 2007) [3].

Проведене у м. Івано-Франківськ стоматологічне обстеження 1405 учнів віком від 6 до 16 років показало, що поширеність карієсу становила 88,9%, при середній інтенсивності ураження – 4,7 зубів. Інтенсивність карієсу у обстежених дітей у віці 6-7

років становила 6,2, в 12 років – 3,08 та у 15 років – 5,4 зуба. Серед 15-річних дітей здоровий пародонт було виявлено лише у 36% (Лучинський М.А., Лісецька І.С., 2007) [4]. За іншими даними, на півдні Івано-Франківщини поширеність карієсу складає у дітей у віці 6-7 років 89,1 -94,85%; КПВ +кп =4,2 – 6,1; у дітей 12 років – 76,4 -91,4%; КВП = 2,6-3,2; у дітей 15 років – 84,8 – 92,1%; КПВ = 3,1 – 4,6 (Попович З.Б., 2007) [5].

Епідеміологічне обстеження населення в Донецькому регіоні щодо наявності стоматологічних захворювань виявило наступні вікові закономірності: серед дітей у віці від 6 до 9 років поширеність карієсу становила 92,4% ± 8,07%, інтенсивність процесу – 5,1±0,21 зуба. У підлітків від 14 до 17 років поширеність карієсу – 91,7±7,41%, а інтенсивність процесу 3,8±0,44 зуба. У віковій групі пацієнтів з 18 до 25 років спостерігалось враження пародонту до 71,0% обстежених (Хоружа Р.Ю. із співавт., 1999) [6].

На Харківщині у 1999 році питома вага населення, яке було оглянуто в порядку планової санації, складала 38,9%. Стоматологічна захворюваність оглянутих пацієнтів складала 90-95% (Челяпін О.О., Кудря В.Ф. 1999) [7].

Поширеність карієсу в Криму серед 10-12-річних дітей Армянська складала в середньому 72,2±2,53% при інтенсивності 4,2±0,4 зуба. У Красноперекіпському поширеність карієсу в однойменній віковій групі становила 84,3±2,43% при інтенсивності 4,4±0,3 зуба. В Алуштинському регіоні поширеність карієсу серед 10-12-літніх дітей становила в середньому 65,2±3,5% при інтенсивності 2,8±0,33 зуба.

При обстеженні 727 випускників (табл.2.) середніх загальноосвітніх шкіл м. Київ виявлена висока поширеність карієсу зубів (Парпалей Е.А. із співавт. 2000) [8].

Таблиця 2

Захворювання на карієс зубів юнаків і дівчат м. Київ за даними обстеження 1998-1999 рр.

Категорія	Оглянуто випускників (кільк. осіб)	Поширеність карієсу (у %)	Інтенсивність карієсу
Всього	723	90,03±1,57	5,24±0,21
Юнаки	357	84,98±1,29	3,2±0,19
Дівчата	370	95,08±1,88	6,2±0,24

Поширеність карієсу серед дітей м. Київ у трирічному віці сягає – 31,7%, інтенсивність становить 2,6 зуба на одну дитину, у дітей шестирічного віку поширеність карієсу збільшується до 75%, а інтенсивність до 4,25 (Савичук Н.О., Парпалей К.А., Комиссар О.І., Поночова Т.С. 2007) [9]. За даними Смоляр Н.І., Дубецької (2007) [1], у м. Львів, серед дітей 3,5 року середня кількість молочних зубів хворих на карієс становить 3,22±0,39.

Отримані результати свідчать про те, що вже починаючи з дитячого віку стоматологічна захворюваність є високою у всіх регіонах України. Захворюваність на карієс дітей розпочинається з раннього віку і постійно зростає.

Сьогодні в дитячих державних стоматологічних амбулаторних закладах має місце серйозне технологічне відставання з ряду проблем, перш за все, слід підкреслити нехтування профілактикою. Про це свідчить висока частка стоматологічних захворювань у структурі загальної захворюваності дитячого населення, за матеріалами звертань, яка досягає 20 – 25%, складаючи до 480 випадків на 1000 дітей, масовість захворюваності на карієс –

до 95 % уражених дітей, охоплення плановою санацією – менше 50,0% від загальної чисельності дитячого населення.

Планова санація порожнини рота і зубів є основою профілактичної роботи в стоматологічній практиці. Проте аналіз статистичних показників діяльності стоматологічної допомоги, за даними МОЗ України за 2001-2006 рр., показав, що питома вага дітей, які сануються у порядку планової санації і за зверненням, знизилась в Україні з 44,3 до 40,8%, а у м. Київ з 54,0 до 47,0%.

Частка планово оглянутих у порядку профілактичних оглядів серед всього дитячого населення за досліджуваний період також знизилась: в Україні з 70,4 до 68,1%, а у м. Київ з 124,4 до 112,0%.

Висновки. Результати проведеного нами аналізу свідчать про те, що діючі форми організації стоматологічної допомоги дитячому населенню та існуючий рівень забезпеченості дитячого населення фахівцями стоматологічного профілю залишаються незадовільними. Погіршує ситуацію відсутність державних програм первинної профілактики стоматологічних захворювань і обмежені фінансові можливості стоматологічної державної служби.

ЛІТЕРАТУРА

1. Каськова Л.Ф., Андріянова О.Ю., Шешукова О.В., Амосова Л.І., Левченко Н.В., Сіркович І.О. Показники стоматологічної захворюваності дітей Полтавської області. //Науковий вісник Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. «Стоматологічне здоров'я – дітям України» 28-29 вересня 2007. – С. 105-106.

2. Лучинський М.А., Лісецька І.С. Стоматологічне здоров'я дітей м. Івано-Франківськ // Науковий вісник Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. «Стоматологічне здоров'я – дітям України» 28-29 вересня 2007. – С. 140.
3. Парпалей Е. А., Бойченко Т. Е., Удовичка Е. В., Спиридонова Т. Н. Оценка уровня стоматологического здоровья детей и подростков // Современная стоматология. -2000. -№3.- С. 49-51.
4. Попович З.Б. Екологічні чинники стоматологічної захворюваності дітей Прикарпаття //Науковий вісник Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. «Стоматологічне здоров'я – дітям України» 28-29 вересня 2007. – С. 109-110.
5. Савичук Н.О., Парпалей К.А., Комиссар О.І., Поночова Т.С. Стоматологічна диспансеризація дітей раннього та дошкільного віку – шлях до якісного стоматологічного здоров'я. //Науковий вісник Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. «Стоматологічне здоров'я – дітям України» 28-29 вересня 2007. – С.183-188.
6. Смоляр Н.І., Дубецька І.С. Профілактика карієсу молочних зубів дітей дошкільного віку. //Науковий вісник Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. «Стоматологічне здоров'я – дітям України» 28-29 вересня 2007. – С.203-206.
7. Хоружа Р.Ю., Комаревська О.В., Хоружий М.Є., Зерова А.О. Епідеміологічне дослідження стоматологічної захворюваності у Донецькому регіоні / Матеріали I (VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України. – К., 1999. – С.53.
8. Челяпін О.О., Кудря В.Ф. Стан шляхів стоматологічної допомоги в сучасних умовах //Матеріали I (VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України.- Київ, 1999. – С. 56-57.
9. Статистично-аналітичні довідники „Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні” за 2001-2007 роки. – Центр медичної статистики МОЗ України.

SUMMARY

SOCIAL-HYGIENICAL ASPECTS OF STOMATOLOGICAL HELP TO CHILD'S POPULATION OF UKRAINE Golubchikov M.V., Malar R.V., Kanura A.A.

The social hygienical aspects of analysis of stomatology help to child's population of Ukraine, which allowed to give comparative description of organization of stomatology help to the children in the regions of Ukraine in a dynamics are resulted in the article

Key words: stomatology help, child's population

УДК: 796.2: 796.012.1 + 616.1: 376.33

ВПЛИВ РУХЛИВИХ ІГОР НА ФІЗИЧНУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ГЛУХИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Гурінович Х.Є., Гузій О.В., Трач В.М., Свистун Ю.Д.

Львівський державний університет фізичної культури, кафедра біохімії та гігієни, м. Львів

РЕЗЮМЕ: покращення показників фізичної працездатності, показників електрокардіографії свідчать про позитивний вплив рухливих ігор на функціональний стан організму глухих дітей молодшого віку

Ключові слова: глухі діти, фізична працездатність, серцево-судинна система, рухливі ігри

Вступ. Проблеми дитинства в Україні посідають чільне місце серед основних державних завдань сьогодення. Особливо гостро це питання постає для глухих дітей, оскільки приблизно одна дитина на тисячу народжується глухою. Вроджений характер порушення слуху зафіксовано у 25% глухих дітей [1]. Відомо, що будь-яка патологія безпосередньо позначається на руховій функції. Малорухливість спричинює гіпокінезію, яка викликає цілу низку негативних наслідків: зниження функціональних можливостей організму та працездатності, порушення соціальних зв'язків та умов самореалізації, втрату економічної та побутової незалежності. Все це в свою чергу викликає стійкий емоційний стрес, створюючи комплекс неповноцінності. Окрім того, змінюються біохімічні показники, виникають нервові розлади, зниження адаптаційно-компенсаторних можливостей організму, проявляються зміни і в роботі кардіореспіраторної системи, порушується режим діяльності внутрішніх органів [1, 2, 3, 6, 7].

Одним із важливих напрямків оздоровчої роботи є профілактика порушень у фізичному та функціональному розвитку дитини. Це можливо при ранній діагностиці, логопедичному обстеженні дітей групи ризику, використанні різних засобів виховання, вагоме місце серед яких належить фізичному вихованню. Вплив засобів фізичного виховання на стан організму дітей вивчали багато дослідників: Л.В. Волков, 2002; А.В. Цьось, 2002; Е.С. Вільчковський, 2004; Б.М. Шиян, 2005 та ін. Науковцями обґрунтовано застосування різних засобів фізичного виховання для дітей із відхиленнями у розвитку: комплексів вправ для покращення вестибулярної функції – І.Б. Грибовська, 1998; засобів гімнастики, лижної підготовки, плавання, баскетболу – А.Г. Карабанов, 2000; музично-ритмічних занять – І.М. Ляхова, 2002; спортивних єдиноборств – А.В. Мут'єв, 2003; українських народних, рухливих та спортивних ігор – Л.О. Чеханюк, 1993; Н.Г. Байкіна, Я.В. Крет, 2002; М.С. Ковінько, О.С. Куц, 2002; О.М. Лесько, 2004;