

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Е. Плигина, В. Власова, доктор медицинских наук,
Мордовский государственный педагогический институт
им. М.Е. Евсевьева, Саранск
E-mail: kat.vp@mail.ru

Сравнивали физическое развитие детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, из Рузаевского и Ялгинского детских домов-школ. По данным анализа, в Рузаевском детском доме достоверно чаще регистрируются низкий рост детей, дефицит массы тела, а также их сочетание, выше уровень заболеваемости. Авторы связывают это с тем, что с 2005 г. по настоящее время Ялгинский детский дом является Республиканской экспериментальной площадкой «Детский дом-школа как модель индивидуального развития личности» с совершенствованием оздоровительной службы и проведением комплекса профилактических мероприятий.

Ключевые слова: дети-сироты, интернатные учреждения, физическое развитие, показатели здоровья.

Улучшение состояния здоровья подрастающего поколения — приоритетная проблема отечественного здравоохранения. Особая ее актуальность в нашей стране связана с затянувшимися социально-экономическими преобразованиями и увеличением числа семей, попавших в сложное положение. Безработица, алкоголизация населения, локальные военные конфликты способствовали росту числа детей и подростков, оставшихся без попечения родителей [1, 6, 7, 10]. В 2008 г. в Республике Мордовия таких детей было 3178, т.е. с 2000 г. их численность увеличилась на 51%. Около 600 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, воспитываются в детских домах и школах-интернатах (их в республике 15).

Состоянием здоровья таких детей определяются спектр и выраженность их социальных и медицинских проблем и в конечном счете во многом — их судьба [4, 9].

Следует отметить, что медицинская реабилитация таких детей представляет собой многоцелевой и многоэтапный процесс, в ходе которого необходимо сочетать общие подходы с коррекцией специфических факторов риска, свойственных данному контингенту [2, 3].

Нами поэтапно с 2006 по 2008 г. проведено комплексное медико-социальное исследование по проблеме современного сиротства. В исследование были включены 1544 ребенка от 7 до 18 лет (мальчиков больше, чем девочек, на 4,9%).

Исследование выполнялось на базе государственных образовательных учреждений Республики Мордовия для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, — Рузаевского детского дома-школы (РДДШ) и Ялгинского детского дома-школы (ЯДДШ), который с 2005 г. по настоящее время является Республиканской эксперимен-

тальной площадкой «Детский дом-школа как модель индивидуального развития личности».

Выполненное исследование не ущемляет прав объектов исследования, не подвергает опасности их благополучие и соответствует требованиям биомедицинской этики.

Физическое развитие — один из самых информативных критериев здоровья детей: отражая процессы роста и формирования организма, оно непосредственно зависит от состояния здоровья, так как серьезное заболевание задерживает процесс физического развития, особенно у детей и подростков. С другой стороны, течение и исход болезни во многом зависят от физического развития больного. Таким образом, показатели физического развития являются ценными клинико-диагностическими критериями, а с точки зрения социально-гигиенических исследований — важными индикаторами социального благополучия общества [8].

Наиболее устойчивый (и поэтому достоверный) показатель физического развития — длина тела. По мере роста и созревания различных систем и органов длина тела увеличивается. У 79,7% обследованных детей зафиксирован средний рост, у 19,2% — низкий, у 1,1% — высокий. Нормальный рост (нормосомия) чаще отмечался у детей из ЯДДШ. В РДДШ число детей с нормосомией прогрессивно уменьшалось: в 2006 г. — 81,0%, в 2007 г. — 72,7%, в 2008 г. — 62,5% ($p < 0,05$).

Масса тела — более варибельный показатель, больше подверженный влиянию разных факторов. Масса тела соответствовала росту у 85,2% обследованных (как у мальчиков, так и у девочек). Дефицит массы тела зарегистрирован у 14,2% детей, избыточная масса тела — у 0,6%. Число детей с нормотрофией в ЯДДШ было стабильным с незначительной тенденцией к росту. В РДДШ доля детей с нормальной массой тела меньше. Так, в 2007 г. она составила 71,3% с последующим ростом в 2008 г. до 91,3% ($p < 0,05$).

Низкая масса тела (гипотрофия) в ЯДДШ в 2006–2008 гг. была выявлена у 5,0% детей, тогда как в РДДШ в 2006 г. — у 27,9%, в 2008 г. — у 8,7% ($p < 0,05$).

При сопоставлении роста и возраста нормосомия к 16–18 годам в ЯДДШ отмечена у 95,7% детей, в РДДШ — у 86,8% ($p < 0,05$). Отмечено снижение числа случаев гипосомии к 16–18 годам: в ЯДДШ — до 4,3%, в РДДШ — только до 13,2% ($p < 0,05$).

При сопоставлении массы тела и возраста в ЯДДШ к 16–18 годам отмечена стабильная тенденция к росту частоты нормотрофии. В РДДШ к этому возрасту доля детей с нормотрофией возросла до 86,8%. Наблюдалось снижение (до 4,3%) частоты гипотрофии в ЯДДШ к 16–18 годам, тогда как в РДДШ — до 13,2%.

Согласно результатам исследования, у детей достаточно часто встречалось сочетанное снижение массы тела и роста (в ЯДДШ — у 21,4%, в РДДШ — у 38,2%; $p < 0,05$).

Гармоничное развитие в ЯДДШ имели 79,2% детей, в РДДШ — 61,4% ($p < 0,05$), дисгармоничное — соответственно 15,2 и 26,9% ($p < 0,05$), резко дисгармоничное — 5,6 и 11,7%.

Важнейшими индикаторами состояния здоровья являются показатели заболеваемости, данные о которой представляют собой надежную информационную базу для управления здравоохранением, расчета необходимых ресурсов. Более того, показатели заболеваемости являются своеобразным индикатором, отражающим реальную социально-экономическую ситуацию в обществе, позволяют

анализировать проблемы, выявлять приоритеты для выработки политических, экономических и медико-организационных решений в целях улучшения охраны здоровья.

Заболеваемость 1544 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, нами изучена по данным обращаемости и углубленных медицинских осмотров. Разработку и систематизацию материалов осуществляли в соответствии с МКБ-10. Заболеваемость по данным обращаемости не отражает истинной картины заболеваемости, однако ее показатели свидетельствуют о степени доступности медицинской помощи и уровне медицинской активности [5]. Показатель заболеваемости по обращаемости в РДДШ оказался в 1,3 раза выше, чем в ЯДДШ, и составил 72,59 на 100 детей за исследуемый период.

Пик заболеваемости приходится на осенне-зимний период (октябрь–февраль), что связано с болезнями органов дыхания. Отмечен также подъем заболеваемости в июне, преимущественно – вследствие болезней органов пищеварения.

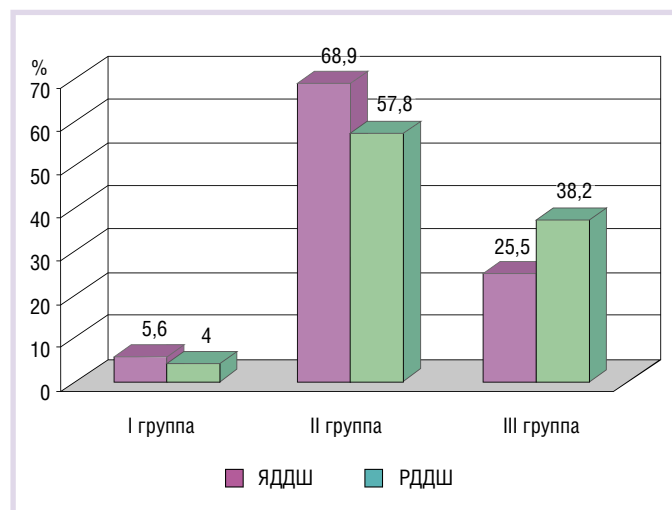


Рис. 1. Распределение детей по группам здоровья

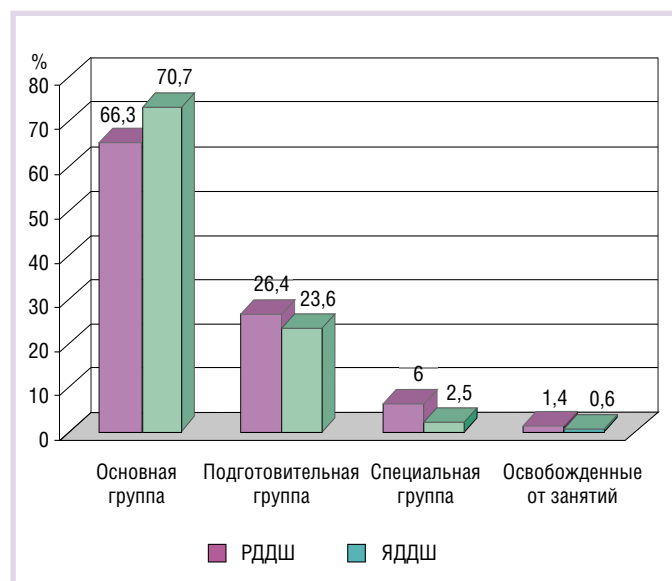


Рис. 2. Распределение воспитанников РДДШ и ЯДДШ по физкультурным группам

В структуре заболеваемости по обращаемости за исследуемый период преобладают болезни органов дыхания (59%). В РДДШ их частота в 1,3 раза выше, чем в ЯДДШ. На 2-м месте – болезни органов пищеварения (42,7%): их частота в 1,9 раза больше в РДДШ, чем в ЯДДШ. На 3-м месте (18%) – болезни органа зрения.

Важные сведения о заболеваемости дают медицинские осмотры, основная цель которых – углубленное изучение заболеваемости, выявление и диспансеризация хронических больных.

По данным углубленных осмотров, 1-е место в структуре заболеваемости занимают болезни органов пищеварения (15,6%), 2-е – болезни нервной системы (7,4%), 3-е – болезни глаз (6,4%), среди которых на долю миопии приходится около 85%, причем у каждого 3-го ребенка – близорукость средней и высокой степени. В РДДШ за исследуемый период отмечен рост заболеваемости в 1,4 раза.

По данным комплексной оценки состояния здоровья воспитанников интернатных учреждений Республики Мордовия, I группу здоровья имели только 3,2% обследованных, II – 69,0%, III – 27,8%. Воспитанники РДДШ достоверно чаще относились ко II и III группам здоровья. I группу здоровья имело наименьшее количество воспитанников, из них в ЯДДШ – 5,6%, в РДДШ – 4,0%. Больше всего воспитанников имели II группу здоровья: в РДДШ – 57,8%, в ЯДДШ – 68,9% ($p < 0,05$). III группа здоровья зарегистрирована в РДДШ у 38,2% детей, в ЯДДШ – у 25,5% ($p < 0,05$) – рис. 1.

Установлено, что большинство детей занимались в основной физкультурной группе: в ЯДДШ – 70,7%, в РДДШ – 66,3% ($p < 0,05$). Число занимающихся в подготовительной группе в ЯДДШ и РДДШ было фактически одинаковым. В РДДШ в специальной группе занималось 6% детей, в ЯДДШ – только 2,5% ($p < 0,05$), число освобожденных от занятий физкультурой составило соответственно 1,4 и 0,6% (рис. 2).

Комплексная оценка здоровья детей показывает, что каждый 2-й воспитанник имеет то или иное хроническое заболевание. Это диктует необходимость совершенствования системы профилактических и реабилитационных мероприятий на всех этапах медицинского обслуживания данного контингента.

Таким образом, анализ показал, что воспитанники РДДШ имеют худшие показатели физического развития, чем их сверстники из ЯДДШ. У них достоверно чаще регистрируются низкий рост, дефицит массы тела, а также их сочетание. Гармоничное развитие в ЯДДШ регистрировали у 79,2% детей, в РДДШ – у 61,4%, дисгармоничное – соответственно у 15,2 и 26,9%, резко дисгармоничное – соответственно у 5,6 и 11,7%.

По данным углубленных медицинских обследований, в структуре заболеваемости лидирует патология пищеварительной системы (15,6%), на 2-м месте – патология нервной системы (7,4%), на 3-м – болезни органа зрения (6,4%). Уровень заболеваемости выше в РДДШ.

Анализ состояния здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, показывает, что оно хуже в РДДШ. Это связано с тем, что ЯДДШ с 2005 г. по настоящее время является Республиканской экспериментальной площадкой «Детский дом-школа как модель индивидуального развития личности», в нем совершенствуется оздоровительная служба и внедрен комплекс профилактических мероприятий.

Литература

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Гасиловская Т.А. Медико-социальные проблемы современного сиротства – М.: ЛитТерра, 2007. – С. 9–14.
2. Кадакин В.В. Школа – центр здоровья. Реализация здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. – Саранск, 2004. – С. 18–22.
3. Ленькин И.А., Вакаева И.А., Самсонова Т.В. Построение модели индивидуального развития личности как средства социализации воспитанников детского дома-школы – Саранск, 2009. – С. 51–54.
4. Либова Е.Б., Кузнецова Е.Ю. Медико-социальная характеристика детей – воспитанников домов ребенка // Вопр. совр. педиатрии. – 2003; 2: 200.
5. Медик В.А., Юрьев В.К.. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению – М.: Медицина, 2001. – С. 199.
6. Назарова И.Б. Адаптация и возможные модели мобильности сирот // Серия «Научные доклады» № 120. – М.: Московский общественный фонд, 2000. – С. 239.
7. Юткина Н.Е. Образование в Республике Мордовия. Факты. Тенденции. Статистика: информационно-аналитический сборник. – Саранск, 2008. – С. 37–40.
8. Яйленко А.А., Зернова Н.И., Легонькова Т.И. Уровень физического развития и конституциональные особенности как диагностические критерии его здоровья // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 1998; 4 (5): 11–13.
9. Hollingsworth L. International adoption among families in the United State: considerations of social justice // Soc. Work. – 2003; 48 (2): 209–217.
10. Karmel M. The medical needs of international adoptees // Minn. Med. – 2003; 83 (3): 30–34.

THE HEALTH OF CHILDREN WITHOUT PARENTAL CUSTODY

E. Pligina, V. Vlasova, MD

M.E. Evseyev Mordovian State Pedagogical Institute, Saransk
The physical development was compared in orphans and children without parental care from the Ruzayevo and Yalga children's home schools. Analysis has shown that short stature, underweight, their combination, and high morbidity rates are significantly more frequently recorded in the Ruzayevo children's home. This is associated with the fact that since 2005 the Yalga children's home has been the republican experimental area «The Children's Home School as a Model of Individual Personality Development», by improving a health-improving service and implementing a package of preventive measures.

Key words: orphans, boarding schools, physical development, health indices.

Журнал «Экспериментальная и клиническая дерматокосметология»

предоставляет широкому кругу специалистов —

дерматологов, косметологов, врачей смежных специальностей и научных работников современную достоверную информацию о новых методах диагностики, профилактики и лечения в области пластической хирургии, аппаратной косметологии и лазерной технологии

Подписаться можно с любого месяца

Подписной индекс

по каталогу «Роспечать» – **82021**
 по каталогу «Пресса России» – **12148**
 по каталогу «Почта России» – **73187**

Р ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
 «РУССКИЙ ВРАЧ»

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИПИРИДАМОЛА ПРИ «МАТОЧНОЙ ФОРМЕ» СИНДРОМА ПРИВЫЧНОЙ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ

П. Кирющенко, доктор медицинских наук, **О. Александрина**,
Д. Белоусов, кандидат медицинских наук
 Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
 им. акад. В.И. Кулакова, Москва
E-mail: sidelnikova@freemail.ru

Антиагрегантное действие дипиридамола сочетается с его способностью позитивно влиять на сосудистую стенку (снятие вазоспазма) В I триместре обследована с применением ультразвуковой доплерометрии 41 женщина с синдромом привычной потери беременности. Установлено снижение показателей кровотока в матке, наиболее выраженное на уровне аркуатных, радиальных и базальных артерий и в субхориальной зоне. На фоне применения препарата Курантил® в дозе 25 мг 3 раза в день в течение 6 нед показатели кровотока во всех бассейнах сосудов матки нормализовались.

Ключевые слова: Курантил®, привычная потеря беременности, доплерометрия, I триместр.

До 20% клинически диагностированных беременностей заканчиваются их спонтанным прерыванием, при этом в 75–80% случаев – в I триместре [4]. Среди причин самопроизвольного прерывания беременности, особенно в ранние сроки, выделяют так называемый маточный фактор (гипоплазия и незрелость эндометрия, нарушения гемодинамики в сосудистом русле матки). Эти изменения, нередко сочетающиеся с эндокринопатиями, инфекционными состояниями, иммунологическими и гемостазиологическими нарушениями как на системном, так и на локальном уровне, способствуют неполноценности процессов имплантации и плацентации [2]. Морфологическая основа маточного фактора чаще всего представлена хроническим эндометритом [1].

В качестве одного из основных компонентов предгестационной подготовки при маточном факторе привычной потери беременности (ППБ) хорошо зарекомендовали себя препараты, улучшающие микроциркуляторные и гемореологические показатели [5], в частности дипиридамола (препарат Курантил®, Берлин-Хеми АГ, Германия), оказывающий антиагрегантное и вазодилатирующее действие. Антитромботический эффект Курантила® связан с высвобождением предшественника простагландина из сосудистой эндотелия. Влияя на метаболизм арахидоновой кислоты, Курантил® увеличивает синтез простаглицлина в сосудистой стенке и уменьшает синтез тромбосана А2 в тромбоцитах путем подавления тромбосансинтетазы. В результате снижается адгезия тромбоцитов к эндотелию, субэндотелию и коллагену поврежденной сосудистой стенки, что приводит к увеличению продолжительности жизни тромбоцитов и замедлению их агрегации. Помимо это-