

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

© Соколова М.И.<sup>1</sup>, Гончар Н.В.<sup>1,2</sup>, Шишкина Ю.А.<sup>3</sup>, Акимов А.А.<sup>1</sup>, Калиничева Е.О.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

<sup>2</sup> ДНКЦИБ ФМБА России,

<sup>3</sup> СПНДР № 13 Санкт-Петербург, Россия

**Резюме.** Цель исследования — изучить особенности развития и состояние здоровья детей дошкольного возраста из социально-неблагополучной среды. Пациенты и методы. В «Центре медицинской и социальной реабилитации детей, оставшихся без попечения родителей, им. В.В. Цимбалы» в 2016–2017 гг., в процессе обследования, лечения и реабилитации, наблюдали 130 пациентов обо-его пола в возрасте от 8 месяцев до 6 лет. Выявляли неблагоприятные факторы антенатального анамнеза, обращая внимание на образ жизни и состояние здоровья родителей, отмечали характер вскармливания в грудном возрасте, частоту перенесённых инфекционных заболеваний; оценивали эпидемиологический и прививочный анамнез. Всем пациентам проводили комплексное клинико-лабораторное обследование; оценивали физическое и психомоторное развитие; выявляли дефицитные состояния, кариес зубов, заболеваемость туберкулезом. Результаты. У всех детей отмечено сочетание многих неблагоприятных факторов антенатального анамнеза, отсутствие грудного вскармливания, большинство из них имели признаки социально-педагогической запущенности. Комплекс неблагоприятных факторов способствовал развитию рахита у 78,3% детей первых 2 лет жизни, белково-энергетической недостаточности I-II степени тяжести у 45,4%, железодефицитной анемии у 16,9%, а также отставанию в нервно-психическом и речевом развитии у 50,8%. Отмечена высокая частота респираторных инфекций, протекающих с бактериальными осложнениями (у 55,4% детей), а также кариеса зубов (у 45,4% детей), в том числе его распространённой формы (у 23,7% детей). Установлен очень высокий уровень заболеваемости малыми формами туберкулеза: туберкулез внутригрудных лимфатических узлов диагностирован у 3,8% детей. Заключение. Проблемы формирования здоровья, его сохранения и восстановления у детей дошкольного возраста из социально неблагополучной среды остаются высоко актуальными и требуют особого внимания государства, как со стороны педиатрической, так и со стороны социальных служб.

**Ключевые слова:** дети из социально неблагополучной среды, дошкольный возраст, задержка психомоторного развития, дефицитные состояния, кариес зубов, туберкулез.

## HEALTH STATUS OF PRESCHOOL AGE CHILDREN, REMAINED WITHOUT PARENTAL CARE

© Sokolova M.I.<sup>1</sup>, Gonchar N.V.<sup>1,2</sup>, Shishkina Yu.A.<sup>3</sup>, Akimov A.A.<sup>1</sup>, Kalinicheva E.O.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,

<sup>2</sup> Pediatric Research and Clinical Center for Infectious Diseases,

<sup>3</sup> Specialized psycho-neurological orphanage N 13. Saint Petersburg, Russia

**Summary.** The purpose of research is to study the peculiarities of the development and the health of preschool age children from socially disadvantaged backgrounds. **Patients and methods.** In the Center for Medical and Social Rehabilitation of children, remained without Parental Care, in 2016–2017, in the process of examination, treatment and rehabilitation, 130 patients of both sexes aged from 8 months to 6 years were observed. Identified unfavorable factors of antenatal history, paying attention to the lifestyle and health of parents, noted the nature of feeding in infancy, the incidence of infectious diseases; assessed epidemiological and vaccine history. All patients underwent complex clinical and laboratory examination; evaluated physical and psycho-motor development; revealed deficient conditions, tooth decay, incidence of tuberculosis. **Results.** All children had a combination of many unfavorable factors of antenatal history, lack of breastfeeding, most of them had signs of social and pedagogical neglect. The complex of unfavorable factors promoted the development of rickets in 78.3% of children in the first 2 years of life, protein-energy deficiency of I-II degree of severity in 45.4%, iron deficiency anemia in 16.9%, and also in neuropsychiatric speech development in 50.8%. There was a high incidence of respiratory infections with bacterial complications (55.4% of children) and dental caries (in 45.4% of children), including its widespread form (in 23.7% of children). A very high incidence of small forms of tuberculosis was established: tuberculosis of the intrathoracic lymph nodes was diagnosed in 3.8% of children. **The conclusion.** The problems of health formation, its preservation and recovery in preschool-

aged children from socially unfavorable environment remain highly relevant and require special attention of the state, both on the part of the pediatric and social services.

**Key words:** children from socially unfavorable environment, preschool age, retardation of psycho-motor development, deficient states, dental caries, tuberculosis

## ВВЕДЕНИЕ

Уровень здоровья детского населения во многом отражает состояние здоровья популяции в целом [1]. Здоровье детей зависит от многих факторов, к наиболее контролируемым из них относятся социальные. Социальное неблагополучие может способствовать формированию разнообразной патологии [2]. Исследования влияния различных социальных факторов на здоровье детей дошкольного возраста показали, что низкий уровень образования родителей более негативно влияет на состояние здоровья детей, нежели недостаточный уровень семейного дохода [3]. Гигиеническая грамотность семьи и, прежде всего, матери, значимо влияет на частоту у детей дошкольного возраста психических расстройств, болезней органов пищеварения и мочеполовой системы [4]. Информирование подростков и населения в целом о здоровом питании и образе жизни, о вреде никотиновой, алкогольной и других аддикций, является важнейшим условием формирования здоровья детей [2].

Проведенное в 2013 г. социологическое исследование более 389 семей, имеющих детей, показало длительное влияние на здоровье детей в возрасте до 14-ти лет таких социально-гигиенических факторов, как состояние здоровья матери при рождении ребенка, профессиональные вредности у родителей, искусственное вскармливание, материальное благосостояние семьи [5]. Анализ влияния социально-гигиенических факторов риска на состояние здоровья детей первых трёх лет жизни г. Москвы, регулярно наблюдаемых врачами детских поликлиник, выявил наименьшую заболеваемость детей в полных семьях с благоприятным психологическим климатом, от молодых родителей с высоким образовательным уровнем, не имеющих вредных привычек, проживающих в хороших жилищных и материальных условиях. У детей, имевших в возрасте до 1 года в историях развития отметки о нарушениях в уходе, индекс здоровья был в 2,2 раза ниже, а число часто болеющих (перенесших 7 и более заболеваний в год) — выше в 6,4 раза [6].

При неблагополучии социально-гигиенического статуса семьи страдает физическое, соматическое, психическое и нравственное здоровье детей. Негативное влияние социаль-

ного неблагополучия сказывается на повышении риска возникновения дефицитных состояний, заболеваний органов зрения и сердечно-сосудистой системы (в первую очередь, функциональных кардиопатий), а также фтизиатрической патологии [7].

Туберкулез у детей возникает чаще всего на фоне социального неблагополучия после непосредственного длительного контакта с источником инфекции, поэтому заболеваемость детей туберкулезом представляет собой важный прогностический показатель, отражающий общую эпидемическую ситуацию по туберкулезу в любом регионе. Как показывают результаты динамического статистического наблюдения, доля детей до 14 лет в возрастной структуре заболеваемости туберкулезом населения России в последние годы имеет тенденцию к снижению (3,8% в 1999 г., 2,7% в 2009 г., 3,2% в 2011 г.). В период с 1992 по 2001 г.г. в целом по РФ отмечался значимый рост регистрируемой заболеваемости туберкулезом детей от 0 до 14 лет (с 9,4 до 19,1 на 100 тыс. детского населения). В настоящее время имеют место стабильные колебания показателя регистрируемой заболеваемости детей туберкулезом на уровне 16,5 на 100 тыс. детей (16,3 — в 2011 г., 16,6 — в 2012 г.) [8, 9]. Внедряются новые методы диагностики туберкулеза у детей [10, 11]. На этом фоне изучение заболеваемости туберкулезом детей из социально неблагополучных семей остается высоко актуальной задачей.

Результаты комплексного социально-гигиенического обследования детей, оставшихся без попечения родителей, не только в нашей стране, но и в странах ближнего зарубежья, однозначно свидетельствуют о более низком уровне их физического и нервно-психического развития, а также о повышенной частоте инфекционной патологии с доминированием заболеваний органов дыхания [12].

Самой распространенной стоматологической патологией, как во взрослом, так и в детском возрасте является кариес [13]. Литературных данных о частоте кариеса у детей дошкольного возраста недостаточно. Распространенность кариеса у детей в возрасте до года в ряде регионов страны составляет 10%, а к 3-м годам достигает 60% [14, 15]. Саногенное поведение детей в отношении сохранения здоровья зубов зависит от уровня

образования родителей; реализация его принципов служит одним из ключевых факторов современных программ оздоровления детского населения [16]. Для детей из социально-неблагополучных семей в профилактике кариеса особенно велика роль врача-стоматолога [17]. Данных о частоте кариеса у детей из таких семей в доступной литературе выявить не удалось.

Статистика последних лет свидетельствует, что почти каждый 200-й ребенок в стране оказывается лишённым поддержки семьи, подвергается материальным, физическим и моральным ограничениям и лишениям, что неизменно негативно отражается на здоровье. Интервьюирование этих детей в возрасте от 7 до 17 лет, проведенное в 2007 г. центром социологических исследований Министерства образования, показало, что 58,5% их них неоднократно уходили из дома. В качестве основных причин уходов из дома 40,5% респондентов называли пьянство родителей, 16,5% — конфликты в семье, 13,3% — плохое материальное положение, 10,8% — развод родителей и постоянное пребывание в доме посторонних людей [18].

Медицинские и педагогические коллективы многочисленных учреждений, осуществляющих комплексную реабилитацию детей, оставшихся без попечения родителей, активно решают сложные вопросы сохранения и восстановления здоровья своих воспитанников, способствуют их физическому и духовному развитию [19, 20].

Аntenатальный период и первые годы жизни во многом определяют здоровье ребёнка в более старшем и взрослом возрасте, поэтому оценка влияния социального неблагополучия на этом этапе представляется особенно важной. Не вызывает сомнения, что для профилактики и своевременного устранения выявляемых неблагоприятных социально-гигиенических факторов необходимо постоянно мониторировать их влияние на здоровье детей.

### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Изучить особенности развития и состояние здоровья детей дошкольного возраста из социально-неблагополучной среды.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центр медицинской и социальной реабилитации детей, оставшихся без попечения родителей, им. В.В. Цимбалына» (центр им. В.В. Цимбалына) в 2016–2017 гг., в процессе об-

следования, лечения и реабилитации, наблюдали 130 пациентов обоего пола в возрасте от 8 месяцев до 6 лет. Выявляли зафиксированные в сопроводительных документах детей неблагоприятные факторы антенатального анамнеза, обращая внимание на образ жизни и состояние здоровья родителей, отмечали характер вскармливания в грудном возрасте, частоту перенесённых инфекционных заболеваний; оценивали эпидемиологический и прививочный анамнез. Всем пациентам проводили комплексное обследование, включающее следующие методы: 1) физикальный осмотр; 2) лабораторные методы (клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, микроскопическое исследование кала на простейшие и яйца глистов, бакпосев кала; анализы крови на маркеры вирусных гепатитов В и С, ВИЧ-инфекцию, сифилис); 3) инструментальные методы диагностики (ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости); 4) консультирование детей врачами-специалистами при наличии показаний (неврологом, психиатром, кардиологом, отоларингологом, ортопедом, логопедом, гастроэнтерологом, стоматологом).

О проведении прививки БЦЖ свидетельствовало наличие рубца на плече в месте введения вакцины. При отсутствии поствакцинального рубца и выявлении положительной реакции Манту с 2 ТЕ (с размером папулы 12 мм и более) или выража туберкулиновой пробы дети были консультированы фтизиатром с последующим уточнением наличия контактов с больными туберкулезом и комплексным обследованием, включающим постановку градуированной реакции Манту, рентгенографию грудной клетки и другие методы.

Наличие кариеса диагностировали при тщательном осмотре полости рта врачом-педиатром; при выявлении кариеса 3 зубов и более процесс считали распространенным. Следует подчеркнуть, что врачи-интернисты выявляют кариес, только начиная с его поверхностной (второй) стадии, тогда как первая стадия кариеса — деминерализации эмали (стадия «меловидного пятна») может быть диагностирована врачом-стоматологом.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

В центр им. В.В. Цимбалына дети поступали по направлениям учреждений социальной службы или полиции. Большинство детей было в возрасте от 8 до 24 месяцев жизни — 60 (46,2%), (группа 1); детей от 2 до 4 лет было 36 (27,7%; группа 2) и от 5 до 6 лет — 34 (26,1%; группа 3). Дети практически не предъявляли жалоб, поступали голодные, грязные, нередко

Таблица 1

**Частота кариеса зубов у наблюдаемых детей в зависимости от возраста**

Контингенты детей с выявленным кариесом зубов	Количество детей с выявленным кариесом зубов			
	Группа 1 8–24 мес.	Группа 2 2–4 года	Группа 3 5–6 лет	Всего
Общее количество детей с кариесом	8 (13,3%)	29 (80,6%)	22 (64,7%)	59 (45,4%)
Из них детей с распространенной формой кариеса	2 (25%)	5 (17,2%)	7 (32%)	14 (23,7%)

с педикулёзом. Многие из них не имели постоянного места жительства, часть детей были мигрантами из стран ближнего зарубежья.

Аntenатальный период у большинства обследованных протекал на фоне хронической интоксикации: алкоголизмом страдали 57 (43,8%) матерей, никотиновую зависимость имели 64 (49%) из них, наркотическую — 7 (5,4%). Диагноз СПИД был установлен у 5 матерей (3,8%). Подавляющее большинство матерей в период беременности не наблюдались в женской консультации. Сведений об образе жизни и состоянии здоровья отцов получить не удалось. Сведения о течении родов были скудные, у 6 (4,6%) детей имелись данные о рождении путем кесарева сечения.

Все дети в грудном возрасте находились на искусственном вскармливании, качество которого было низким. Об этом свидетельствовали имеющиеся клинические признаки дефицитных состояний. Так, белково-энергетическую недостаточность I-II степени тяжести имели 59 (45,4%) обследуемых; рахит был диагностирован у 47 (78,3%) детей до 2 лет, а пострахитические деформации грудной клетки и конечностей различной степени выраженности определялись у 58 (82,9%) детей старше 2 лет; железодефицитная анемия выявлена у 22 (16,9%) пациентов.

Отставание в психомоторном и речевом развитии по причине перинатальных повреждений нервной системы и социально-педагогической запущенности было установлено у 66 (50,8%) наблюдаемых детей; у 17 (25,8%) из них имелись различные формы органического поражения центральной нервной системы, сопровождающиеся умственной отсталостью.

О низком уровне неспецифического иммунитета свидетельствовали частые респираторные инфекции, протекающие с бактериальными осложнениями (синуситы, аденоидиты, тонзиллиты), которые имели в анамнезе 72 (55,4%) ребёнка. Следует отметить низкую частоту атопического дерматита, признаки которого были выявлены только у 10 (7,7%) детей.

Кариес зубов был установлен у 59 (45,4%) обследованных, у 14 (23,7%) из них диагностирована распространенная форма, наиболее

высокая частота которой (32%) отмечена в возрастной группе от 5 до 6 лет. Частота кариеса у наблюдаемых детей разного возраста представлена в таблице 1.

Учитывая возможность диагностики ранних стадий кариеса только врачами-стоматологами, следует полагать, что истинная частота кариеса у обследованных детей значительно выше. Высокая частота кариеса у детей дошкольного возраста, оставшихся без попечения родителей, а также частое наличие у них распространенного кариозного процесса, вероятно, обусловлены вредными привычками матерей (в том числе во время беременности), искусственным вскармливанием на первом году жизни, дефицитными состояниями, несоблюдением гигиены полости рта.

Рубец от БЦЖ, как достоверный индикатор проведенной вакцинации, был выявлен у лишь 80 (61,5%) наблюдаемых детей. По данным комплексного фтизиатрического обследования у 5 (3,8%) детей с патологическими результатами туберкулиновых проб был диагностирован туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, в связи с чем эти дети для дальнейшего лечения были переведены в специализированный стационар. По результатам обследования 130 детей, оставшихся без попечения родителей, частота выявленного туберкулеза оказалась более, чем на 2 порядка выше (3850 в пересчете на 100 тыс. детей), в сравнении со средними статистическими показателями по стране. Полученные данные подтверждают сохранение актуальности социальных факторов в возникновении указанной патологии. У детей из социально-неблагополучной среды присутствует большинство значимых факторов риска развития туберкулёза, такие как алкоголизм и наркомания родителей, плохие жилищные условия, отсутствие вакцинации, частые инфекционные заболевания, особенно дыхательной системы, хронические расстройства питания.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Наши наблюдения показали, что в возрастной структуре пациентов до 6 лет, находившихся в центре им. В.В. Цимбалына по причине

не отсутствия родительского ухода, доминировали дети до двух лет жизни. Все дети имели сочетание неблагоприятных факторов антенатального анамнеза, не получали грудного вскармливания, большинство имели социально-педагогическую запущенность; комплекс этих причин способствовал развитию у них рахита, белково-энергетической недостаточности, железодефицитной анемии, а также отставанию в нервно-психическом развитии. У наблюдаемых детей отмечена высокая частота респираторных инфекций, протекающих с бактериальными осложнениями, а также кариеса зубов, в том числе его распространённой формы. Установлен очень высокий уровень заболеваемости туберкулезом.

Таким образом, на фоне социального неблагополучия проблемы формирования здоровья детей, его сохранения и восстановления остаются особенно актуальными. Состояние здоровья детей из социально-неблагополучной среды требует особого внимания государства, как со стороны педиатрической, так и со стороны социальных служб.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Антоненков Ю.Е., Косолапов В.П., Колягин О.Ю. О медико-социальных факторах, влияющих на здоровье детей и подростков Липецкой области. Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. 18. № 2. С. 380–381.
2. Шабунова А.А., Степаненко В.В. Социально-корректируемые факторы, влияющие на здоровье детей раннего возраста. Экономические и социальные перемены в регионе факты, тенденции, прогноз. 2008. № 1 (41). С. 56–62.
3. Шур П.З., Лебедева-Несевря Н.А. Идентификация социальных факторов риска здоровью детей дошкольного возраста, проживающих на территориях с высокой антропогенной нагрузкой. Гигиена и санитария. 2013. № 5. С. 59–62.
4. Константинова Е.Д., Вараксин А.Н., Живодеров А.А., Жовнер И.В. Эколого-социальные факторы и здоровье детей промышленного центра. Уральский медицинский журнал. 2007. № 11. С. 48–52.
5. Аджигеримова Г.С. Влияние некоторых социально-гигиенических факторов (факторов риска) на состояние здоровья детей. Фундаментальные исследования. 2013. № 5–2. С. 231–235.
6. Пивень Е.А. Влияние комплекса социально-гигиенических факторов на состояние здоровья детей первых трех лет жизни. Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. 2010. № 2. С. 62–68.
7. Шевякова И.А., Колесникова М.Б., Молчанова Л.Ф. Социально неблагополучные семьи как фактор риска ухудшения состояния здоровья детей дошкольного возраста. Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2010. № 3. С. 16–17.
8. Аксенова В.А., Севостьянова Т.А., Клевно Н.И. Туберкулез у детей и подростков в России в начале XXI в. Вестник Росздравнадзора. 2013. № 3. С. 19–23.
9. Аксенова В.А., Клевно Н.И., Моисеева Н.Н. Особенности туберкулеза у детей в XXI веке, достижения и перспективы в области профилактики и диагностики. Лечащий врач. 2017. № 2 С. 21–23.
10. Лозовская М.Е., Белушков В.В., Шibaкова Н.В., Гурина О.П., Деметьева Е.А. Значение диаскинтеста и квантиферонового теста при диагностике туберкулеза у детей. В сборнике: Инновационные технологии в организации фтизиатрической и пульмонологической помощи населению. Материалы научно-практической конференции. 2011. С. 110–111.
11. Белушков В.В., Лозовская М.Э., Шibaкова Н.В., Гурина О.П., Деметьева Е.А. Результаты новых методов диагностики туберкулёзной инфекции у детей. В сборнике: Здоровье детей: профилактика социально-значимых заболеваний. Санкт-Петербург — 2011 Материалы V Российского форума. Совместно с ГУ «Научный Центр здоровья детей РАМН». 2011. С. 27–28.
12. Абдуллаев Т.О., Буйлашев Т.С. Влияние социальных факторов на состояние здоровья детей, воспитывающихся в резиденциальных учреждениях. Известия ВУЗов Кыргызстана. 2017. № 6. С. 47–50.
13. Кузьмина Д.А., Новикова В.П., Мороз Б.Т., Саханов А.А., Жукова Э.Ю. Распространенность кариозной болезни и факторы, ее определяющие, у детей Санкт-Петербурга. Стоматология детского возраста и профилактика. 2010. Т. 9. № 3. С. 3–8.
14. Виноградова Т.Ф. Стоматология для педиатров. МЕДпресс-информ, М., 2014.
15. Кузьмина Д.А. Медико-социальный анализ и обоснование организационных форм работы детского врача-стоматолога. Дис. канд. мед. наук. Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия». Санкт-Петербург, 2003.
16. Вишняков Н.И., Гизоева Е.А. Социально-демографические и психологические факторы, связанные с саногенным поведением детей в отношении сохранения здоровья зубов. Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2007. № 1. С. 102–106.
17. Киселева Е.Г., Кузьмина Д.А. Взаимоотношения врачей и пациентов на детском стоматологическом приеме и пути их улучшения. Е. Г. Киселева, Д. А. Кузьмина; Ин-т стоматологии. Санкт-Петербург, 2005. № 4 (29). С. 22–25
18. Брянцева М.В. Социально-правовая защита от домашнего насилия в семье в современной России. Социальная политика и социология. 2007. № 1. С. 91–98.
19. Соколова М.И., Акимов А.А., Шишкина Ю.А., Новожилова М.В., Алехина Г.Г. Клинические особенности и реабилитация детей с белково-энергетической недостаточностью из социально неблагополучных семей. Педиатр. 2013. Том IV. № 2. С. 70–74.
20. Кожевникова М.А. Роль музыкального воспитания в реабилитации и социализации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. 2016. № 7. С. 116–123.