

Т.В. Яковлева¹, Е.А. Курмаева², С.Я. Волгина³

¹ Государственная Дума Российской Федерации

² Казанский государственный медицинский университет

³ Казанская государственная медицинская академия

Состояние здоровья детей дошкольного возраста из бедных семей

БЕДНОСТЬ ОСТАЕТСЯ АКТУАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМОЙ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ. ПРОВЕДЕНО КОМПЛЕКСНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ, ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 108 ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 5 ДО 7 ЛЕТ ИЗ БЕДНЫХ СЕМЕЙ (ОСНОВНАЯ ГРУППА). КОНТРОЛЬНУЮ ГРУППУ СОСТАВИЛИ 108 ДЕТЕЙ, СОПОСТАВИМЫХ С ДЕТЬМИ ОСНОВНОЙ ГРУППЫ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ, ИЗ СЕМЕЙ СО СРЕДНИМ ДОСТАТКОМ. ВЫЯВЛЕНЫ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ОСНОВНОЙ ГРУППЫ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ И УГЛУБЛЕННОГО ОСМОТРА, ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ; ОЦЕНЕНА «ШКОЛЬНАЯ ЗРЕЛОСТЬ», ПРЕДСТАВЛЕНО ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ДЕТИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, БЕДНОСТЬ, СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ.

14

Контактная информация:

Волгина Светлана Яковлевна,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры педиатрии
и перинатологии Казанской
государственной медицинской академии
Адрес: 420012, Казань,
ул. Муштары, д. 11,
тел. (843) 516-87-20
Статья поступила 23.04.2008 г.,
принята к печати 04.08.2008 г.

Бедность была и остается одной из наиболее актуальных проблем современной России [1–5]. В настоящее время по разным оценкам доходы 20–40% населения страны остаются ниже прожиточного минимума, а 1–5% наших сограждан существуют в условиях постоянного недоедания и на грани выживания [6, 7].

Последнее десятилетие характеризуется неблагоприятными демографическими процессами в обществе, которые сопровождаются резким ухудшением состояния здоровья детей [8–13]. В особо уязвимом положении оказались дети из бедных семей. В документе «Ликвидация разрыва» ВОЗ (1995 г.) отмечено: «Самый беспощадный убийца и главная причина страдания на Земле — это чрезмерная бедность». Данное заявление подчеркивает значимость бедности как фактора, неблагоприятно влияющего на здоровье.

Во всех странах мира нищета ассоциируется с высокими показателями детской и материнской смертности, недоеданием и дефицитом необходимых микроэлементов, подверженностью инфекционным болезням. Плохие жилищные условия, небезопасная вода, отсутствие надлежащих санитарных условий, недоедание и неграмотность — все это до сих пор для огромной части населения Земли остается, к сожалению, повседневным явлением [14–16].

Здоровье, включая здоровье детей и подростков, — одно из основополагающих прав человека. Право на «наивысший достижимый уровень здоровья» закреплено в Конвенции о правах ребенка и является моральной и юридической основой для деятельности, направленной на обеспечение справедливого распределения здоровья [17].

Следует подчеркнуть, что большинство публикаций, посвященных проблеме бедности, направлены на изучение социально-экономических причин этого

T.V. Yakovleva¹, E.A. Kurmaeva², S.Y. Volgina³

¹ The State Duma of the Russian Federation

² Kazan State Medical University

³ Kazan State Medical Academy

**State of health in children
of preschool age from poor
families**

POVERTY IS THE ACTUAL PROBLEM IN MODERN RUSSIA. COMPLEX CLINICAL, LABORATORY AND INSTRUMENTAL DIAGNOSTICS AND SOCIAL AND HYGIENIC RESEARCH IN 108 CHILDREN AT THE AGE OF 5–7 YEARS FROM POOR FAMILIES (BASIC GROUP) WAS PERFORMED. 108 CHILDREN FROM FAMILIES WITH MEAN INCOME, COMPARABLE TO THE CHILDREN FROM BASIC GROUP BY AGE AND SEX, FORMED CONTROL GROUP. THE PECULIARITIES OF STATE OF HEALTH IN CHILDREN WERE DISCOVERED USING APPEALABILITY AND ADVANCED EXAMINATION AND PHYSICAL GROWTH AND DEVELOPMENT DATA, SCHOOL READINESS WAS ESTIMATED. AUTHORS MADE A CONCLUSION OF HEALTH GROUP.

KEY WORDS: CHILDREN OF PRESCHOOL AGE, POVERTY, STATE OF HEALTH.

явления. Вместе с тем работы, посвященные изучению состояния здоровья детей из бедных семей, немногочисленны.

Нами проведено комплексное клиническое, лабораторно-инструментальное и социально-гигиеническое исследование 108 детей в возрасте от 5 до 7 лет из бедных семей (основная группа). Контрольную группу составили 108 детей, сопоставимых с детьми основной группы по полу и возрасту, родители которых имели средний достаток.

Изучение заболеваемости детей по материалам 3-летней обращаемости в детские поликлиники позволяет учесть всех больных с хронической патологией и врожденными аномалиями, которые ежегодно могли не обращаться за медицинской помощью. Из истории развития ребенка (ф. 112/у) проводилось копирование всех обращений.

При углубленном медицинском осмотре наряду с педиатром детей осматривали невропатолог, окулист, отоларинголог, хирург (уролог), гинеколог, эндокринолог, логопед, стоматолог, психолог, по показаниям — другие врачи-специалисты. Диагноз заболевания устанавливали на основании жалоб, анамнеза жизни и заболевания, изучения родословной, общего клинического исследования, лабораторных данных (клинический, биохимический анализы крови, анализы мочи и кала). Осуществлялось комплексное специальное исследование. Эзофагогастродуоденоскопию выполняли фиброскопами «Olimpus». УЗИ печени, желчного пузыря, почек, поджелудочной и щитовидной желез, сердца, матки, яичников проводили аппаратом «Toshiba 140», при необходимости использовали доплеровскую приставку. Запись ЭКГ осуществляли на электрокардиографе «ЭК 1Т-03 М».

Согласно общепринятой методике изучения заболеваемости по данным обращаемости и углубленного осмотра, все заболевания были зашифрованы, на основании чего вычисляли показатели распространенности заболеваний (включая отдельные классы и нозологические формы болезней) согласно международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Уровень физического развития оценивали, используя ряд соматометрических, соматоскопических и функциональных показателей. Соматометрические данные изучали по центильным таблицам [18]. Соматоскопические параметры (соматотип) определяли по схеме Р.Н. Дорохова и И.И. Бахрата у детей без ожирения и дефицита массы тела [19]. Помимо изучения особенностей морфофункционального состояния организма ребенка верифицировали биологический возраст по количеству проре-

завшихся зубов, длине тела, соотношению окружности головы и длины тела [20].

Готовность детей к систематическому обучению в школе (комплексная оценка «школьной зрелости») определяли с учетом результатов теста Керна-Ирасека, биологического возраста и изучения чистоты речи [20]. Комплексная оценка соматической составляющей здоровья ребенка с выделением группы здоровья осуществлялась по схеме, предложенной С.М. Громбахом [21].

Результаты проведенного исследования свидетельствовали о том, что уровень заболеваемости (по обращаемости детей из бедных семей) составлял 154,7 на 100 детей. Он оказался в 1,2 раза ниже, чем аналогичный показатель у их сверстников из контрольной группы (табл. 1). Очевидно, это связано с низкой медицинской активностью и комплаентностью бедных семей. В структуре заболеваний по обращаемости основное место принадлежало болезням органов дыхания: 94% в основной и 93% — в контрольной группе. Следует подчеркнуть, что в основной и контрольной группах число детей, не болевших в течение года острыми респираторными вирусными инфекциями (или не обращающихся за медицинской помощью), составило соответственно 29,6 и 22,9%, по 2 острых заболевания в год было у 30,6 и 20,9%, по 3 — у 7,4 и 10,5%, по 4 заболевания — у 6,5 и 10,5%, 5 и более — у 5,6 и 8,6% обследованных.

Результаты углубленного медицинского обследования детей из бедных семей выявили тенденцию к увеличению уровня различных заболеваний в основной группе. Общий уровень отклонений в основной группе был в 1,2 раза выше, хотя достоверно и не отличался от показателей в группе сравнения (соответственно 193,5 и 162,9 на 100 осматриваемых). Обращает на себя внимание тот факт, что на 1 ребенка в среднем приходилось 2,0 и 1,6 заболевания и (или) функциональных нарушения (табл. 2). Оценка структуры заболеваемости по данным углубленного осмотра показала, что главное место в основной группе принадлежало болезням костно-мышечной системы (27,3%). Далее шли патология системы кровообращения (13,4%), эндокринной системы и нарушения обмена веществ (12,4%), заболевания органов дыхания (11,5%) и пищеварения (11,0%). Удельный вес представленных классов заболеваний составлял 75,6%.

У детей из обеспеченных семей отмечалась иная структура заболеваний. На 1-м месте находились болезни органов дыхания (22,8%), на 2-м — костно-мышечной системы (13,4%), на 3-м — системы кровообращения и органов пи-

Таблица 1. Уровень и структура заболеваемости детей по показателю обращаемости

Патология	Основная группа		Контрольная группа	
	число заболеваний на 100 детей	структура заболеваемости %	число заболеваний на 100 детей	структура заболеваемости %
Инфекционные и паразитарные болезни	2,8	1,8	7,6	3,9
Болезни уха	2,8	1,8	1,9	1,0
Болезни органов дыхания	145,4*	94,0	178,1	93,1
Болезни органов пищеварения	2,8	1,8	2,9	1,5
Прочие	0,9	0,6	0,9	0,5
Всего	154,7*	100	191,4	100

Примечание:

здесь и в табл. 2–4: * — статистически значимое отличие ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой.

щеварения (по 12,9%), на 4-м — эндокринной системы (11,1%), на 5-м — кожи (10,5%). Удельный вес перечисленных классов заболеваний составлял 83,6%.

Болезни костно-мышечной системы в 2,4 раза чаще встречались у детей основной группы. Число заболеваний на 100 осмотренных равнялось в группах соответственно

52,8 и 21,9 (табл. 3). Это формировалось за счет таких отклонений, как плоскостопие и нарушение осанки. Их структура также преобладала среди других заболеваний.

Болезни органов дыхания, напротив, чаще (в 1,7 раза) регистрировались в контрольной группе — соответственно в 37,1 и 22,2 случаев (на 100 детей) (табл. 4). В этой же

Таблица 2. Уровень и структура заболеваемости по данным углубленного осмотра детей

Патология	Основная группа		Контрольная группа	
	число заболеваний на 100 детей	структура заболеваемости %	число заболеваний на 100 детей	структура заболеваемости %
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	9,3	4,8	10,5	6,4
Болезни эндокринной системы и нарушение обмена веществ	24,1	12,4	18,1	11,1
Психические болезни	4,6	2,4	1,9	1,2
Болезни системы кровообращения	25,9	13,4	20,9	12,9
Болезни органов дыхания	22,2*	11,5	37,1	22,8
Болезни органов пищеварения	21,3	11,0	20,9	12,9
Болезни кожи	7,4*	3,8	17,2	10,5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	52,8*	27,3	21,9	13,4
Болезни мочеполовой системы	15,7	8,1	10,5	6,4
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	5,6	2,9	2,9	1,8
Прочие	4,6	2,4	1,0	0,6
Всего	193,5	100	162,9	100

Таблица 3. Уровень и структура заболеваемости по классу «Болезни костно-мышечной системы»

Патология	Основная группа		Контрольная группа	
	число заболеваний на 100 детей	структура заболеваемости %	число заболеваний на 100 детей	структура заболеваемости %
Плоскостопие	13,9*	26,3	1,9	8,7
Уплотнение стопы	1,9	3,5	0	0
Сколиоз	1,9	3,5	0	0
Нарушение осанки	33,3*	63,2	20,0	91,3
Прочие	1,8	3,5	0	0
Всего	52,8*	100	21,9	100

Таблица 4. Уровень и структура класса патологии «Болезни органов дыхания»

Болезни органов дыхания	Основная группа		Контрольная группа	
	число заболеваний на 100 детей	структура заболеваемости %	число заболеваний на 100 детей	структура заболеваемости %
Гипертрофия миндалин	11,1*	50,0	20,0	53,8
Гипертрофия аденоидов	5,6	25,0	9,5	25,6
Хронический тонзиллит	3,7	16,7	6,7	17,9
Прочие	1,8	8,3	0,9	2,7
Всего	22,2*	100	37,1	100

группе достоверно чаще встречалась гипертрофия миндалин — соответственно в 20,0 и 11,1% случаев.

Проведенный анализ показал, что наряду с преобладанием болезней органов дыхания в контрольной группе преобладали болезни кожи и подкожной клетчатки, составляя соответственно 17,2 и 7,4% ($p < 0,05$). Достоверно чаще регистрировалась пищевая аллергия у детей с кожными проявлениями (10,5 и 1,9%).

При сопоставлении общей заболеваемости по результатам углубленного осмотра и обращаемости детей из бедных семей установлено, что этот показатель был в 1,25 раза выше в первом случае, чем во втором. Не следует забывать, что заболеваемость по обращаемости практически представлена только острой патологией.

Проведенное исследование свидетельствовало о тенденции к более частой регистрации в бедных семьях дефицита массы тела у детей по сравнению с их сверстниками из обеспеченных семей (соответственно 12,0 и 5,7%; $p > 0,05$) и низкого роста (12,0 и 5,7%; $p > 0,05$).

Изучение определенных характеристик физического развития детей с помощью перцентильных таблиц показало отсутствие достоверных различий между сравниваемыми группами. Однако при оценке изучаемых параметров у мальчиков и девочек выявлено, что у первых достоверно чаще при нормальном росте регистрировался дефицит массы тела (9,8%). Установлено также, что у мальчиков чаще, чем у девочек, определялся низкий рост при нормальной массе тела (14,6 и 4,5%; $p < 0,05$) (табл. 5).

Немаловажным является изучение биологического возраста. Полученные нами результаты убедительно показали увеличение числа детей из бедных семей с отставанием биологического возраста от паспортного (каждый 10-й ребенок) (рис. 1).

При изучении в сравниваемых группах морфотипа достоверных различий не выявлено; в среднем мезосоматический соматотип встречался в 82,5% случаях, микросоматический — в 5,6%, макросоматический — в 11,9%.

Важными факторами являются подготовка детей к школе и изучение «школьной зрелости». При проведении теста Керна–Ирасека только у 1 ребенка основной группы определена наихудшая оценка (10 баллов).

Рис. 1. Показатели биологического возраста у детей из бедных семей



Примечание: здесь и на рис. 2: * — статистически значимое отличие ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой.

С учетом проведенных исследований (тест Керна–Ирасека, выявление отклонений в звукопроизношении и оценка биологического возраста) установлено, что не готовых к школьному обучению было в основной группе 15,8% детей, в контрольной — 4,8% ($p < 0,05$).

Распределение детей по группам здоровья показало, что хронические заболевания в стадии компенсации (III группа здоровья) были у 33,4% детей из бедных семей и 15,2% — из обеспеченных ($p < 0,05$). Группу риска составляли 53,7% детей основной группы и 73,3% — контрольной ($p < 0,05$). Следовательно, анализ показал, что у каж-

Таблица 5. Показатели физического развития детей из бедных семей

Показатели	Мальчики, %		Девочки, %	
	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа
Нормосомия-нормотрофия	58,6	73,2	70,1	75,5
Нормосомия-дефицит массы тела	9,8*	—	7,4	5,6
Нормосомия-избыток массы тела	9,8	11,5	6,0	7,5
Гипосомия-нормотрофия	14,6**	3,8	4,5	1,9
Гипосомия-дефицит массы тела	—	—	3,0	3,8
Гипосомия-избыток массы тела	—	—	3,0	1,9
Гиперсомия-нормотрофия	2,4	7,7	3,0	3,8
Гиперсомия-дефицит массы тела	2,4	—	1,5	—
Гиперсомия-избыток массы тела	2,4	3,8	1,5	0

Примечание:

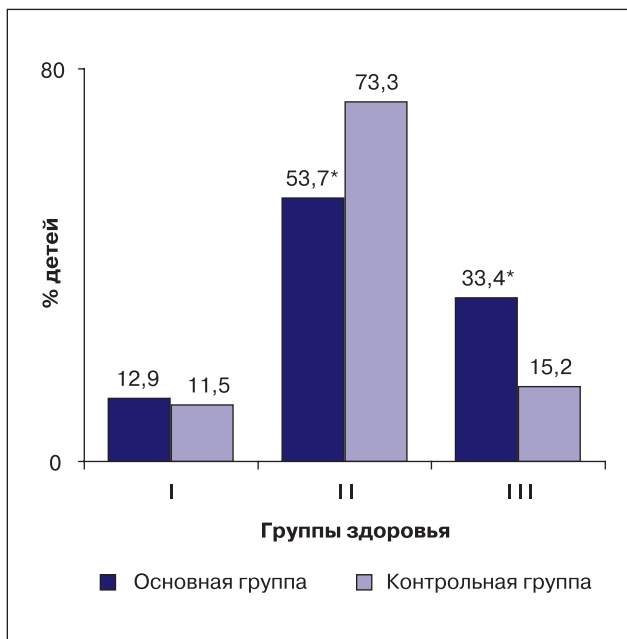
* — статистически значимое отличие ($p < 0,05$) между мальчиками в 2 группах;

** — между мальчиками и девочками основной группы.

дого 3-го ребенка из бедной семьи имелась хроническая патология, а у каждого 2-го диагностировалось морфо-функциональное нарушение (рис. 2).

Таким образом, наше исследование продемонстрировало, что уровень заболеваемости по обращаемости у детей из бедных семей в 1,2 раза ниже, чем у их сверстников из контрольной группы. В структуре заболеваний по обращаемости изучаемых контингентов основное место принадлежит болезням органов дыхания. Вместе с тем у детей из бедных семей чаще всего встречаются заболевания костно-мышечной системы, потом — системы кровообращения, а также эндокринной системы и нарушения обмена веществ. У мальчиков из бедных семей чаще, чем у их сверстников контрольной группы, регистрировалась нормосомия — дефицит массы тела. Кроме того, у мальчиков чаще, чем у девочек, определялся низкий рост при нормальной массе тела. Результаты обследования показывают, что больше детей из бедных семей не готовы к школьному обучению, каждый 3-й такой ребенок имеет хроническую патологию, а каждый 2-й — морфофункциональные нарушения. Знание частоты и структуры заболеваемости у детей из бедных семей позволит педиатрам предпринимать необходимые действия профилактического или лечебного характера.

Рис. 2. Распределение детей по группам здоровья



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Берендеева А.Б. Анализ бедности в России: необходимость единства экономического, социологического и демографического подхода // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия «Экономические науки»: «Проблемы новой политической экономии». — 2003. — № 1/2. — С. 76–81.
2. Николаев И., Марушкина Е. Бедность в России: экономический анализ // Общество и экономика. — 2005. — № 7–8. — С. 262–304.
3. Шевяков А.Ю. Социальное неравенство, бедность и экономический рост // Общество и экономика. — 2005. — № 3. — С. 5–18.
4. Шкаратан О.И., Иванов И.М., Инясевский С.А. Анализ социально-экономического неравенства россиян // Общественные науки и современность. — 2005. — № 5. — С. 36–53.
5. Sen A. The possibility of social choice. Economic sciences 1996–2000 / Ed. by T. Persson. — Singapore, 2003. — P. 153.
6. Блинов А.Г., Сидорова А.В. Проблема бедности в России и Украине // Экономист. — 2006. — № 6. — С. 62–67.
7. Овчарова Л.Н., Попова Д.О. Детская бедность в России. Тревожные тенденции и выбор стратегических действий (резюме доклада ЮНИСЕФ). — ЮНИСЕФ-Москва, 2005. — С. 24.
8. Величковский Б.Т., Баранов А.А., Кучма В.Р. Рост и развитие детей и подростков // Вестник РАМН. — 2004. — № 1. — С. 17–20.
9. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г.). — М., 2003. — С. 96.
10. Кучма В.Р. Показатели здоровья детей и подростков в современной системе социально-гигиенического мониторинга // Гигиена и санитария. — 2004. — № 6. — С. 14–16.
11. Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Приоритетные критерии оценки состояния здоровья и профилактики заболеваний детей и подростков // Гигиена и санитария. — 2005. — № 6. — С. 42–44.
12. Назарова И.Б. Причины изменения в состоянии здоровья жителей России за годы реформ (субъективные оценки) // Здравоохранение Российской Федерации. — 2006. — № 2. — С. 25–26.
13. Баранов А.А., Щеплягина Л.А., Ильин А.Г., Кучма В.Р. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности // Российский педиатрический журнал. — 2005. — № 2. — С. 29–30.
14. Ключман Д. Сборник материалов по созданию стратегий сокращения бедности (Обзор). — М., 2002. — С. 29.
15. О развитии человеческого потенциала в Российской Федерации. Материалы «Доклада о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации. Год 2001» // Общество и экономика. — 2002. — № 6. — С. 188–207.
16. Одиннадцатая общая программа работы на 2006–2015 гг. Доклад секретариата Всемирной Организации Здравоохранения. Доступно на <http://www.who.int>.
17. Конвенция о правах ребенка. Доступно на <http://www.un.org/>
18. Межрегиональные нормативы для оценки длины и массы тела детей от 0 до 14 лет: Методические рекомендации МЗ СССР. — М., 1990. — С. 37.
19. Шамсиев С.Ш., Шабалов Н.П., Эрман Л.В. Руководство для участкового педиатра. — Ташкент: Медицина, 1990. — С. 587.
20. Организация работы детской поликлиники по подготовке к поступлению в дошкольные учреждения и школу: методические рекомендации МЗ РСФСР. — М., 1983. — С. 43.
21. Громбах С.М. Оценка состояния здоровья детей и подростков при массовых осмотрах // Вопросы охраны материнства и детства. — 1973. — № 7. — С. 3–6.