

желез у девочек коренного населения отстает от девочек пришлого населения. Развитие вторичных половых признаков у девочек пришлого населения следующее: к 17 годам у 98% девочек – P3, у 85% – Aх3 [2]. По данным нашего обследования, к 17 годам у 33% девочек коренного населения – Aх3, Pб3 – у 64%. Таким образом, девочки и девочки-подростки коренного населения Якутии имеют возрастные особенности развития вторичных половых признаков.

Выводы. Анализ данных развития вторичных половых признаков у детей коренного населения Якутии выявил этнические и возрастные особеннос-

ти: позднее оволосение у мальчиков, позднее развитие молочных желез и оволосения у девочек.

Литература

1. Алексеева В.А. Этнические, возрастные и конституциональные особенности развития вторичных половых признаков девочек и девушек Республики Саха (Якутия): автореф. дисс... канд.мед.наук / В.А. Алексеева. – Кемерово, 2009. – 25 с.

Alekseeva V.A. Ethnicity, constitutional peculiarity of secondary of the sexual development girls and teenagers of Republic of Sakha Yakutia.- avtoref. ... diss., Kemerovo, 2009.-25p.

2. Соловьева М.И. Особенности физическое и полового развития девочек и девочек-подростков в условиях Якутии: автореф. дисс...

канд.мед.наук / М.И. Соловьева. – Хабаровск, 2003. – 20 с.

Soloveva M.I. Peculiarity of fiscal and sexual development girls and teenagers of the Yakutia.- avtoref. ... diss., Habarovsk, 2003.-20p.

3. Шабалов Н.П. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков/ Шабалов Н.П. – М.: «МЕДпресс-информ», 2003.-С.294.

Shabalov N.P. Diagnosis and treatment of the children endocrinology disease/ Shabalov N.P.- Moscow, 2003.-P.294.

4. Этнически и регионально обусловленное в формировании нормативов развития ребенка на Крайнем Севере /Часнык В.Г. и др.– Якутск, 2008.-157с.

Chasnyk V.G. Ethnicity and regional aspects of the development of children on the Far North/ Chasnyk V.G. et all.-Yakutsk, 2008.-157p.

Е.А. Ульянова, З.В. Сиротина

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В НЕРЮНГРИНСКОМ РАЙОНЕ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

УДК 618.919 (571.56)

Проведен анализ течения раннего неонатального периода у 25 доношенных и 88 недоношенных новорожденных различного гестационного возраста, родившихся на территории Нерюнгринского района Республики Саха (Якутия). Течение адаптационного периода сравнивалось с данными новорожденных центральной части Российской Федерации. Изучение особенностей органной, нейроэндокринной, метаболической и иммунной адаптации показало нарушение адаптационных возможностей, связанных в большей степени с пролонгированным воздействием внутриутробной гипоксии и метаболическими нарушениями у недоношенных новорожденных, родившихся в экстремальных климатогеографических зонах.

Ключевые слова: адаптация, недоношенные дети, новорожденные дети, ранний неонатальный период.

The current of early neonatal period in 25 full-term newborns and in 88 prematurely born infants of various gestational age, born on territory of Nerjungrinsky area of Republic Sakha (Yakutia), is analyzed. The current of the adaptable period was compared with the data of newborns of central part of Russia. The studying of features of organ, neuroendocrinal, metabolic and immune adaptation has shown disturbance of adaptable possibilities connected with the prolonged influence of pre-natal hypoxia and metabolic disorders in prematurely borns who were born in extreme climate-geographical zones.

Keywords: adaptation, prematurely born, newborns, early neonatal period.

Введение. В Российской Федерации сохраняется кризисная демографическая ситуация, особенно в отношении детского населения, сохраняются высокие показатели детской инвалидности, значительное увеличение заболеваемости. Сегодня в среднем каждый 10 младенец рождается недоношенным и с низкой массой тела. Известно, что состояние здоровья детей значительно обусловлено факторами риска перинатального характера. В этой ситуации сохранение и укрепление здоровья каждого ребенка продолжает оставаться важной приоритетной государственной задачей (Резолюция XVI

съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии», 2009).

Состояние здоровья детей в настоящее время не может рассматриваться без учета процессов адаптации детского организма к изменяющимся условиям окружающей среды внеутробной жизни. Нарушение неонатальной адаптации определяет подавляющее большинство заболеваний в неонатальном периоде и различные отклонения в состоянии здоровья детей в последующие годы жизни [2, 6, 8]. У недоношенных новорожденных отмечается высокий риск долговременных патологических состояний, оказывающих широкомасштабное влияние на систему оказания медицинской помощи [3, 5]. Маловесные новорожденные в большинстве случаев требуют повышенного внимания неонатологов, педиатров, неврологов и других специалистов не только в момент их рождения, но и спустя много лет [4, 7].

Поэтому целью работы явилось исследование особенностей постнатальной адаптации новорожденных различного гестационного возраста, родившихся в особых климатогеографических условиях на территории Нерюнгринского района Республики Саха (Якутия).

Материалы и методы. Для решения поставленных задач было проведено комплексное клиническое наблюдение и обследование 113 новорожденных детей в течение раннего неонатального периода. Новорожденные были разделены на 2 группы – недоношенные дети различного гестационного возраста (88 детей) и группа доношенных новорожденных детей (25). Все недоношенные дети в зависимости от гестационного возраста были распределены на подгруппы: 29-32 недели (20 детей), 33-34 недели (18), 35-36 недель гестации (50 детей). Клиническая оценка состояния здоровья новорож-

УЛЬЯНОВА Елена Александровна – зав. педиатрическим отделением ЦРБ, г. Нерюнгри, аспирант ДВГМУ Росздрава, doctorhel@rambler.ru; **СИРОТИНА Зинаида Васильевна** – д.м.н., проф., засл. врач РФ, зав. кафедрой ФПК и ППС ГОУ ВПО «ДВГМУ» Росздрава.

денных детей включала оценку адаптации по следующим видам: органная – учитывались данные о прекращении функционирования фетального кровообращения, проявлениях респираторного дистресс-синдрома, о состоянии пищеварительной системы, времени первого прикладывания к груди, характере вскармливания ребенка, исследования функционального состояния мочевыводящей системы у недоношенных детей, учитывая 2 фазы олигурии и полиурии; нейро-эндокринная – оценивался неврологический статус новорожденного, состояние щитовидной и поджелудочной железы; метаболическая – по первичной и вторичной убыли массы тела и ее восстановлению, степени выраженности желтухи и максимальному уровню билирубина в постнатальном периоде, уровню гликемии; иммунная – оценивались показатели гемограммы. Также отмечались проявления токсической эритемы, других пограничных состояний в неонатальном периоде. Оценивались антропометрические показатели при рождении, физическое развитие по Г.Д. Дементьевой (2003 г.). Проанализирована заболеваемость новорожденных в неонатальном периоде и данные лабораторного обследования с учетом стандартных статистических форм (ф-№ 96-у, ф-№ 097у, ф-№ 003-у, ф-№ 112-у).

Результаты и обсуждение. Важным показателем течения адаптации новорожденного ребенка является его физическое развитие (ФР). При оценке ФР недоношенных новорожденных было определено, что 47% родились малыми для гестационного возраста, 13,2% – большими, соответствовали сроку гестации по физическому развитию только 39,8%. В группе доношенных новорожденных низкие показатели ФР отмечались у 8% детей, т.е. задержка внутриутробного развития у недоношенных новорожденных отмечалась в 6 раз чаще, чем у доношенных, и в 3 раза чаще, чем у недоношенных из центральных районов РФ. (По данным Г.М. Дементьевой [цит. по 8], в Российской Федерации 16% недоношенных новорожденных детей имели малую массу при рождении).

Оценка по шкале Апгар на первой минуте у недоношенных детей в 29-32 недели гестации составила $6,84 \pm 0,18$ баллов, с гестационным сроком 33-34 недели – $6,91 \pm 0,18$ баллов, 35-36 недель – $7,04 \pm 0,14$ балла, и к 5 минуте не достигла уровня доношенных детей ($7,84 \pm 0,07$ и $8,84 \pm 0,08$ соответственно), различия статистически значимы при

$p \leq 0,05$, что свидетельствует о низких адаптационных возможностях недоношенных новорожденных, рождении их в состоянии гипоксии – асфиксии средней степени тяжести. Среди детей с гестационным возрастом менее 32 недель в асфиксии средней степени тяжести родилось 6 из 20 детей (30%), в 33-34 недели – 4 из 18 детей (23%), а в сроке гестации 35-36 недель асфиксия наблюдалась у 9 из 50 детей (18%).

Следующим показателем, свидетельствующим о напряженной постнатальной адаптации новорожденных к изменившимся условиям жизни, является убыль массы тела. В нашем исследовании у недоношенных новорожденных отмечался относительно высокий процент физиологической убыли массы тела с длительным периодом восстановления: в 29-32 недели – $13,5 \pm 0,8\%$, в 33-34 недели – $10,6 \pm 0,8\%$, в 35-36 недель – $7,1 \pm 0,5\%$ ($p < 0,01$). Восстановление первоначальной массы тела происходило в среднем на 28-е, 18-е и 11-е сутки жизни соответственно гестационному возрасту недоношенных. По данным Н.П. Шабалова [8], у здоровых новорожденных в РФ максимальная убыль первоначальной массы обычно наблюдается на 3-4 сутки и, как правило, не превышает 6%, восстановление массы тела при рождении после транзиторной ее убыли наступает к 6 – 7 дню жизни ребенка. Однако в нашем исследовании как недоношенные, так и доношенные новорожденные, родившиеся в Нерюнгринском районе, имели более значительную транзиторную потерю массы тела, вторичную убыль массы тела и более длительный период ее восстановления, что, вероятно, связано с воздействием особых окружающих условий.

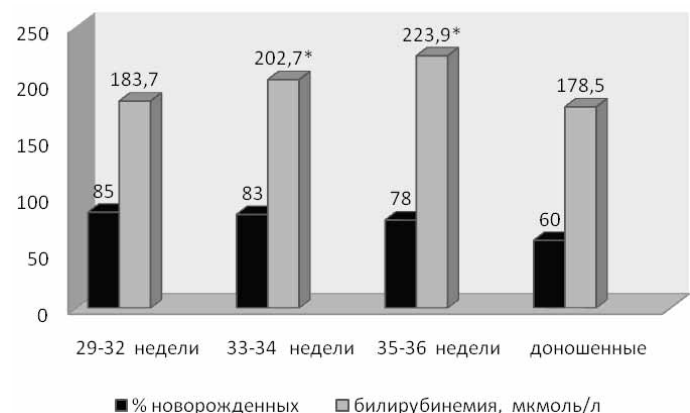
Для недоношенных новорожденных было характерно более позднее отпадение пуповинного остатка, в среднем на $6,09 \pm 0,3$ сутки, у доношенных – в среднем к 4 суткам ($p < 0,05$). Это важно иметь в виду для предупреждения омфалита и пупочного сепсиса, учитывая раннюю выписку детей из родильного дома или перевод в отделение патологии новорожденных.

Ранний неонатальный период у недоношенных

новорожденных значительно чаще, чем по литературным данным [8], особенно у детей с задержкой внутриутробного развития, осложнялся конъюгационной желтухой (рисунок).

В группе маловесных новорожденных желтуха отмечалась в 83,5% случаев, с максимальной непрямой гипербилирубинемией в среднем $211,6$ мкмоль/л, у доношенных новорожденных – в 60% случаев, с максимальной билирубинемией $178,5$ мкмоль/л. Установлено, что желтуха достоверно чаще (85%) наблюдалась у недоношенных в 28-32 недели, а уровень билирубинемии был выше у более зрелых детей в 35-36 недель гестации. Осложнение в виде билирубиновой энцефалопатии у новорожденных не было зарегистрировано, но лечение конъюгационной желтухи с применением фототерапии, энтеросорбентов и назначением фенобарбитала было проведено 73% недоношенных новорожденных. По данным Н.П. Шабалова, транзиторная желтуха развивается у 60% новорожденных с максимальной непрямой билирубинемией до 171 мкмоль/л. Таким образом, в раннем неонатальном периоде у наблюдаемых нами недоношенных и доношенных новорожденных отмечался синдром дизадаптации, проявлявшийся выраженной гипербилирубинемией, более значимой у маловесных новорожденных.

При исследовании неврологического статуса у недоношенных новорожденных были выявлены нарушения адаптации со стороны ЦНС в виде снижения и дистонии мышечного тонуса – 89,9% (в группе доношенных – 20%), угнетения, угасания и снижения безусловных рефлексов, особенно спинального автоматизма – хватательного, Моро, опоры, автоматической походки – 77,3% (у доношенных не



Конъюгационная желтуха у новорожденных различного гестационного возраста, %.

* достоверные различия с группой сравнения ($p < 0,05$).

выявлялось), нарушения двигательной активности в виде ее снижения и/или появления тремора – у 53,4% (у доношенных – 4%), и снижения эмоциональности крика – 46,6% случаев (у доношенных не отмечалось). Различия в группах достоверны ($p < 0,05$). Нарушения адаптации вегетативной нервной системы в виде мраморности кожных покровов, акроцианоза, симптома Арлекина встречались у 25% недоношенных новорожденных. Синдром персистирующего фетального кровообращения был диагностирован у 8% недоношенных новорожденных. Функционирующее овальное окно в неонатальном периоде было выявлено у недоношенных новорожденных 29-32 недель гестации в 15% случаев, 33-34 недель – в 16,6%, 35-36 недель – у 2% новорожденных. Открытый артериальный проток был выявлен у 1 недоношенного новорожденного с гестационным возрастом 33 недели. Выраженных нарушений гемодинамики у детей не отмечалось. У доношенных новорожденных синдром персистирующего фетального кровообращения гемодинамически значимый не был зарегистрирован.

В периоде адаптации у недоношенных новорожденных возникали транзиторные изменения кожных покровов в виде простой эритемы – 13,8%, токсической эритемы – 22,2%. У доношенных новорожденных пограничные состояния со стороны кожных покровов в виде простой и токсической эритемы, физиологического шелушения были отмечены у 24% новорожденных. Согласно данным, у новорожденных центральной части РФ [8], простая и токсическая эритема встречаются в 10% случаев. Таким образом, пограничные состояния со стороны кожи у новорожденных Нерюнгинского района наблюдались в 2,4 раза чаще, чем у детей центральных районов РФ.

Нарушения неонатальной адаптации со стороны пищеварительной системы у недоношенных новорожденных наблюдались в виде транзиторного катара кишечника и синдрома срыгиваний – 39% случаев, (в группе доношенных – 8% детей). Таким образом, было выявлено, что процесс адаптации к энтеральному питанию у недоношенных, рожденных в Нерюнгинском районе РС(Я), происходит более напряженно, приобретая патологические черты в виде синдрома срыгивания и рвоты.

Адаптация мочевыделительной системы к внеутробным условиям жизни, отражающая стадийность формирова-

ния водно-электролитного гомеостаза, у недоношенных новорожденных, по нашим данным, протекала более гладко, в связи с проведением лечебных мероприятий с первых суток жизни и отсутствием фазы физиологического голодания у глубоконедоношенных детей. Ранняя неонатальная олигурия отмечалась в 7,9% случаев, в группе доношенных новорожденных – 12%, мочекишный инфаркт – в 10,2% (10-15%, по данным Н.П. Шабалова), у доношенных – 40% ($p < 0,05$) (по данным Н.П. Шабалова [8] – у 25-30% новорожденных РФ).

При изучении адаптационных механизмов у недоношенных новорожденных детей в нашем исследовании со стороны системы крови были обнаружены транзиторные особенности неонатального гемопоэза, которые были сравнены с данными литературы [6, 7]. У недоношенных новорожденных не наблюдалось полицитемического синдрома, независимо от гестационного возраста были выше показатели гемоглобина, эритроцитов, гематокрита по сравнению с литературными данными. Отмечался выраженный лейкоцитоз и нейтрофилез со значительным сдвигом влево до миелоцитов, юных нейтрофилов, увеличения палочкоядерных клеток, отражающий высокий риск развития синдрома острой системной

воспалительной реакции. У доношенных новорожденных детей показатели гемоглобина были – 208,1±4,9г/л, эритроцитов – 5,7±0,1х10¹², транзиторная полицитемия встречалась у 16% доношенных новорожденных. По данным Н.П. Шабалова [8], транзиторная полицитемия встречается у 2-5% здоровых доношенных новорожденных (табл.1).

Для недоношенных детей с различными гестационными сроками была характерна транзиторная гипогликемия. И самый минимальный уровень гликемии был отмечен в 29-32 недели, составив в среднем 2,1±0,03 ммоль/л, в сроке гестации 33-34 недели – 2,2±0,02 ммоль/л, на 35-36 неделе – 3,1±0,32 ммоль/л. При этом гипогликемия была зарегистрирована у глубоко недоношенных детей – 60% случаев, в 33-34 недели – 33,3, в 35-36 недель – 19, у доношенных новорожденных – 4% случаев (по данным литературы: 6-10% у недоношенных и 0,2-0,3% у доношенных новорожденных в РФ).

Родились больными и заболели в раннем неонатальном периоде 81% недоношенных новорожденных, при переводе на второй этап выхаживания у большинства детей отмечались клинические признаки поражения ЦНС в форме гипоксически-ишемической энцефалопатии: в 29-32 недели – 90%, в 33-34 недели – 85,0, в 35-36 недель

Таблица 1

Показатели гемограммы у недоношенных детей

Показатель	Недоношенные новорожденные			Доношенные новорожденные	Сводные литературные данные
	29-32 недели	33-34 недели	35-36 недель		
Количество детей	n=20	n=18	n=50	n=25	
Нв, г/л	180,5±7,4***	188,8±6,9***	195,8±3,9***	208,1±4,9**	159±0,4
Эритроциты х10 ¹²	5,5±0,2***	5,7±0,2***	5,9±0,1***	5,7±0,1	4,27±0,1
Гематокрит, %	0,50±0,01*	0,55±0,02	0,57±0,01*	0,62±0,02	0,47±0,01
Лейкоциты, х10 ⁹	16,4±4,5**	19,7±5,1**	12,1±0,7**	12,8±0,8**	10,8±0,4
Юные, %	1,0±0,5	0,1,0±0,1	0	0	5,10
П/ядерные, %	6,1±1,2*	11,7±3,8*	5,4±0,7*	4,9±0,9	11,9
Сегментоядерные, %	55,4±4,6*	48,4±4,8*	56,8±2,5*	56,9±2,6	47,0
Эозинофилы, %	0,3±0,2	1,0±0,5	1,3±0,3	1,5±0,2	1,3
Моноциты, %	6,6±1,4	7,0±1,8	7,0±0,9	6,3±0,7	3,0
Лимфоциты, %	31,5±4,8	34,8±4,2	29,2±2,4	30,1±2,5	34,0

* Различия достоверны с группой сравнения ($p < 0,01$), ** с литературными данными ($p < 0,01$).

Таблица 2

Клиническая характеристика новорожденных, %

	29-32 недели	33-34 недели	35-36 недель	Доношенные
	n=20	n=18	n=50	n=25
Заболевания новорожденных				
Конъюгационная желтуха	85,0	72,0	68,0	60,0
Церебральная ишемия I-II ст.	90,0	85,0	83,3	36,0
ЗВУР	20,0	11,1	20,0	8,0
ВУИ	10,0	11,1	6,0	0
Асфиксия	30,0	23,0	18,0	0
РДС	90,0	55,5	18,0	0

– 83,3%. У 19,1% недоношенных диагностирована задержка внутриутробного развития, асфиксия при рождении имела место у 19,3% маловесных детей, клинические проявления внутриутробной инфекции были выявлены в 8% случаев. Респираторный дистресс-синдром отмечался у 90% в 29-32 недели, у 55% – в 33-34 и у 18% недоношенных – в 35-36 недель гестации. Новорожденным 29-32 недель гестации в 80% случаев был введен препарат Куросурф эндотрахеально, однократно в первые 20 минут жизни. Недоношенным 33-34 недель введение сурфактанта было осуществлено в 27,8% случаях. Клиническая характеристика новорожденных представлена в табл.2.

В целом у недоношенных новорожденных частота развития дезадаптационного синдрома составила 81%, что в 2,0-2,2 раза превышает частоту дезадаптационных реакций в группе доношенных детей (48%, $p < 0,05$). По данным литературы, дезадаптационный синдром у недоношенных новорожденных центральных районов РФ встречается в 79% случаев, у доношенных – в 35% случаев [1].

Выводы. Для новорожденных детей, родившихся на территории Нерюнгринского района Республики Саха (Якутия), характерны нарушения неонатальной адаптации, связанные с пролонгированным воздействием внутриутробной гипоксии, усугубляющейся экстремальными факторами окружающей среды.

Установлены особенности течения адаптационного периода у недоношенных и доношенных новорожденных детей в условиях Нерюнгринского района, такие как низкие дизгармоничные показатели физического развития

при рождении, сниженная оценка по шкале Апгар, высокий процент убыли и длительный период восстановления массы тела, более поздние сроки отпадения пуповинного остатка, высокая частота конъюгационной желтухи, транзиторная гипогликемия, снижение гемопоза, синдром срыгивания, нарушения деятельности ЦНС в виде проявлений гипоксически-ишемической энцефалопатии и респираторного дистресс-синдрома.

Течение периода адаптации у недоношенных новорожденных различных сроков гестации и доношенных новорожденных, родившихся в особых климатогеографических условиях, достоверно чаще приобретает патологические черты (81%– у недоношенных ($p < 0,05$), 48% у доношенных новорожденных) в сравнении с новорожденными из благоприятных для проживания климатических зон.

Литература

1. Азарова Е.В. Клинико-anamnestическая характеристика новорожденных с различным течением ранней неонатальной адаптации / Е.В. Азарова, Т.В. Бирюкова, В.А. Гриценко // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2007. – №2. – С. 14-17.
2. Азарова Е.В. Clinico-anamnestic characteristic of newborns with a various current of early neonatal adaptation / E. V. Azarova, T. V. Birjukova, V. A. Gritsenko // The Bulletin of the Ural medical academic science. – 2007. – №2. – p.14-17.
3. Кривошапкин В.Г. Региональные стандарты основных физиологических показателей человека на Севере / В.Г. Кривошапкин, В.П. Алексеев, П.Г. Петрова. – Якутск: Изд-во Департамента НИСПО, 2001. – 146с.
4. Krivoshapkin V.G. Regional standards of the basic physiological indicators of the person in the North / V.G. Krivoshapkin, V.P. Alekseev, P.G. Petrova // Yakutsk: Department NISPO Publishing house. – 2001. – 146 p.
5. Ломанская Л.В. Течение беременности у

пришлых женщин в условиях Южной Якутии и состоянии здоровья новорожденного ребенка: дис. ... канд. мед. наук / Л.В. Ломанская. – М., 2000. – С.59-65.

Lomanskaja L. V. Current of pregnancy in non-native women in the conditions of Southern Yakutia and a health state of the newborn child: dis. ... cand. medical sciences / L. V. Lomanskaja. – M, 2000. – p. 59-65.

4. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных: острый период и поздние осложнения / А.Ю. Ратнер. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. – 368с.

Rathner A.J. Neurology of newborns: acute period and late complications / A.J. Rathner. – M: BINOM. Laboratory of knowledge, 2005. – 368 p.

5. Пестрикова Т.Ю. Перинатальные потери. Пути профилактики и снижения / Т.Ю. Пестрикова, Е.А. Юрасова. – Хабаровск: Изд-во Дальневосточного государственного медицинского университета, 2008. – 160с.

Pestrikova T. J. Prenatal losses. Ways of prevention and decrease / T.J. Pestrikova, E.A. Jurasova. - Khabarovsk: Publishing house of Far East state medical university, 2008. – 160 p.

6. Терещенко В.П. Резервные возможности метаболических систем организма новорожденных детей в экстремальных климато-географических условиях Севера / В.П. Терещенко, В.Т. Манчук // Актуальные проблемы здоровья охраны материнства и детства: сб. науч. трудов. – Хабаровск: Изд-во ДВМГУ, 1994. С.63-66.

Terechenko V.P. Reserve possibilities of metabolic systems of organism of newborn children in extreme climate-geographical conditions of the North / V.P. Tereshchenko, V.T. Manchuk // Actual problems of health protection of motherhood and childhood. - The Collection of proceedings. Khabarovsk: Publishing house DVMGU, 1994. - p. 63 - 66.

7. Тимошенко В.Н. Недоношенные новорожденные дети / В.Н. Тимошенко. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 184с.

Timoshenko V.N. Premature newborn children / V.N. Timoshenko. - Rostov-on-Don: Phoenix, 2007. – 184 p.

8. Шабалов Н.П. Неонатология / Н.П. Шабалов. – М.: Медпресс-информ, 2004. – 607с.

Shabalov N. P. Neonatology / N.P. Shabalov. - M: Medpress-inform, 2004. – 607 p.

В.Л. Грицинская, О.С. Омзар

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ КОРЕННОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА

УДК 616-007.7 : 616.69-053.5 (571.52)

Представлены результаты обследования мальчиков и юношей коренной национальности Республики Тыва в возрасте от 7 до 18 лет, обучающихся в общеобразовательных школах г. Кызыла. Проведена соматометрия, дана характеристика уровня физического и полового развития. У 56,5% школьников определено гармоничное физическое развитие. Среди дисгармоничных вариантов у младших школьников

превалировала дисгармония, обусловленная избыточной массой тела; у старших школьников – варианты, связанные с различной степенью дефицита массы тела. Отмечено, что 29% школьников имеют задержку полового созревания; у значительной части обследованных юношей процесс пубертатного развития не завершается к 18 годам. Выявленные особенности физического и биологического развития школьников характерные для стабилизации акселерации и начала ретардации; способны оказывать негативное влияние на реализацию репродуктивного потенциала подрастающего поколения.

ГРИЦИНСКАЯ Вера Людвиговна – д.м.н., в.н.с. НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск, rsimprn@scn.ru; **ОМЗАР Ольга Сергеевна** – н.с. филиала НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Кызыл.