

ЛИТЕРАТУРА

1. Винникот Д.В. Маленькие дети и их матери. — М., — 1998. — 78 с.
2. Фатеева Е.М., Цареградская Ж. В. Грудное вскармливание и психологическое единство мать — дитя. — М., 2000. — 183 с.
3. Гмошинская М.В., Воробьева И.Н. // 9-й съезд педиатров России «Детское здравоохранение России. Стратегия развития». — М., 2001. — С. 141.
4. Гмошинская М.В., Воробьева И.Н. // Всерос. конф. с международным участием «Перинатальная психология и медицина. Психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии». — Иваново, 2001. — Часть I. — С. 19—22.
5. Гмошинская М.В., Фатеева Е.М., Воробьева И.Н. // *Вопр. совр. педиатрии*. — 2003. — Т. 2. — Прилож. 1. — С. 81—82.
6. Гмошинская М.В. Комплексная программа «Здоровый ребенок» и медико-биологические рекомендации по ее реализации. — М., 2001. — С. 22—32.
7. Гмошинская М.В. // *Дошкольное образование*. — 2002. — № 19. — С. 1—5.
8. Гмошинская М.В. // *Дошкольное воспитание*. — 2002. — № 2. — С. 30—33.

© Капитонов В.Ф., 2002

В.Ф. Капитонов

ПРЕИМУЩЕСТВА СЕМЕЙНОГО ПОДХОДА К ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ

Канифольнинская участковая больница Нижнеингашского района
Красноярского края (главный врач к.м.н. Капитонов В.Ф.), РФ

Отмечаемое в последние десятилетия увеличение удельного веса детей, имеющих хронические заболевания, свидетельствует о необходимости активизации научных исследований, касающихся выявления ранних признаков или предрасположенности к хронической патологии.

В настоящее время не подвергается сомнению тот факт, что здоровье человека определяется генетической программой, заложенной еще во внутриутробном периоде. С другой стороны, формирование большинства болезней на любом этапе жизни человека происходит, исходя из той же генетической программы, с учетом влияния внешних патологических факторов [1, 2].

Практические врачи не всегда учитывают наличие двух видов хронических неспецифических заболеваний — хронические неспецифические заболевания, возникшие вследствие острого, до конца не вылеченного или осложнившегося острого заболевания, и заболевания, протекающие с самого начала хронически.

По данным различных исследований [3, 4], многие хронические заболевания имеют семейную предрасположенность (ранние формы атеросклероза, гипертоническая болезнь, ревматизм, язвенная болезнь, сахарный диабет, конституциональное ожирение, шизофрения, мочекаменная болезнь, дерматозы, аллергические заболевания и др.).

Учитывая вышесказанное, нами была осуществлена попытка найти пути совершенствования выявления детей, имеющих предрасположенность к хроническим заболеваниям. В основу были положены принципы семейного подхода, заключающиеся в одновременном обследовании, взятии на диспансерный учет и наблюдении всех выявленных больных членов семьи.

Для решения поставленной задачи в Нижнеингашском районе Красноярского края на протяжении 30 лет мы

вели наблюдение за 3 когортами семей с момента рождения первого ребенка.

В 1-й когорте семей, родители которых вступили в брак в 1970 г. (период наблюдения 30 лет), под наблюдением находилось 269 семей, включавших 515 взрослых и 580 детей (от рождения до 18 лет); во 2-й когорте — заключение брака в 1980 г. (период наблюдения 20 лет) — 223 семьи (420 взрослых и 430 детей); в 3-й когорте — заключение брака в 1990 г. (период наблюдения 10 лет) — 209 семей (396 взрослых и 377 детей).

Использовали следующие методы исследования: опрос-интервью, непосредственное наблюдение, изучение медицинской документации, данных комплексных медицинских исследований, родословного дерева, целевое обследование на хронические заболевания в зависимости от данных генеалогического анамнеза. Статистическую обработку проводили с помощью критерия Стьюдента.

Результаты исследования показали, что доля новорожденных, имеющих заболевания врожденного или наследственного характера с последующим хроническим течением, составляет 6,6—10,3% (в зависимости от когорты).

Доля детей, имеющих хронические заболевания, увеличивается с возрастом и составляет к концу 1-го года жизни 18,7—22,1%, 3-го года — 24,2—25,6%, 6-го года — 28,2—33,6%, 14-го года — 48,6—55,1%, достигая к 18-летнему возрасту 49,3—62,6%. Самый низкий удельный вес детей с хроническими заболеваниями отмечается в 1-й когорте ($p < 0,05$), за исключением детей в возрасте 4—6 лет. Достоверность различий между 2-й и 3-й когортами по этому показателю не выявлена.

Среди всех наблюдаемых детей, имеющих хронические заболевания, в возрасте года имели 1—2 хронических заболевания — 85,3—91,2%, 3—4 заболевания — 7,4—13,9%, 5 и более — 1,2—1,7%. С увеличением возраста

доля детей, имеющих сочетанную хроническую патологию, увеличивается. К 18 годам жизни имеют 1—2 хронических заболевания 77,3—81,6%, 3—4 заболевания — 12,1—14,6%, 5 и более заболеваний — 7,8—10,3% подростков ($p < 0,05$).

Высокий удельный вес детей, имеющих хронические заболеваниями, и нарастание сочетанной патологии обуславливают увеличение обращаемости по поводу хронических заболеваний с периода новорожденности до 18-летнего возраста. Достоверности различий показателей обращаемости по когортам не выявлено.

В структуре хронической заболеваемости детей всех когорт первые семь мест занимают следующие классы заболеваний (в порядке убывания): болезни органов пищеварения — 25—28%; болезни органов дыхания — 21—24%; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ — 19—22%; болезни глаза и его придаточного аппарата — 12—14%; болезни нервной системы — 6—8%; болезни системы кровообращения — 5—7%; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 3—4%.

В общей структуре хронических заболеваний у детей эти классы болезней составляют 82—86%.

С целью выявления реализации семейных особенностей развития и формирования состояния здоровья детей мы детально проанализировали родословные карты 1387 детей из 701 семьи наблюдаемых нами когорт и параллельно 1331 человек из числа родителей.

Генеалогические карты составляли по легенде путем перекрестного опроса родителей и включали известных им родственников детей в трех поколениях. При регистрации спектра заболеваний учитывали данные медицинских документов и результаты обследования ближайших родственников.

Анализ полученных результатов свидетельствовал о частом совпадении аналогичной хронической патологии у взрослых членов семьи и их детей, которая развивается в различном возрасте у разных детей одной семьи, при этом увеличивается и острая заболеваемость. Так, в семьях, в которых взрослые члены семьи страдают хроническими заболеваниями, уровень заболеваемости детей острыми и хроническими заболеваниями соответственно в 2,7 и 2,2 раза выше по сравнению с семьями без хронических болезней у взрослых. Следует отметить, что в семьях, в которых родители страдают хроническими заболеваниями ЛОР-органов и различными вариантами аллергических заболеваний (респираторные, кожные и др.), уровень заболеваемости детей острыми заболеваниями превышает аналогичный показатель у детей, имеющих здоровых родителей, в 6—7 раз ($p < 0,05$).

При анализе первичной заболеваемости и кратности острых заболеваний в семье было отмечено, что дети, родители которых болели в детстве редко, также редко болеют. Примером могут служить следующие данные по кратности острых заболеваний детей первых 6 лет жизни в разных семьях с разным количеством детей по очередности рождения.

Так, в семье Р., имеющей 7 детей, отмечается высокий уровень «резистентности», несмотря на многодетность. Родители этой семьи в детстве эпизодически болели острыми заболеваниями, что отмечается и у их детей. Как у родителей, так и у детей отсутствуют хронические заболевания. При изучении родословного дерева родителей было отмечено, что они также воспитывались в многодетных семьях: в семье отца — 8, матери — 9 детей. Другим примером может служить семья В., в которой имеется

6 детей. В этой семье как родители, так и дети обладают низким уровнем «резистентности», и каждый в аналогичном возрасте относился к часто болеющим детям. Такой давно известный факт, как повышение заболеваемости детей, связанное с увеличением числа детей в семье, находит подтверждение только в семьях часто болеющих родителей (или бабушек и дедушек), а среди здоровых семей подобная зависимость нами не установлена.

Аналогичные данные были получены и другими исследователями, которые при анализе родословных, выявили, что у родственников часто болеющих детей (ЧБД) в 2 раза чаще обнаруживается повышенная заболеваемость в детстве [5].

Проведенный нами анализ показал, что около 80% (77—81% в зависимости от когорты) детей, имеющих хронические заболевания к 7-летнему возрасту, являются часто болеющими.

По данным родословного дерева, у всех родителей ЧБД имела место отягощенность теми или иными хроническими заболеваниями. При целенаправленном исследовании взрослых членов семей ЧБД (возраст детей при первичном исследовании не превышал 7 лет) было выявлено, что 65—75% матерей и 60—70% отцов имели те или иные хронические заболевания. Проспективное наблюдение за ЧБД до 18 лет и их родителями в течение 20—30 лет (в 1-й и 2-й когортах) показало увеличение доли хронических больных в этих семьях — детей до 60—70%, матерей и отцов до 85—95% и 80—90% соответственно.

Доля совпадений диагноза хронических заболеваний у детей и родителей в целом составила 85—90%. Наиболее часто совпадения отмечены у детей и родителей по следующим хроническим заболеваниям: ЛОР-патология (аденоиды, гипертрофия миндалин, отиты, риниты, синуситы и др.) в 90—95%, аллергическая патология (респираторная, пищевая, кожная др.) — в 80—85%, гастропатология (гастриты, различного вида дискинезии и др.) — в 75—80% случаях.

Таким образом, учитывая взаимосвязь состояния здоровья детей и их родителей, заключающуюся в высокой вероятности развития однотипной хронической патологии у детей и их родителей, возникает необходимость пересмотра диагностических и диспансерных подходов.

Действенный метод предупреждения хронических неспецифических заболеваний — долгосрочная программа их комплексной профилактики. Перспективное решение этой проблемы видится в двух направлениях — диспансеризации лиц, перенесших острые заболевания, с целью предупреждения их хронизации; внедрение в практику методов семейной профилактики хронических неспецифических заболеваний путем воздействия на общие для них факторы риска.

По нашему мнению, учитывая данные генеалогического дерева, нецелесообразно и нежелательно обследовать всех детей и взрослых по одной и той же профилактической программе, направленной на предупреждение особенно серьезных многофакторных состояний и заболеваний. По-видимому, было бы правильнее выявлять семейную предрасположенность к определенным хроническим заболеваниям с последующим целевым обследованием членов семьи.

Следует учесть, что контингент лиц, подлежащих диспансеризации, будет постепенно расширяться за счет выявления семейной предрасположенности на основании данных генеалогического дерева.

Для повышения эффективности медико-социальных мероприятий работу с семьей необходимо проводить диффе-

ренцированно в зависимости от ее социально-гигиенической характеристики, особенностей хронической патологии, имеющейся у членов семьи, необходимости восстановительного лечения, контакта родителей с врачами.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Какорина Е.П.* // Пробл. соц. гиг. и истории мед. — 2000. — № 2. — С. 12—15.
2. *Frankel K., Wamboldr M.Z.* // *J. Asthma.* — 1998. — Vol. 35, № 8. — P. 621—630.
3. *Резник Б.Я.* // *Русс. мед. журн.* — 1998. — Т. 6, № 9 (69). — С. 564—568.
4. *Vestbo J., Hein H.O., Suadicani P. et al.* // *Dan. Med. Bull.* — 1993. — Vol. 40, № 3. — P. 378—379.
5. *Макарова З.С., Черток Т.Я., Тонкова-Ямпольская Р.В.* // *Педиатрия.* — 1990. — № 5. — С. 59—64.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

© Курбанов Г.А., 2004

Г.А. Курбанов

ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В ЭРИТРОЦИТАХ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДА СЕПСИСА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Азербайджанский медицинский университет

Под нашим наблюдением находилось 35 детей с сепсисом в возрасте до 1 года и 20 здоровых детей аналогичного возраста (контрольная группа). У 12 больных была септицемическая форма сепсиса, у 23 — септикопиемическая. Диагноз устанавливали на основании данных анамнеза, клинических проявлений и результатов бактериологических посевов из различных очагов (кровь, кал, слизистые оболочки, гнойное содержимое). Септицемическая форма сепсиса протекала остро, с лихорадкой до 39—40°C, выраженными проявлениями токсикоза, без видимых локальных гнойно-воспалительных очагов. При образовании метастатических очагов происходил переход в септикопиемическую форму, проявлявшуюся многообразием клинических симптомов. Сепсис протекал на фоне преморбидных состояний в виде рахита, гипотрофии и анемии. Наличие у больного сочетанных преморбидных состояний оказывало существенное влияние на тяжесть септического процесса.

Нами использован микрометод оценки структурно-функционального состояния эритроцитов и содержания в них малонового диальдегида (МДА) (Банкова В.В. и соавт., 1986, 1988). Антиокислительную активность (АОА) липидов крови определяли по методу А.П. Левицкого и соавт. (1979).

Все изучаемые показатели ПОЛ в мембранных структурах эритроцитов (уровень механического и перекисного гемолиза, МДА) у больных сепсисом были достоверно выше, чем у здоровых детей, а АОА липидов крови была существенно ниже, чем в контроле. Указанные изменения были особенно выражены у детей с тяжелым течением заболевания.

На основании результатов индивидуального анализа изученных параметров ПОЛ и АОА липидов крови в качестве дифференциально-диагностических критериев при оценке тяжести течения сепсиса можно использовать такие показатели, как прирост перекисного гемолиза, содержание МДА в эритроцитах, деградация («очищения» клеток) от МДА и АОА. Оказалось, что повышение МДА в эритроцитах выше 2,52 нмоль/10⁶ эр., снижение прироста перекисного гемолиза ниже 17,1%, деградация МДА в эритроцитах ниже 16,7%, величина АОА липидов крови ниже 645,5 нмоль/10⁶ эр./мин указывают на тяжелое течение сепсиса. Также было установлено, что тяжелое течение сепсиса, торпидность к базисной терапии и изменение уровня одного или двух показателей ПОЛ в эритроцитах (повышение содержания МДА выше 2,72 нмоль/10⁶ эр., снижение деградации МДА ниже 13,5%, рост перекисного гемолиза ниже 15,5%) могут иметь прогностическую значимость в отношении неблагоприятного исхода сепсиса.