

Богданова Л.В., Шилко В.И.

Состояние здоровья детей в критический период развития

ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, г.Екатеринбург

Bogdanova L.V., Shilko V.I.

Children's health status at the critical age

Резюме

Цель работы: по результатам проведенного одномоментного исследования оценить состояние здоровья детей критического периода развития (на модели организованных детей дошкольного возраста). Для достижения поставленной цели проведена экспертная оценка состояния здоровья в случайной выборке из 322 детей в возрасте от 3 до 7 лет, посещавших детские дошкольные учреждения (ДОУ) г. Екатеринбурга. Установлено, что данный критический период развития детей характеризовался низким уровнем здоровья: $41,3\% \pm 2,7\%$ дошкольников страдали хроническими заболеваниями, $52,8\% \pm 4,3\%$ из них отличались мультисистемностью поражения. В качестве ведущей патологии выступали заболевания органов дыхания (1 ранговое место), опорно-двигательного аппарата (2 ранговое место), желудочно-кишечного тракта (3 ранговое место) и нервной системы (4 ранговое место). Результаты проведенного исследования следует учитывать при проведении диспансерных осмотров в дошкольных образовательных учреждениях. Следует проводить структурированное предварительное анкетирование родителей с целью выявления не только патологических отклонений в состоянии ребенка, но и предикторов хронических заболеваний.

Ключевые слова: дети, здоровье, критический период

Summary

The purpose of this work was an estimation of Children's Health Status at the critical age using the random sample of 322 organized preschool urban children as the model. We revealed the low children's health status at this critical age. The chronic illnesses were at $41,3\% \pm 2,7\%$, the multimorbidity was registered at the $52,8\% \pm 4,3\%$ children. The leading place had the respiratory abnormalities (1 rank), the second had the musculoskeletal dysfunctions, the third and the fourth had the gastrointestinal and the neurological pathology correspondently. These results can modify the views to the complex evaluation of urban preschool children health status. The structured questionnaire as the method of health assessment can be helpful for medical stuff as the preliminary stage of examination.

Key words: health, children, critical age

Введение

Охрана здоровья ребенка является одной из ключевых задач не только педиатрии и здравоохранения, но и национальной политики [1]. Сохранность здоровья детей, как базис обеспечения жизнестойкости и трудоспособности будущего взрослого населения, представляет собой проблему государственной безопасности [1,2]. Однако, как свидетельствуют литературные источники, в последние годы, несмотря на проводимые преобразования в системе здравоохранения, усиления профилактических мероприятий в первичном звене и школьно-дошкольном секторе, сформировалась устойчивая тенденция к снижению числа здоровых детей во всех возрастных группах [2,3,4,5]. Наблюдается рост числа хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, неврологических и психических расстройств, аллергических заболеваний и др. [3,4,5,6]. В этой связи при-

обретает актуальность мониторинг состояния здоровья на различных возрастных этапах, и особенно в критические периоды детства, которые знаменуются серьезными изменениями гомеостаза с последующим риском развития десадаптации и реализации патологических процессов [7,8].

Цель работы: по результатам проведенного одномоментного исследования оценить состояние здоровья детей критического периода развития (на модели организованных детей дошкольного возраста).

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели проведена экспертная оценка состояния здоровья в случайной выборке из 322 детей в возрасте от 3 до 7 лет, посещавших детские дошкольные учреждения (ДОУ) г. Екатеринбурга. Исследование включало анализ анамнеза по данным ме-

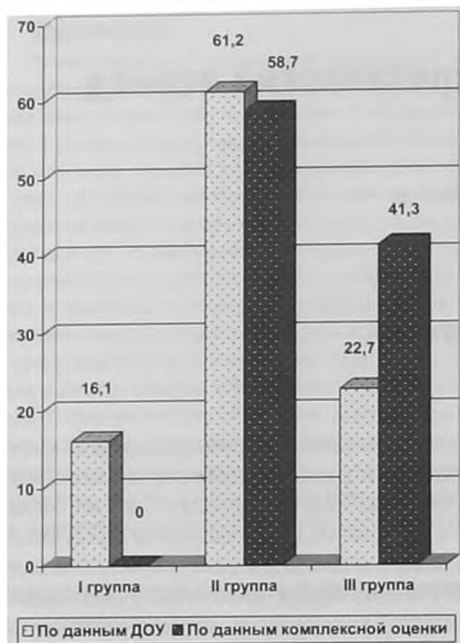


Рис. 1. Доля детей (%), отнесенных к I – III группам здоровья, согласно оценке зафиксированной в медицинской документации ДОУ и проведенного нами исследования

дицинской документации ДОУ и разработанной нами анкеты, которая также включала вопросы по выявлению неблагоприятных факторов социального характера, таких как уровень материального благосостояния, жилищных условий, наличие пассивного курения, дефектов питания. Всем детям проведена оценка физического развития и данных клинического обследования, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, щитовидной железы, электрокардиологическое исследование, осмотр невропатолога. У 165 дошкольников был проведено исследование общего анализа крови (Собас Мисрос 60) и иммунного статуса по протоколам 1 и 2 уровня.

По результатам предварительно проведенного клинического, инструментально-лабораторного обследования к осмотру привлекались специалисты: оторинола-

ринголог, кардиолог, офтальмолог, хирург, иммунолог. Кроме того, 58 детей были подвергнуты углубленному комплексному клинико-инструментальному и лабораторному обследованию в госпитальных условиях на базе соматического отделения 16 ДГБ г. Екатеринбурга.

Полученные результаты обработаны на персональном компьютере с применением пакета программ Microsoft Excel. Рассчитывалась доля, ошибка доли, χ^2 -критерий, проведена ранговая оценка.

Результаты и обсуждение

Как показал анализ медицинской документации дошкольных учреждений, среди наблюдавшихся детей в возрасте 3 – 7 лет превалировали I и II группы здоровья (рис.1). Как свидетельствовала ранее проведенная оценка состояния здоровья, I группу здоровья составили 52 ребенка (16,1%±2,0%), II группу – 197 детей (61,2%±2,7%). Только 73 дошкольника (22,7%±2,3%) находилось на диспансерном учете у педиатра и узких специалистов с хроническими заболеваниями. В структуре хронической патологии лидировали инфекционно-воспалительные заболевания (47,9±5,8%). Так хронический пиелонефрит был ранее диагностирован у 16 детей (21,9±4,8%), хронический тонзиллит – у 8 детей (11,0±3,7%), рецидивирующий бронхит – 6 детей (8,2±3,2%), хронический синусит – 3 детей (4,1±2,3%) и др. Существенное место среди хронических заболеваний в ранее установленной III группы здоровья занимала аллергическая патология (38,4±5,7%), которая была представлена атопическим дерматитом (16 детей – 21,9±4,8%) и бронхиальной астмой (12 детей – 16,4±4,3%).

Обращала внимание низкая доля детей (4,1±2,3%), имевших хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, что соответствовало данным литературных источников [9,10]. Кроме того, анализ проведенного нами анкетирования родителей, установил преобладание гастроэнтерологических жалоб (таблица 1). Также согласно анкетным данным, у детей выявлена большая доля дефектов питания в домашних условиях (69,6%±2,6%), высокий процент семей с низким уровнем материального обеспечения (51,2%±3,1%).

Аналогично низка была доля детей с неврологическими заболеваниями (6,8±3,0%), в то время как жало-

Таблица 1. Структура жалоб, предъявляемых родителями включенных в исследование детей дошкольного возраста.

Группа жалоб	Число жалоб (абсолютное)	Число жалоб (%±m%)	Ранг
Респираторные	226	19,3%±1,2%	3
Неврологические	326	27,9%±1,3%	2
Астеновегетативные	148	12,7%±1,0%	4
Гастроэнтерологические	409	35,0%±1,4%	1
Аллергические	45	3,9%±0,6%	5
Немотивированная лихорадка	9	0,8%±0,3%	6
Нарушение физического развития	5	0,4%±0,2%	7
Всего	1168	100,0%±0,0%	

бы со стороны нервной системы были отмечены у каждого 2 ребенка, включенного в исследование (таблица 1). Наиболее часто регистрировались жалобы на гиперактивность, нарушение сна и цефалгии. При этом анализ данных анамнеза исследованных детей, свидетельствовал о высокой доле перинатального поражения ЦНС среди этих пациентов (44,7±2,8%).

Болезни опорно-двигательного аппарата также отсутствовали в структуре заболеваний и патологических отклонений в состоянии здоровья, что не противоречило данным научных источников [9,10]. Отсутствие в структуре заболеваний некоторых классов болезней, а также малая доля гастроэнтерологической и неврологической патологии, явились одной из причин организации экспертной оценки здоровья детей.

Проведенная нами экспертная оценка состояния здоровья 322 детей дошкольного возраста не выявила среди включенных в исследование пациентов ни одного ребенка, соответствующего критериям I группы здоровья (рис.1). Во II группу здоровья было включено 189 детей (58,7%±2,7%) и в III – 133 ребенка (41,3%±2,7%).

Таким образом, в результате нашего исследования группа детей с хронической патологией возросла почти вдвое (рис 1.). При этом большинству наблюдаемых пациентов III группы здоровья была присуща полисистемность патологических изменений. Так монопатология отмечена нами только у 18 детей (13,5%±3,0%) III группы здоровья, 2 хронических заболевания было диагностировано у 45 пациентов (33,7%±4,1%), и у подавляющего большинства детей (52,8%±4,3%) – 3 и более хронических заболеваний.

Мультиморбидность, выявленная нами среди пациентов III группы здоровья, отразилась на структуре классов заболеваний организованных детей, включенных в исследование (таблица 2). Как следует из таблицы 2, возросла доля всех классов болезней. При этом в число заболеваний увеличилось во всех категориях патологии в 1,3 – 35,9 раз.

Наименьшие изменения коснулись класса болезней органов дыхания. Как в нашем исследовании, так и по данным медицинской документации ДОУ, данный класс

заболеваний занимал I ранговое место. Лидирующие позиции этой категории заболеваний в структуре патологии позволяла занимать регистрация ОРВИ в классе болезней органов дыхания. Умеренный рост числа болезней респираторного тракта, установленный в нашем исследовании, происходил за счет первичной диагностики хронических заболеваний лор-органов (60 детей – 18,6%±2,2%) и рецидивирующего бронхита (10 детей – 3,1%±1,0%). Проведенная экспертная оценка состояния здоровья не повлияла на долю детей, страдавших бронхиальной астмой.

По данным нашего исследования 2 ранговое место заняли болезни опорно-двигательного аппарата, представленные в основном нарушениями осанки (190 пациентов – 59,0%±2,7%) и остаточными явлениями рахита (101 ребенок – 31,4%±2,6%). Среди остаточных явлений рахита преобладали негрубая рахитическая деформация грудной клетки, симптомы «четок» и вальгусная деформация голеней. При этом ни у одного ребенка не отмечалось тяжелых остаточных явлений этого заболевания.

Нарушения осанки по типу плоской или круглой спины с одинаковой частотой встречались как у пациентов III, так и у детей II группы здоровья. Асимметричный тип нарушения осанки ассоциировал с наличием хронической патологии ($\chi^2=5,705$; $p=1$; $p=0,02$) и 1,5 раза чаще наблюдался у детей III группы здоровья. Нарушение осанки было взаимосвязано с наличием неврологической патологией ($\chi^2 = 9,952$; $p=1$; $p=0,002$), которой в структуре классов болезней по нашей оценке принадлежало 4 ранговое место (таблица 2).

Несмотря на обилие неврологических жалоб, нами не было выявлено тяжелой органической патологии нервной системы, у большинства детей были диагностированы синдром гиперактивности и резидуальная цереброорганическая недостаточность.

Хотя жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта преобладали (таблица 1), болезни органов пищеварения, по нашим данным, занимали только 3 ранговое место среди классов болезней. Это связано с тем, что большинство жалоб было мало специфично, носило транзиторный характер, не имело четкой ассоциации с клинической картиной и, следовательно, не могло быть отнесе-

Таблица 2. Структура отдельных классов болезней среди включенных в исследование детей дошкольного возраста (%)

Классы болезней	По данным проведенного нами исследования	Ранг	По данным документации ДОУ	Ранг
Болезни органов дыхания	165,5%	1	143,8%	1
Болезни органов пищеварения	32,3%±2,6%	3	0,9%±0,5%	5
Болезни мочевыделительной системы	19,6%±2,2%	5	5,6%±1,3%	2
Болезни кожи	14,9%±2,0%	6	5,0%±1,2%	3
Болезни костно-мышечной системы	90,4%±1,6%	2	0,0%±0,0%	7
Болезни эндокринной системы	2,8%±0,9%	9	0,6%±0,4%	6
Болезни крови	3,1%±1,0%	8	0,0%±0,0%	7
Болезни нервной системы	26,1%±2,4%	4	1,6%±0,7%	4
Болезни сердечно-сосудистой системы	9,0%±1,6%	7	0,0%±0,0	7

но к определенным нозологическим формам. Клинические симптомы с подобными характеристиками были расценены нами как состояния предболезни. Среди нозологических форм болезней органов желудочно-кишечного тракта преобладали функциональные расстройства (хронические запоры, функциональная абдоминальная боль, неязвенная диспепсия, дискинезия билиарной системы). Только у 1 ребенка был диагностирован хронический гастродуоденит, ассоциированный с инфекцией *H. pylori*.

Болезни органов мочевыводящей системы и кожи занимали соответственно 5 и 6 ранговую позицию (таблица 2). Число болезней сердечно-сосудистой системы (нарушение ритма сердца) и крови (анемия I ст.) увеличилось с 0 до 9,0%±1,6% и 3,1%±1,0%. Последнее ранговое место принадлежало патологии эндокринной системы (таблица 2).

Заключение

Таким образом, нами установлено, что данный критический период развития детей характеризовался низким уровнем здоровья: 41,3%±2,7% дошкольников страдал хроническими заболеваниями, 52,8%±4,3% из них отличались мультисистемностью поражения.

В качестве ведущей патологии выступали заболевания органов дыхания (1 ранговое место), опорно-двигательного аппарата (2 ранговое место), желудочно-кишечного тракта (3 ранговое место) и нервной системы (4 ранговое место). Хотелось бы отметить, что полученные нами результаты оценки состояния здоровья не противоречат литературным источникам [2,5]. Поэтому результаты проведенного исследования следует учитывать при проведении диспансерных осмотров в дошкольных образовательных учреждениях.

Разночтения в оценке состояния здоровья организованных дошкольников между результатами нашего ис-

следования и медицинской службы ДООУ связаны, вероятно, с различиями в диагностическом и методическом подходах. Использование нами расширенного спектра диагностических мероприятий привело к повышению первичной диагностики, как хронических заболеваний, так и преморбидных и донозологических состояний. Существующий стандарт и алгоритм проведения диспансерных осмотров в детских коллективах мало учитывает жалобы ребенка, опираясь в основном на данные только клинического и лабораторно-инструментального обследования. Между тем, для направления диагностического поиска необходим расспрос пациента. Поэтому, по нашему мнению, следует проводить предварительное структурированное анкетирование родителей с целью выявления не только патологических отклонений в организме ребенка, но и предикторов хронических заболеваний. На наш взгляд, при диспансеризации «здоровых» детей консультациям специалистов должен предшествовать осмотр педиатра, что позволило бы повысить эффективность диагностики патологических отклонений и, следовательно, улучшить качество профилактических мероприятий по устранению «управляемых» факторов риска формирования хронических заболеваний. ■

Богданова Л. В., к.м.н., доцент кафедры семейной медицины ФПК и ПП ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России, г. Екатеринбург; Шилко В. И., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детских болезней лечебно-профилактического факультета ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Богданова Людмила Витальевна, 620041, г. Екатеринбург, ул. Уральская 19 кв. 2, тел. +7(904)9884502, bogdanova_lv@el.ru

Литература:

1. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. Здоровье детей России как фактор национальной безопасности // <http://www.nczd.ru/art12.htm>. проверено 23.06.11
2. Копова С.Р. Состояние здоровья детей и совершенствования медицинской помощи в условиях первичного звена здравоохранения: автореф. дисс. ... док. мед. наук: Москва, 2007:1-55.
3. Байтурина А.Т. Состояние здоровья и качество жизни детей подросткового возраста в Республике Башкортостан: автореф. дис. канд.мед.наук: Москва,2008:1-26
4. Засорина А.Е. Научное обоснование совершенствования профилактической работы с детьми: автореф. дис. ... канд. мед. наук: Санкт-Петербург,2007:1-20.
5. Боева А.В. Комплексная гигиеническая оценка состояния здоровья детей дошкольного возраста, проживающих в промышленном городе Восточной Сибири: автореф. дис. ... канд. мед. наук:Иркутск,2005:1-26.
6. Грачев В.И. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей раннего возраста, рожденных вне брака: автореф. дис. ...канд. мед. наук: Рязань,2007:1- 23.
7. Квашина Л.В. Критические периоды развития и пограничные состояния у детей. <http://lekmed.ru/info/stati/kriticheskie-periody-razvitiya-i-pogranichnyesostoyaniya-zdorovya-u-detey.html> проверено 23.06.11
8. Баевский Р.М., Берсенева А.М. Оценка адаптационных возможностей и риска развития заболеваний. М.: Медицина; 1997
9. Темная В.И. Состояние здоровья и пути оздоровления детей Крайнего Севера: автореф. дис. ... к. м. н.: Москва,1999:1-24.
10. Захарова Н.М. Особенности состояния здоровья детей первых семи лет жизни (по материалам республики Саха (Якутия)): автореф. дис. ... канд. мед. наук: Москва,2002:1-20.