

ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РОССИИ

© Коллектив авторов, 2003

А. А. Николаева, К. Ю. Николаев, Э. А. Отева, И. М. Гичева,
Л. М. Коптева, А. Б. Масленников, Н. В. Сартакова, А. Н. Попова

ЗДОРОВЬЕ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СИБИРИ, СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСНОВНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СВЕТЕ ПРОБЛЕМ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

НИИ терапии СО РАМН, муниципальная больница № 19 г. Новосибирск, РФ

Повышенное артериальное давление, курение, гиперхолестеринемия, сниженная физическая активность, ожирение ведут к развитию ИБС и других сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у взрослых. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что эти факторы риска (ФР) начинают свою разрушительную работу уже в детстве. Первичная профилактика всех заболеваний, включая и ССЗ, у детей должна стать одной из фундаментальных проблем педиатрии, решение которой позволит в перспективе существенно снизить заболеваемость и смертность взрослого населения от хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Первым шагом на этом пути должно быть своевременное выделение в группы риска беременных женщин с любыми ФР, наличием ССЗ у них или их кровных родственников.

Настоящая работа отражает результаты 10-летнего труда научного коллектива под руководством проф. А. А. Николаевой, в результате которого авторы пришли к выводу о коренном изменении старых традиций практического здравоохранения в области профилактики.

За 10-летний период работы научного коллектива была обследована 361 беременная женщина со средним возрастом 20—25 лет в I и II триместрах беременности, а затем отслежено рождение их детей; в двух детских садах Новосибирского Научного Центра обследованы 148 семей от пробанда ребенка со средним возрастом родителей 20—35 лет и 160 школьников 8—11 классов одной из школ Новосибирска. Это дало возможность разобраться в особенностях накопления ФР основных ХНИЗ, в том числе ССЗ, с раннего детства, что привело к убедительным доказательствам того факта, что причины внезапных смертей молодых людей и ранняя инвалидизация людей обоего пола лежат в недооценке имеющих место у детей ФР и стигм, указывающих на начало того или иного

заболевания. Если ребенок достаточно хорошо обследуется узкими специалистами, после чего педиатры в целом не анализируют состояние здоровья и резервные возможности детского организма с учетом его родословных, то программа первичной профилактики основных ХНИЗ не выполняется, равно как и грамотная работа по оздоровлению ребенка. Кроме того, отчетные формы практического здравоохранения по педиатрии таких разделов не имеют. Отсюда страдает объективная оценка группы здоровья ребенка.

В этом плане достаточно эффективным и дешевым представляется семейный подход к прогнозированию здоровья ребенка. 10-летний опыт нашей работы по семейному принципу достаточно убедил нас в этом.

Результаты обследования беременных женщин показали, что 22% из них имеют синдром вегетососудистой дистонии (ВСД), на 2-м и 3-м месте у беременных соответственно выявлены анемия (19%) и болезни желудочно-кишечного тракта (14%); дисплазия соединительной ткани (ДСТ) диагностирована в 8% случаев, пограничная артериальная гипертония (АГ) составила 2,3%, болезни системы органов мочевого выделения — 6,8%, болезни сердца — 2%, практически здоровых женщин оказалось 10,3%. Таким образом, направление первичной профилактики АГ и ИБС должно начинаться с оценки здоровья членов семьи, родителей, а первичная профилактика любых болезней — с раннего детского возраста.

У $\frac{2}{3}$ беременных, страдающих ВСД, диагностированы анемия, хронические холециститы, описторхозы, ДСТ, у $\frac{1}{3}$ имела место генетическая отягощенность по АГ, инфаркту миокарда, ИБС, сахарному диабету (СД). Анализ родословных беременных показал, что АГ по линии матери или обеим родительским линиям встретилась в 30,4%, наличие инфаркта миокарда — в 11,3%, СД — в 10,8%.

Таблица 1

**Результаты оценки родословных
наблюдаемых детей**

Заболевания в родословных	Частота, %		
	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Артериальная гипертония	56	54	38
ИБС, инфаркт миокарда, инсульт	49	27	26
Сахарный диабет	13	36	9
Хронические болезни желудочно-кишечного тракта	—	50	23
ДСТ	13	77	71

Психологические отношения в собственной семье, а также в семье родителей беременной женщины, что определяло степень ее невротизации, у некоторых из них были неблагоприятными. Это зависело от плохих отношений в семьях, от наличия развода родителей, смерти одного из них, наличия алкоголизма. В собственных семьях беременных женщин также довольно часто имели место плохие отношения, в основном, из-за алкоголизма супруга, встречались одинокие беременные женщины.

Таким образом, на стадии беременности у женщин отмечено сочетание нескольких ФР развития ССЗ и других болезней у нее и будущего ребенка: отягощенная наследственность, ВСД-синдром, пограничная АГ, высокое психоэмоциональное напряжение (ПЭН) и высокая степень невротизации [2, 10].

У обследованных женщин родились дети, имеющие в 76,7% случаев внутриутробную гипоксию, в 53,3% — нарушение мозговой гемодинамики, родовую травму — в 28,3%, пренатальную гипотрофию — в 16,7%, незрелость — в 10% случаев [1].

В двух дошкольных детских учреждениях нами были отобраны семьи по пробанду ребенку. Изучение амбулаторных карт родителей и других кровных родственников детей позволили выявить у них ряд основных ХНИЗ. С учетом болезней ребенка мы выделили 3 клинические группы. 1-я — 24 ребенка, перенесших родовую травму с развитием в последующем различной степени выраженности неврологических нарушений и отклонений в психомоторном развитии; 2-я — 11 детей, часто и длительно болеющих, с хроническими болезнями ЛОР-органов, легких, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы; 3-я — 52 ребенка с признаками ДСТ.

В процессе проведения комплексного обследования семей нами были оценены родословные детей в трех поколениях. Данные представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, в 1-й группе детей отмечалось неблагоприятное сочетание родовой травмы и ее последствий с АГ, развитием инфарктов и инсультов у их кровных родственников, во 2-й группе часто и длительно болеющих детей в родословных сосредоточены все ХНИЗ, что, вероятно, внесло свою лепту в особенности их иммунитета.

Таким образом, результаты проведенного нами обследования наглядно указывают на взаимосвязь уровня здоровья детей и осложненного семейного анамнеза, что подтверждает необходимость осуществления диспансерного наблюдения, реабилитационных и лечебно-профилактических мероприятий, которые должны начинаться с раннего детского возраста и носить семейный характер [3].

В одной из школ Новосибирска нами было обследовано 160 школьников 8—11 классов.

При обследовании, кроме физикальных методов, были изучены амбулаторные карты школьников, родословные их родителей, всем проведена ЭКГ в 12 отведениях и 154 детям выполнена компьютерная ЭКГ (КЭКГ).

С помощью КЭКГ, основанной на оценке нелинейного одномерного сигнала, преобразованного модифицирован-

ном Фурье-анализом, удалось получить «фазовый портрет variability ритма сердца (ВРС)» с выведением его на плоскость и провести гармонический анализ [12].

В зависимости от степени деформации «фазового портрета ВРС» и гармонического анализа дети были разделены на 3 клинические группы, а затем осмотрены специалистами кардиологами. В 1-ю группу вошли 20 юношей и 34 девушки, у которых клинически было отмечено наличие сочетания нескольких болезней. Чаще всего это были ДСТ и частые инфекции ЛОР-органов или верхних дыхательных путей, паразитозы, заболевания желудочно-кишечного тракта, вредные привычки, интоксикации.

2-я группа включала в себя 20 юношей и 24 девушки, у которых, главным образом, было отмечено наличие выраженных ФР, АГ, при этом объективизировалось ПЭН, симпатикотония, ВСД, иногда в сочетании с АГ.

В 3-й группе были сосредоточены школьники с признаками поражения желудочно-кишечного тракта, паразитозов (20 юношей и 26 девушек).

Интересно отметить, что в 1-й и 2-й группах школьников было сосредоточено больше всего родословных с наличием ССЗ (табл. 2).

Как видно из табл. 2, наибольшая частота ХНИЗ была у родителей школьников 1-й и 2-й групп.

Таблица 2

**Результаты анализа родословных
у наблюдаемых школьников**

Заболевания в родословных родителей	Частота, %		
	Группы школьников		
	1-я группа	2-я группа	3-я группа
АГ	66	63	50
Стенокардия	20	5,5	7
Инфаркт миокарда	13	22	7
Инсульт	—	17	—

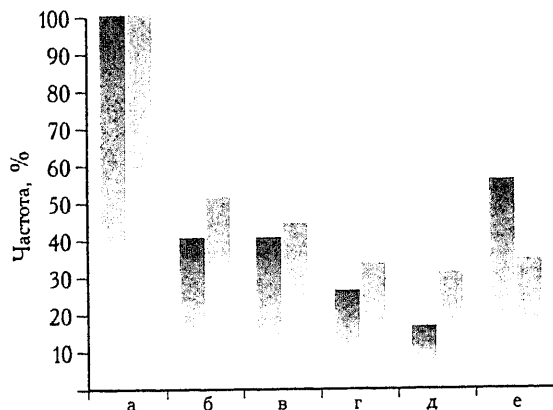


Рис. 1. Частота различных заболеваний у школьников, выявленных при осмотре.

а — болезни сердечно-сосудистой системы, б — болезни нервной системы, в — болезни ЛОР-органов, г — дисплазия соединительной ткани, д — эндокринопатии, е — паразитарные инвазии; здесь на рис. 2: ■ мальчики, □ девочки.

Структура патологии школьников-подростков 8—11 классов представлена на рис. 1. Нами отмечено, что каждый ребенок имеет или ССЗ, или признаки ССЗ, или ФР. Основными ССЗ были ВСД, иногда в сочетании с неустойчивым уровнем артериального давления, миокардиодистрофией (по результатам ЭКГ), симпатикотонией, наличием пролапса митрального клапана и дополнительных хорд по данным УЗИ. Болезни нервной системы представлены в виде посттравматических энцефалопатий (вследствие перенесенных родовых травм или сотрясений головного мозга), ювенильного шейного остеохондроза с неврологическими проявлениями, высокого ПЭН.

ДСТ широко представлена в виде признаков изменения костного скелета в сочетании или самостоятельным проявлением изменений внутренних органов (спланхноптозы, деформации желчевыделительной и мочевыделительной систем). Эндокринопатии у девушек представлены в виде нарушения менструального цикла, признаков мастопатии, дисфункций щитовидной железы и ожирения, а у юношей — патологического ожирения и дисфункции щитовидной железы. Большое количество паразитозов в Сибири — характерное явление за счет эндемии по описторхозу и лямблиозу (до 75% населения заражено паразитами).

Родословные подростков изобилуют ССЗ, СД и болезнями обмена (ожирение, камнеобразование, остеохондроз) (рис. 2).

Учитывая полученные нами данные, а также результаты проведенного анализа отчетов органов здравоохранения по заболеваемости детского населения за последние 3 года в одном из районов Новоси-

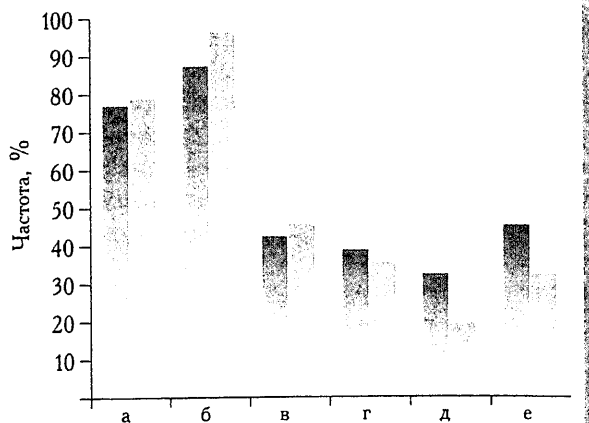


Рис. 2. Частота различных заболеваний у родственников школьников, выявленных в родословных.

а — АГ, б — инфаркт миокарда, г — инсульт, д — СД, е — болезни обмена.

бирска, мы сделали вывод, что практическое здравоохранение не уделяет должного внимания первичной профилактике основных ХНИЗ, в том числе ССЗ. Успех работы по первичной профилактике при отсутствии семейных врачей лежит в открытии кабинетов семейной профилактики при крупных поликлиниках города, о которых мы неоднократно писали [7—9].

Патогенез формирования ССЗ у детей с генетической отягощенностью подробно изложен в литературе [4—6, 11], изучены патология и полиморфизм генов, отвечающих за развитие АГ и дислиппротеидемий.

На основании уже имеющихся фактов и разработанных методик следует приступать к работе по первичной профилактике ХНИЗ, начиная с беременных женщин и детей раннего возраста, иначе частота случаев внезапной смерти и инвалидности в трудоспособном возрасте будет расти.

В любой крупной поликлинике должна быть отработана преемственность в работе между акушерами-гинекологами, педиатрами, подростковыми кабинетами, терапевтами. Равно как у каждого специалиста в процессе его работы должны быть выделены группы высокого риска по развитию ССЗ и другой соматической патологии с целью первичной профилактики и совершенствования вторичной профилактики заболеваний, что должно найти отражение и в отчетной документации поликлиники.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сартакова Н. В., Николаева А. А., Отева Э. А. // Врач. — 1996. — № 2. — С. 12.
2. Отева Э. А., Николаева Е. И., Николаева А. А. и др. // Акуш. и гин. — 1994. — № 3. — С. 25—27.
3. Отева Э. А., Егорова Н. А., Николаева А. А., Масляничков А. В., Лифшиц Г. И. // Совр. мед. технологии. — Новосибирск, 1999. — С. 315—316.

4. *Жданович Э. Я.* Патогенетические и средовые ФР предрасположенности к ИБС у детей с наследственной отягощенностью: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Минск, 1995.

5. *Лифшиц Г. И., Отева Э. А., Николаев К. Ю. и др.* // Консилиум. — 1999. — № 6. — С. 60—63.

6. *Леонтьева И. В.* // Росс. вестн. перинатол. и педиатр. — 1994. — Т. 39, № 3. — С. 34—36.

7. *Николаева А. А., Отева Э. А., Линейцева Н. С.* // Тер. архив. — 1991. — № 1. — С. 27—30.

8. *Лифшиц Г. И., Отева Э. А., Николаев К. Ю.* // Врач. — 2001. — № 2. — С. 35—36.

9. *Николаева А. А., Отева Э. А., Егорова Н. А. и др.* // Педиатрия. — 2001. — № 2. — С. 102—104.

10. *Отева Э. А., Николаева А. А., Николаев К. Ю. и др.* // Тер. архив. — 2001. — № 4. — С. 31—34.

11. *Образцова Г. И., Ковалев Ю. Р., Талалаева Е. И. и др.* // Артериальная гипертензия. — 1998. — Т. 4, № 2. — С. 43—50.

12. *Флейшман А. Н.* // 3-й Всероссийский симпозиум с международным участием. «Медленные колебательные процессы в организме человека». — Новокузнецк, 2001. — С. 49—61.