

Н.Г. Калева

ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ПОЛИПАТИЙ У ПОДРОСТКОВ

ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, г. Челябинск, РФ

Сочетанная патология, обусловленная неинфекционными заболеваниями (НИЗ), относится к числу актуальных проблем профилактической медицины. Профилактика НИЗ осуществляется путем контроля за модифицируемыми поведенческими и биологическими факторами риска (ФР). НИЗ и взаимосвязанные с ними

ФР берут свое начало в детском и подростковом возрасте. Проблема взаимосвязи ФР и сочетанной патологии у подростков недостаточно изучена.

Целью исследования явилось изучение у подростков взаимосвязи ФР НИЗ с полипатиями.

Проведено комплексное клинико-популяцион-

ное обследование 265 подростков сельской школы Челябинской области в возрасте 14–17 лет, в т. ч. 146 девочек (55,1%) и 119 мальчиков (44,9%). Средний возраст девочек составил 15,4 лет, мальчиков – 15,5 лет. Отклик составил 92%. Обследование включало осмотр бригадой специалистов в составе педиатра, терапевта, кардиолога, невролога, хирурга, офтальмолога, оториноларинголога, гинеколога; общий анализ крови и мочи; определение в сыворотке крови общего холестерина, триглицеридов, холестерина ЛПВП, креатинина, мочевины, глюкозы; ЭКГ; УЗИ внутренних органов; исследование функции внешнего дыхания, по показаниям – эхокардиографию, фиброгастродуоденоскопию и др. Поведенческие и биологические ФР оценивали по критериям педиатрического компонента программы ВОЗ – CINDI. Критерии включения в обследование: полный возраст от 14 до 17 лет, постоянное местожительство в данной местности. Этот возраст подростков означает начало нового правового личностного статуса детей благодаря получению паспорта гражданина РФ. Критерии исключения: тяжелые соматические и психические заболевания (IV и V группы здоровья, инвалидность с детства). Статистический анализ полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ SPSS-12.

При углубленном комплексном обследовании 3,4% девочек и 15,1% мальчиков были здоровыми, у остальных выявлены различные НИЗ и патологические состояния. Без учета гендерных особенностей наиболее часто диагностированы соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (СФДВНС) (18,1%), миопия (10,2%), хронический бескаменный холецистит (9,4%), гастрит и дуоденит (9,1%), железодефицитная анемия (ЖДА) (6,8%). СФДВНС, ЖДА, миопия, гастрит и дуоденит статистически значимо чаще выявлялись у девочек. СФДВНС была установлена во II группе здоровья у девочек в 14,1% случаев, у мальчиков – в 4,3%; в III группе – 14,1 и 8,6% соответственно. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) сердца (малые аномалии) диагностирована у 30,2% мальчиков и у 43% девочек. НДСТ системы пищеварения была диагностирована у 25% мальчиков и у 24,6% девочек.

Анализ сочетанной патологии показал, что частота полипатий статистически значимо выше у девочек (50%), чем у мальчиков (28,6%) ($p < 0,01$). Различия в частоте бипатий (32,2 и 27,7% соответственно) и монопатий (14,4 и 28,6% соответственно) статистически не достоверны.

Наиболее часто у подростков встречаются такие ФР

НИЗ, как дислипидемия (43,4%), патологическая ЭКГ (38,9%), низкая физическая активность (НФА) (29,8%), употребление алкоголя (15,1%), курение (12,8%). НФА, патологическая ЭКГ, дислипидемия статистически значимо чаще выявлялись у девочек, а употребление алкоголя, курение, гипергликемия – у мальчиков. Диагноз артериальной гипертензии (АГ) установлен у 6 мальчиков (5%) и 3 девочек (2,1%). Без учета гендерных особенностей у лиц с полипатиями статистически значимо выше была частота таких ФР, как дислипидемия (57%; $p < 0,01$), гипергликемия (15,9%; $p < 0,05$), патологическая ЭКГ (60,7%; $p < 0,01$), чем среди подростков с монопатиями (30,4; 0 и 20% соответственно) и бипатиями (46,3; 8,8 и 33,8% соответственно).

С увеличением количества заболеваний увеличивается и число ФР НИЗ за исключением курения.

По результатам множественного регрессионного анализа были определены шансы формирования полипатий. Шанс иметь 3 и более заболеваний в 2,2 раза выше у девочек, в 4,4 раза – у лиц, имеющих патологическую ЭКГ, в 2,7 раз – у лиц с дислипидемией, в 5,1 раза – у лиц с гипергликемией: $\text{logit}(Y) = -2,07 + 0,78 * \text{женский пол} + 1,49 * \text{патологическая ЭКГ} + 0,99 * \text{дислипидемия} + 1,63 * \text{гипергликемия}$, где Y – наличие полипатии.

Модели множественного регрессионного анализа полипатий определены в группах девочек и мальчиков. Для девочек статистически значимыми факторами, увеличивающими шанс иметь 3 и более заболеваний, являются патологическая ЭКГ и дислипидемия: $\text{logit}(Y) = -1,1 + 1,39 * \text{патологическая ЭКГ} + 0,91 * \text{дислипидемия}$, где Y – наличие полипатии. Для мальчиков статистически значимыми факторами, увеличивающими шанс иметь 3 и более заболеваний, являются патологическая ЭКГ, дислипидемия, гипергликемия: $\text{logit}(Y) = -2,32 + 1,69 * \text{патологическая ЭКГ} + 1,24 * \text{дислипидемия} + 1,72 * \text{гипергликемия}$, где Y – наличие полипатии. Изменения ЭКГ характеризуют состояние мембран кардиомиоцитов и могут рассматриваться как ранние признаки СФДВНС и НДСТ.

ФР у подростков являются общими для развития неинфекционных полипатий, обусловленных различными заболеваниями, а также морфофункциональными отклонениями типа СФДВНС и НДСТ. Ведущая роль в развитии полипатий у подростков принадлежит таким метаболическим факторам, как дислипидемия, гипергликемия. Минимальные неспецифические пограничные изменения ЭКГ могут использоваться в качестве маркеров полипатий при профилактических осмотрах подростков.