



**С. Л. Няньковський¹, М. С. Яцула¹,
О. М. Сенкевич¹, І. В. Пасічнюк¹, І. В. Кулик²**

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

² Поліклініка ВМС УСБУ у Львівській області

Медико-соціальні особливості стану здоров'я школярів м. Львова та Львівської області

Вступ. Здоров'я нації визначається насамперед станом здоров'я дітей. Результати численних досліджень показують, що джерело виникнення відмінностей у здоров'ї дорослих треба шукати в їхньому дитинстві [15]. Здоров'я дітей є інтегральним показником загального благополуччя суспільства, а також тонким індикатором усіх соціальних та екологічних негараздів [8].

Останнім часом ситуація зі здоров'ям дітей наблизилася до критичної: підвищуються рівень загальної захворюваності та поширеність захворювань органів і систем. До цього призводить зростання інтенсивності впливу на здоров'я дітей і підлітків чинників екологічного та медико-соціального ризику, погіршення структури харчування, зниження ефективності проведення традиційних профілактичних заходів. Важливою особливістю сьогодення є швидке зростання кількості та зміна співвідношення чинників ризику, які впливають на геостатичні, імунологічні показники, розвиток і стан здоров'я дитини.

У сучасних умовах стан здоров'я дітей має неабияке значення, оскільки саме від стану здоров'я покоління, що підрастає, залежить розвиток суспільства в майбутньому. Результати різноманітних досліджень свідчать про тенденцію до погіршення показників здоров'я дітей та підлітків в Україні [5, 9, 12]. Спостерігається кількісне зростання функціональних розладів, гострої та хронічної соматичної захворюваності, синдрому дезадаптації, вроджених вад розвитку, морфофункціональних відхилень, зростає кількість дітей-інвалідів. Турбує і той факт, що збільшується кількість дітей з розладами психіки та поведінки, відповідно зменшується група здорових дітей [2, 3, 10, 11].

Це можна пояснити не тільки погіршенням екологічної ситуації, зниженням рівня соціального забезпечення та медичної культури населення, а й недо-

статніми можливостями поширених методик оцінювання стану здоров'я дітей для виявлення патологічних відхилень на донозологічному етапі. Наявність виражених несприятливих тенденцій у стані здоров'я покоління, що підрастає, зумовлює потребу у прийнятті якісно нових рішень під час організації та проведення медико-профілактичних заходів. Пріоритетним завданням сучасної педіатрії є розробка нових і вдосконалення технологій, що існують, щодо збереження здоров'я здорової дитини [13]. Адаже не вивчаючи ґрунтовно особливості стану здоров'я дітей, практично втрачаємо можливість ранньої профілактики його порушень [9].

Збереження і відновлення здоров'я дітей України – надзвичайно важлива справа, оскільки є одним із основних джерел повноцінного життя, щастя, радості, успіху. Воно є не лише особистим надбанням людини, але й суспільним багатством, одним із найважливіших показників добробуту народу [1].

У літературі існує багато визначень поняття «здоров'я». Вперше офіційне визначення здоров'я запропонував Річард Сігеріст (США) на початку 1940 р.: «Здоров'я – це не просто відсутність хвороб, це щось позитивне, радість життя, бадьоре сприйняття особистістю всієї відповідальності, покладеної на людину життям». Він зазначав, що здоров'я слід сприймати не тільки як фізичний чи душевний стан людини, але й як соціальне явище. Це надихнуло експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) на визначення поняття «здоров'я» в контексті концепції Р. Сігеріста, що й було у 1946 р. прийнято як частину преамбули Статуту ВООЗ: «Здоров'я – це стан цілкового фізичного, психічного та соціального благополуччя людини, а не лише відсутність хвороб» [7].

Отже, здоров'я – це природний стан організму, який характеризується врівноваженістю його з навколишнім середовищем і відсутністю будь-яких

хворобливих станів [6], де врівноваженість організму із зовнішнім середовищем – це рівень його пристосованості, адаптованості до умов біологічного та соціального середовища, дієздатності.

Таке трактування характеристики здоров'я особливо важливе стосовно дітей, оскільки гармонійне співіснування зі зовнішнім середовищем забезпечує своєчасний ріст і розвиток дитячого організму. Це дає змогу відвідувати дошкільні та шкільні заклади й оволодівати знаннями та навичками, відповідними до їх віку, без виникнення ознак дезадаптації.

У Державній доповіді про становище дітей в Україні за 2010 р. повідомляється, що впродовж останніх років спостерігається стала тенденція до погіршення стану здоров'я дітей [4]. Про це ж свідчать і результати наукових досліджень. За інформацією Міністерства охорони здоров'я України, зафіксовано зростання рівня поширеності хвороб на 17,92 % (з 1 694,62 на 1000 дітей відповідного віку в 2003 р. до 1 998,3 у 2010 р.). Аналогічно зростає захворюваність (уперше в житті виявлених захворювань) на 23,88 % (з 1 174,46 до 1 454,96 на 1000 дітей 0–17 років відповідно у 2003 та 2010 роках). Перше та друге місця належать хворобам органів дихання та органів травлення, які в 2010 р. становили відповідно 51,82 і 7,25 % усіх зареєстрованих хвороб. На третьому місці – хвороби ока та додаткового апарату (5,28 %), далі – ендокринної системи (4,69 %), шкіри та підшкірної клітковини (4,34 %).

У структурі поширеності хвороб серед дітей 0–6 років у 2010 р. перших п'ять рангових місць посіли хвороби органів дихання (64,07 %), шкіри та підшкірної клітковини (4,88 %), органів травлення (3,79 %), крові та кровотворних органів (3,71 %), інфекційні та паразитарні (3,67 %). У структурі поширеності хвороб серед дітей 7–14 років у 2010 р. перших п'ять рангових місць посіли хвороби органів дихання (48,05 %), органів травлення (9,34 %), ендокринної системи (6,19 %), ока та додаткового апарату (6,10 %), кістково-м'язової системи (5,24 %).

Ці статистичні показники поширеності хронічних соматичних хвороб серед дітей не вирізняються достатньою точністю, позаяк вони не завжди виділені серед окремих класів захворювань. Неточною є також інформація про кількість здорових дітей у популяції (ця кількість може коливатись від 2,0 до 80,0 %).

Розуміючи, що на формування здоров'я підлітків впливають такі чинники, як екологічна ситуація, рівень матеріально-побутових умов, поширення куріння серед підлітків, вживання алкогольних напоїв та інших токсичних речовин, неадекватність обсягів навчальних навантажень, психологічний клімат у сім'ї, відсутність установки на здоровий спосіб життя, усвідомлюємо, що організація медичної допомоги дітям шкільного віку теж відіграє надзвичайно важливу роль. Водночас, із огляду на певне ресурсне обмеження сучасної медицини, саме

діти шкільного віку певною мірою випадають з-під контролю лікарів. Діти старшого шкільного віку доволі часто не звертаються у поліклініку впродовж тривалого часу, що призводить до хронізації захворювань.

Усе це свідчить про необхідність термінової розробки і впровадження нових науково обґрунтованих програм профілактики, діагностики та лікування школярів і відновлення їхнього здоров'я, впровадження системи моніторингу здоров'я школярів, методів оцінки популяційного та індивідуального здоров'я.

Мета дослідження. Оцінити медико-соціальні особливості стану здоров'я школярів м. Львова та Львівської області, з'ясувати їх залежність від віку та місця проживання.

Матеріали і методи дослідження. Кафедра педіатрії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, починаючи з 2002 р., спільно з Львівською міською радою, міським та обласним управлінням освіти, благодійним фондом «Крила надії» та іншими громадськими організаціями проводила моніторинг стану здоров'я школярів м. Львова та Львівської області. Для цього створені й валідизовані спеціальні анкети, які дають змогу визначити основні медико-соціальні особливості школярів, вікову поширеність основних скарг і захворювань, їх динаміку впродовж останніх років, виділити дітей груп ризику, які потребують поглибленого обстеження і/або консультацій, уточнити вікові особливості фізичного розвитку дітей. Інформація зберігається у комп'ютерній базі даних, захищеній від несанкціонованого доступу. Дослідження проводили з урахуванням основних принципів Гельсінкської декларації з біомедичних досліджень та положень GCH ICH, згідно з існуючими біоетичними нормами.

У 2002 р. анкетовано близько 20 000 школярів м. Львова, у 2012 р. – близько 32 000 дітей м. Львова та 16 000 дітей чотирьох районів Львівської області.

Результати дослідження та їх обговорення. У 2002 р. 96,50 % батьків вважали своїх дітей умовно здоровими, тоді як у 2012 р. здоровими своїх дітей вважали 81,90 % батьків м. Львова та 73,60 % батьків Львівської області. Частина батьків не могли чітко визначитися з відповіддю на це запитання, проте вважали, що їхня дитина потребує додаткового обстеження або консультацій вузьких спеціалістів з того чи іншого приводу.

На початку століття в умовах неповної сім'ї виховувалося 14,40 % школярів м. Львова, сьогодні їхня кількість зменшилась до 11,80 %, проте залишається доволі великою.

Оцінюючи матеріально-побутові умови родин та їхній дохід, ми виявили таку тенденцію: якщо у 2002 р. 15,10 % дітей та їхніх батьків оцінювали матеріально-побутові умови як незадовільні, то у 2012 р. у м. Львові їх кількість скоротилась до 2,30 %, тоді як у районах Львівської області недостатній дохід зазначила кожна третя родина (32,60 %).

Згідно з першим анкетуванням, 17,30 % дітей мали вдома собаку, 24,60 % – кішку, 6,20 % – птахів. Сьогодні поширеність домашніх улюбленців зростає незначною мірою й становить 24,00, 28,70 та 19,60 % відповідно. Цю інформацію слід брати до уваги під час аналізу соматичної та інфекційної захворюваності, загрози глистяної інвазії.

Щодо поширеності органічних захворювань у родинах школярів спостерігаємо таку тенденцію: у 2002 р. в сім'ях 31,20 % дітей реєструвалися випадки захворювань шлунка у батьків або братів/сестер, сьогодні їх поширеність збільшилась і склала 38,10 %, водночас поширеність виразкової хвороби шлунка зменшилась з 16,00 до 13,70 %. Упродовж 10 років трохи зменшилась поширеність захворювань серцево-судинної системи – з 33,50 до 27,30 %, хвороб нирок – з 23,90 до 20,10 %, хронічного бронхіту – з 14,10 до 10,60 %, туберкульозу – з 1,60 до 0,80 %, за сталих цифр бронхіальної астми – 9,30 та 9,70 % відповідно.

Важливим елементом розвитку дитини є харчування. За результатами першого анкетування, 86,20 % дітей харчувались (на думку батьків) регулярно і 83,10 % добре (за якісним складом). Сьогодні 91,60 % батьків м. Львова та 78,60 % батьків Львівської області вважають харчування школярів регулярним, тоді як добрим (за якісним складом) 84,50 та 71,10 % відповідно. Якщо у 2002 р. 6,00 % дітей не мили рук перед їдою, то у 2012 р. їхня кількість майже не зменшилась (5,30 %).

Оптимальна частота приймання їжі у школярів 4–5 разів на день, включаючи перекуси. За нашими спостереженнями, у 2002 р. таких школярів було 49,60 %, сьогодні їх кількість становить 63,80 % у м. Львові й тільки 33,20 % у районах Львівської області. Решта школярів їли від одного до трьох разів на добу. 86,70 % батьків дають дітям до школи кишенькові гроші на обід або купівлю солодощів. Шкільні обіди мають 31,80 % школярів м. Львова і 49,00 % школярів у районах Львівської області. Популярна шкільна їжа – булочки, печиво, круасани, сік, різноманітні продукти фастфуду. Майже третина школярів не снідають перед школою, проте багато школярів їдять перед сном. Так, у 2002 р. їхня кількість складала 41,70 % і мало залежала від віку дитини, тоді як у 2012 р. у м. Львові їхня кількість сягнула 39,40 % та 45,60 % у районах області.

Згідно з рекомендованими нормами, м'ясні продукти мають бути в щоденному раціоні кожного школяра. Проте менш ніж половина школярів (41,20 %) споживають м'ясні продукти щоденно, а близько 20,00 % лише раз на тиждень, незалежно від місця проживання. Навіть у сільській місцевості 44,70 % школярів взагалі не вживають молока і молочних продуктів.

На думку батьків, 44,70 % школярів їдять мало риби, 16,40 % – м'яса, 12,90 % – овочів і 10,30 % – фруктів.

Під час першого анкетування зафіксовано, що у 39,00 % дітей знаходили глисти, третина дітей упро-

довж року отримувала курс антибактеріального лікування, 17,10 % отримували антибіотики впродовж року три рази і більше. На сучасному етапі глисти були діагностовані у 29,10 % школярів, 16,20 % лікувалися з приводу захворювань травної системи, частота використання антибактеріального лікування й надалі досить висока. Під час останнього опитування 15,70 % школярів перебували на диспансерному спостереженні, з них 31,90 % – у лікаря-алерголога, 28,60 % – у гастроентеролога, 20,80 % – у кардіолога і 18,50 % – у нефролога.

Зафіксовано різноманітні скарги, що можуть свідчити про процеси шкільної дезадаптації, функціональні порушення чи органічні захворювання.

За інформацією М. С. Яцули, вже через декілька місяців навчання у значній кількості першокласників загальноосвітніх і спеціалізованих шкіл виникали скарги, які можна трактувати, як прояви шкільної дезадаптації. У нашому дослідженні визначено найбільш поширені скарги першокласників, серед яких переважали скарги на швидку втомлюваність – 50,70 %, біль голови – 43,20 %, порушення сну – 40,70 %, періодичний біль у животі – 38,60 % [14]. У старших дітей поява скарг була зумовлена функціональними порушеннями, стресовими розладами та органічними захворюваннями.

За результатами анкетування, найбільш поширеною була скарга на біль у животі. У 2002 р. 70,60 % дітей скаржилися на біль у животі (60,40 % – рідко, 9,10 % – часто, 1,10 % – постійно), без значних вікових відхилень цього показника. У 2012 р. на біль у животі скаржились 78,70 % школярів (69,40 % – рідко, 8,20 % – часто, 0,30 % – постійно). Печію під час першого опитування відчували 11,90 % дітей; у 3,60 % дітей через це порушувався сон. У 2012 р. на періодичну печію скаржились 23,00 % школярів м. Львова, яка у 0,90 % мала інтенсивний характер. У дітей сільської місцевості печія спостерігалася рідше (4,70 %). 75,30 % школярів мали звичку запивати їжу водою, компотом.

Наступною поширеною скаргою була швидка втомлюваність. Так, у 2002 р. вона спостерігалась у 50,40 % школярів, і цей показник практично не змінювався з віком. У 2012 р. такі скарги зафіксовані у 46,10 % школярів м. Львова і 62,10 % дітей з районів Львівської області.

Доволі часто спостерігався біль голови. Так, у 2002 р. він був зазначений в анкетах 70,80 % школярів, з чітким переважанням у учнів початкових класів. У 2012 р. він траплявся у 45,30 % школярів м. Львова і у 62,80 % дітей з районів Львівської області.

Періодична нудота зафіксована під час першого опитування у 46,40 % школярів і практично не залежала від віку. Під час повторного опитування такі скарги зафіксовано у 49,50 % міських школярів та у 26,10 % школярів районів області.

Порушений апетит спостерігався у 2002 р. у 40,10 % школярів, поганий – у 4,10 %, 44,60 % дітей неохоче їли ранком. Під час останнього опитування

порушений апетит спостерігався у 39,90 % школярів м. Львова та у 23,00 % дітей Львівської області, поганий апетит – у 4,40 % та 5,40 % відповідно. Надмірний апетит, на думку батьків, мали 7,30 % школярів.

Симптоми вегетативної лабільності, ознаки астеничного синдрому в обох опитуваннях траплялись у 30,00–45,00 % школярів, із чітким переважанням у початкових і випускних класах, що, ймовірно, зумовлене рівнем педагогічного навантаження, дією стресів на тлі недостатньої фізичної активності.

Оцінювання особливостей способу життя школярів показало, що у 2002 р. 46,40 % школярів менш ніж дві години перебували на свіжому повітрі впродовж доби, проте 70,90 % більш ніж дві години проводили за переглядом телевізійних програм. Комп'ютер мали вдома 15,70 % школярів, за яким 94,00 % з них проводили більш ніж дві години на добу. У 2012 р. персональні комп'ютери мали 87,30 % міських та 38,40 % школярів у районах області, і 59,70 % дітей проводили за ним дві години й більше. Водночас дві години й більше перебували на свіжому повітрі 56,60 % школярів м. Львова та 75,20 % дітей у районах області.

У 56,00 % учнів початкових класів і у всіх учнів старших класів є власний мобільний телефон, за яким 54,10 % школярів проводять більш ніж годину на добу, 5,70 % – три години і більше.

Регулярно займаються спортом 24,70 % школярів м. Львова та 11,20 % дітей Львівської області, 4,70 % львівських школярів не відвідують уроки фізкультури.

На думку батьків м. Львова, школярі у вільний час люблять прогулянки на свіжому повітрі (26,80 %), сидіти за комп'ютером (16,90 %), переглядати телепередачі або кінофільми (15,90 %), займатися спортом (11,20 %), слухати музику (10,00 %), читати художню літературу (8,10 %), байдикувати (4,90 %).

Для 20,50 % батьків школярів м. Львова було важко визначити середній рівень їх успішності. Загалом початковий рівень успішності (1–3 бали) зафіксований у 0,30 %, середній (4–7 балів) – у 3,40 %, достатній (8–9 балів) – у 43,60 %, а високий (10–12 балів) – у 32,30 % школярів. 92,20 % школярів м. Львова мають власний стіл для підготовки до занять, а 91,50 % – власне ліжко.

Незважаючи на систематичне медичне спостереження школярів у м. Львові, 17,60 % батьків зазначили, що їхня дитина потребує консультації лікаря-педіатра. Впродовж останнього року 21,00 % школярів Львова консультувався у стоматолога, 18,40 % – у отоларинголога, 18,30 % – в окуліста, 14,50 % – в ортопеда, 13,70 % – у невропатолога, 17,10 % – у логопеда, 6,90 % – у психіатра.

Батьки школярів стурбовані поширеністю серед підлітків наркоманії та алкоголізму. Основними причинами цього явища вони вважають вплив соціального оточення і друзів (20,80 %), відносно до-

ступність наркотичних речовин та алкоголю (16,80 %), недостатню боротьбу з поширенням алкоголю та наркотиків (11,80 %), помилки в сімейному вихованні (11,40 %), соціальні проблеми і спричинені ними психологічні стани невизначеності, депресії (10,20 %), популяризацію цього явища телебаченням (7,90 %), проблеми проведення вільного часу (7,60 %), способи самоствердження молоді (6,30 %), низький соціальний та освітній статус (3,40 %), нерозв'язані побутові проблеми (3,00 %).

На думку батьків, для подолання цієї проблеми потрібно посилити боротьбу органів правопорядку з поширенням наркотиків і алкоголю серед підлітків (26,70 %), впроваджувати програми дозвілля для молоді (22,90 %), освітні програми для учнів шкіл і вищих закладів освіти (21,50 %), організувати антиалкогольну та антинаркотичну пропаганду (16,80 %), впровадити спеціальні освітні програми для батьків (6,50 %).

Висновки. У оптимізації та комплексних засадах організації наукових досліджень такого важливого напрямку педіатрії як збереження здоров'я дитини важливу роль має відігравати вивчення стану здоров'я дітей з урахуванням їх індивідуальних вікових особливостей на всіх етапах розвитку з одночасним визначенням впливу на дитячий організм різних чинників мікро- та макросоціуму. Без урахування складної дії основних чинників ризику і захисту неможливо створити ефективну систему профілактичних, організаційних та інших технологій, спрямованих на покращення і збереження здоров'я дітей.

Аналізуючи результати анкетувань, можна зробити висновок, що за останні десятиріччя стан здоров'я школярів Львівського регіону не має тенденції до покращення. Серед чинників, які призводять до зниження рівня дитячого здоров'я, чи не найважливіша роль належить навчальному шкільному навантаженню, через стресогенну дію якого виникає дезадаптаційний синдром із невротичними реакціями різного ступеня вираженості. Скринінгове анкетування школярів, яке проводиться на значній вибірці, дає змогу визначити основні медико-соціальні особливості життя школярів, оцінити вікову поширеність основних скарг та загрозливих симптомів, основні тенденції у їхніх звичках, виокремити групи ризику для подальшого поглибленого огляду та обстеження. Комплексна оцінка стану здоров'я дітей, упровадження нових оздоровчих технологій, об'єднання зусиль медичних працівників, педагогів і батьків допоможуть уникнути зростання функціональних порушень та органічних уражень у школярів, їх хронізації, зменшити симптоми шкільної дезадаптації, підвищити рівень здоров'я.

Список літератури

1. Апанасенко Г. Л. Охрана здоровья здоровых: постановка проблемы в Украине и России / Г. Л. Апанасенко // Український медичний часопис. – 2009. – № 4 (72). – С. 122–124.
2. Беседіна О. А. Проблеми погіршення стану здоров'я дітей і підлітків в умовах навчального закладу / О. А. Беседіна, Т. М. Котакова, Г. М. Даниленко // Актуальні проблеми і основні напрямки розвитку профілактичної науки і практики. – Х., 1997. – С. 51–55.
3. Гребнюк М. П. Соціально-медичні фактори ризику для здоров'я дитячого населення / М. П. Гребнюк, С. В. Вітришак // Охорона здоров'я України. – 2002. – № 3–4. – С. 12–14.
4. Державна доповідь про становище дітей в Україні (за підсумками 2010 року) / Т. Ф. Алексеєнко, С. Ю. Аксьонова, О. В. Вакуленко [та ін.] – К., 2011. – 195 с.
5. Квашніна Л. В. Методика визначення рівня здоров'я і адаптаційних можливостей дитячого організму / Л. В. Квашніна, М. І. Величко // Перинатологія і педіатрія. – 2000. – № 2. – С. 49–52.
6. Коцур Н. І. Основи педіатрії і гігієни дітей раннього та дошкільного віку / Н. І. Коцур. – Чернівці, 2004. – С. 39–40.
7. Кукса В. О. До еволюції визначення поняття «здоров'я» / В. О. Кукса. – <http://library.rehab.org.ua/ukrainian/phis/kuksa>.
8. Лук'янова О. М. Медико-соціальні аспекти збереження здоров'я дітей, забезпечення їхнього гармонійного фізичного та інтелектуального розвитку / О. М. Лук'янова // Журнал АМН України. – 2001. – Т. 7, № 3. – С. 408–415.
9. Лук'янова О. М. Проблеми здоров'я здорової дитини та наукові аспекти профілактики його порушень / О. М. Лук'янова // Мистецтво лікування. – 2005. – № 2. – С. 6–15.
10. Неділько В. П. Шляхи покращення здоров'я школярів / В. П. Неділько, Т. М. Камінська, С. А. Руденко // Гігієна населених місць. – Вип. 44. – К., 2004. – С. 546–549.
11. Няньковський С. Л. Застосування полівітамінно-мінерального комплексу з пробіотиком Multi-tabsІмуноКідс у школярів початкових класів у схемах покращення шкільної адаптації / С. Л. Няньковський, М. С. Яцула // Современная педиатрия. – 2008. – № 4 (21). – С. 165–168.
12. Резніченко Г. І. Проблеми охорони здоров'я дітей та матерів на сучасному етапі та можливі шляхи їх вирішення / Г. І. Резніченко, Ю. Г. Резніченко // Современная педиатрия. – 2005. – № 2 (7). – С. 25–28.
13. Сердюк А. М. Медична екологія і проблема здоров'я дітей / А. М. Сердюк // Журнал АМН України. – 2001. – Т. 7, № 3. – С. 437–449.
14. Яцула М. С. Фактори ризику порушення адаптації першокласників до систематичного шкільного навчання / М. С. Яцула, С. Л. Няньковський // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – № 4 (73). – С. 169–170.
15. Ben-Shlomo Y. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives / Y. Ben-Shlomo, D. Kuh // Int. J. Epidemiol. – 2002. – Vol. 31. – P. 285–293.

Стаття надійшла до редакції журналу 03.09.2013 р.

Медико-соціальні особливості стану здоров'я школярів м. Львова та Львівської області

С. Л. Няньковський, М. С. Яцула, О. М. Сенкевич, І. В. Пасічнюк, І. В. Кулик

Здійснено аналіз за результатами анкетування у 2002 та 2012 роках стану здоров'я школярів у м. Львові та Львівській області, розглянуті основні чинники ризику формування функціональних порушень, синдрому шкільної дезадаптації, невротичних реакцій, вікова поширеність основних скарг. Визначено, що серед чинників зниження рівня дитячого здоров'я важлива роль належить навчальному навантаженню, стресогенна дія якого призводить до швидкого виникнення дезадаптаційного синдрому з невротичними реакціями різного ступеня вираженості. Комплексний підхід до оцінки стану здоров'я дітей, впровадження нових оздоровчих технологій дає змогу запобігти зростанню функціональних порушень та органічних захворювань у школярів.

Ключові слова: школярі, здоров'я, шкільна дезадаптація, захворювання.

Medical and Social Peculiarities of the Health Condition of Pupils of Lviv and Lviv Region

S. Nyankovsky, M. Iatsula, O. Senkevich, I. Pasichuk, I. Kulik

In the article is conducted an analysis based on the results of the data of questionnaire conducted in 2002 and 2012 about the health condition of pupils in Lviv region. It reviews the basic risk factors that form functional disorders, school disadaptation syndrome, neurotic reactions and describes the age-old prevalence of the basic complaints. It has been determined that among the factors that assist the decline of child's health level the educational loading plays an important role. Its stress making effect results in fast development of the disadaptation syndrome with the neurotic reactions of different degree of expressiveness. The complex estimation of the children's health state and introduction of new health promotion technologies give an opportunity to prevent the increase of functional disorders and organic pathologies in schoolchildren.

Keywords: schoolchildren, health, school disadaptation, diseases.