

На правах рукописи

КАРАКЕЕВА ГУЛМИРА ЖОЛБОЛДУЕВНА

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ИЗ МНОГОДЕТНЫХ СЕМЕЙ

14.01.08 – педиатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой
степени кандидата медицинских наук

Бишкек – 2012

Работа выполнена на кафедре педиатрии Кыргызско-Российского Славянского университета

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Боконбаева Сырга Джоомартовна

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Атыканов Арстанбек Орозалиевич
кандидат медицинских наук
Борякин Юрий Васильевич

Ведущая организация: Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова (г. Москва)

Защита диссертации состоится " " марта 2012 года в 13-00 часов на заседании Диссертационного совета Д 730.001.06 Кыргызско-Российского Славянского Университета (720021, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Киевская, 44).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызско-Российского Славянского Университета (720021, Кыргызская Республика, г. Бишкек; ул. Киевская, 44).

Автореферат разослан " " февраль 2012 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Саатова Г.М.

Общая характеристика работы

Актуальность проблемы. В последние десятилетия обострились противоречия во взаимоотношениях экосистем в Биосфере, что непосредственно сказывается на здоровье и качестве жизни населения. За счет превышения смертности над рождаемостью страны стали стремительно терять население. Поэтому преодоление проблем демографического развития стало одним из актуальнейших приоритетов социально-экономической политики государств (Онищенко Г.Г., Чеботарева В.И., 1996; Онищенко Г.Г., Баранов А.А., Кучма В.Р., 2005; Сетко А.Г., 2005; Антонов А.И., Медков В.М. 2005).

В нашей республике снижение рождаемости происходит на фоне высокой младенческой и детской смертности. (Статистический ежегодник Кыргызской Республики 2010г). Современная кыргызская семья претерпевает ряд негативных преобразований. В особо сложных условиях оказались многодетные семьи, среди которых подавляющее большинство - малообеспеченные. По мнению исследователей, многодетность является одним из значимых факторов риска здоровью и физическому развитию детей. Имеются данные, что в многодетных семьях высок процент детей недоношенных, больных, ослабленных, с низкой массой тела. (Гущин И.Н. 2005; Степаненко В.В., Шабунова А.А., 2006; Бабенко А. И., Денисов А. П., 2007; Прокофьева Л. М., Овчарова Л. Н., 2008; Леонова И.А., 2008; Монахов М.В., 2010). В то же время отсутствуют мероприятия, обеспечивающие системный подход в вопросах повышения качества жизни этих детей. В этом аспекте большую значимость представляет изучение состояния здоровья, физического развития, заболеваемости и смертности детей в многодетных семьях. Эти исследования особенно актуальны в Кыргызстане, где 11,74% семей многодетны, и нарастает тенденция к их сокращению.

На состояние здоровья детей влияют множество средовых факторов риска (Петручук О. Е., Щепин В. О., 2007; Шевченко И.О., 2007; Абдылдаева А.А., 2009; Ashiabi G.S., O'Neal K.K., 2007). Оценка риска здоровью является международнопризнанным научным инструментом для разработки оптимальных решений по управлению качеством среды и состоянием здоровья человека (Шабалов Н.П., 2004; Рахманин Ю. А., Новиков С. М., 2005; Михалкина М. И. 2005).

Знание ведущих средовых факторов риска здоровью детей из многодетных семей позволяет формировать необходимый для каждого конкретного региона комплекс профилактических мероприятий. Однако фрагментарные исследования факторов риска здоровью детей не могут полностью оценить всю экологическую ситуацию многодетных семей и полноценно проводить профилактические мероприятия. Актуально комплексное изучение влияния средовых факторов риска на здоровье детей с оценкой значимости каждого фактора. (Минасян А.Н., 2008;

Боконбаева С.Дж, 1993, 2008; Абдылдаева А.А.,2009). Поэтому изучение влияния комплекса средовых факторов риска: климатогеографических, медико-биологических, техногенных, антропогенных и социальных - на состояние здоровья и физическое развитие детей из многодетных семей представляет большую актуальность. В Кыргызстане таких исследований ранее не проводилось. Все вышеизложенное обусловило актуальность проблемы и определило цель и задачи исследования.

Цель исследования

Изучить состояние здоровья и физическое развитие детей из многодетных семей в экологически гетерогенных регионах для направленных профилактических мероприятий.

Для реализации указанной цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Изучить влияние средовых факторов на состояние здоровья детей из многодетных семей.
2. Провести сравнительный анализ состояния здоровья, физического развития и заболеваемости детей из мало- и многодетных семей, проживающих в одинаковых климатогеографических условиях.
3. Оценить ранговую значимость факторов риска на состояние здоровья детей из многодетных семей.
4. Разработать рекомендации, направленные на оптимизацию оказания лечебно-профилактической помощи этим семьям.

Научная новизна

§ Впервые установлено, что при воздействии комплекса отрицательных экологических факторов у детей из многодетных семей отмечается достоверное снижение всех количественных и качественных показателей физического развития, повышение заболеваемости и смертности.

§ Определено, что во всех исследованных регионах дети из многодетных семей отстают в физическом развитии от детей из малодетных семей.

§ Показано, что сельские многодетные семьи, занятые на табачном производстве, имеют наиболее низкие показатели физического развития и состояние здоровья.

§ Определена ранговая значимость средовых факторов риска на здоровье детей из многодетных семей.

Практическая значимость определяется результатами исследования.

- § Сведения о средовых факторах риска позволяют оптимизировать профилактические мероприятия по формированию здоровья детей из многодетных семей, способствуют снижению их заболеваемости и смертности.
- § Использование полученных региональных данных позволит дифференцировано оценивать физическое развитие детей из многодетных семей в гетерогенных регионах страны, и направлено проводить профилактические мероприятия.

Внедрение результатов исследований.

Результаты исследований внедрены в работу ЦСМ исследованных регионов страны, в учебный процесс кафедры педиатрии медицинского факультета КРСУ и кафедр педиатрии КГМА.

Основные положения, выносимые на защиту

1. В экологически гетерогенных регионах выявляются значимые различия в антропометрических показателях, состоянии здоровья, заболеваемости и смертности детей из мало- и многодетных семей.
2. Состояние питания детей из многодетных семей, по стандартам ВОЗ, свидетельствует о хроническом и остром нарушении питания в экологически неблагоприятных регионах.
3. Многодетные семьи, особенно сельские семьи табаководов, относятся к группе крайнего медико-биологического и социального риска.
4. На физическое развитие, заболеваемость и смертность детей из многодетных семей негативно влияет комплекс средовых факторов риска: климатогеографических, медико-биологических, социальных и техногенных.

Апробация диссертации

Результаты проведенной работы доложены и обсуждены на научных конференциях медицинского факультета КРСУ в 2008 и 2010 годах, лечебно-профилактических учреждениях г Бишкек, г Нарын, г Джалал-Абад, с Ноокен.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 8 работ.

Личное участие автора.

Все исследования в изучаемых регионах, лабораторная диагностика, клиническое обследование и статистическая обработка материала проведены лично автором.

Объем и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на 129 страницах машинописного текста (размер шрифта 14, интервал 1,5, шрифт Times New Roman). Работа состоит из введения, главы обзора литературы, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Диссертация иллюстрирована 40 таблицами, 23 рисунком. Библиографический список включает 185 источников, из которых 75 зарубежных авторов.

Материалы и методы исследования.

Нами проведено сравнительное изучение физического развития и заболеваемости детей коренной национальности из малодетных (I) и многодетных семей (II). Исследования проводились на различных высотных климатических поясах: в низкогорье (г. Бишкек – высота 800 м; г. Джалал-Абад – 920 м; с. Ноокен – высота 900 м. над уровнем моря) и высокогорье (г. Нарын – высота 2250 м. над уровнем моря). Наиболее экологически неблагоприятными являются высокогорная зона (Нарын) и зона табаководства (Ноокен).

Обследовано 1215 ребенка из малодетных семей и 1408 ребенка из многодетной семьи, с 2-х месяцев до 17-ти лет жизни, разделенных на две группы. В основную группу были включены дети из многодетных, в контрольную - из малодетных семей.

Для сбора информации нами была разработана карта-анкета, включающая 28 пунктов. Тщательно собирался акушерский анамнез матерей: количество беременностей и родов и их исходы, выяснялось наличие абортов и выкидышей до рождения данного ребенка, возраст родителей, курение и злоупотребление алкоголем родителями, наличие у них хронических заболеваний, профессиональных вредностей, вычислялся интергенетический интервал между рождением каждого ребенка в семье. Изучалось течение каждой беременности и каждого родов у матерей, состояние новорожденных, показатели физического развития и состояние каждого ребенка при рождении, течение периода адаптации и

дальнейшее развитие, характер вскармливания, заболеваемость и смертность детей в семье.

Гигиеническая оценка условий и образа жизни детей выполнялась методом интервью по разработанной карте и включала эколого-гигиеническую оценку района и места проживания ребенка, оценку режима дня, уровень двигательной активности и психо-эмоциональной нагрузки, а так же характер питания.

В комплексную оценку социального статуса исследуемых семей включалось изучение материально-бытовых условий и наличие подсобного хозяйства.

Физическое развитие детей определялось параметрическим (сигмальным) и непараметрическим (по центильным таблицам) методами измерений. Одновременно был проведен качественный анализ темпов развития детей с помощью центильных таблиц, что позволило определить соматотип в каждой возрастно-половой группе. Параллельно оценивалась степень гармоничности развития. Гармоничным мы считали такое развитие, когда параметры физического развития не различались по оценке центильных таблиц или разность номеров «коридоров» не превышает 1, можно считать ребенка гармонично развитым. Умеренно дисгармоничным – когда разность показателей равна 2, а явно дисгармоничным - если различия превышали 3 и более. Кроме того, произведено вычисление трех антропометрических индексов, которые рекомендуются ВОЗ (1997) для оценки физического развития детей:

1. Масса тела / рост – низкий индекс является индикатором острого недоедания, острого нарушения питания. На популяционном уровне характерно для стран, где голод.
2. Рост / возраст. При снижении показателя имеется хроническое нарушение питания, длительное недоедание, проявляющееся низкорослостью. Высокая распространенность низкорослости на популяционном уровне связана с плохими социально-экономическими условиями и недостаточным питанием. Это свидетельство того, что голода нет, но имеется плохое качество питания.
3. Масса тела / возраст – индекс отражает процесс хронической недостаточности питания, уточняющий первые два показателя. Низкий вес относительно возраста может быть проявлением как острого, так и хронического нарушения питания.

Анализ состояния здоровья детей изучался путем тщательного клинического обследования, определения гемоглобина, вычисления экстенсивных показателей острой и хронической заболеваемости. Определение уровня гемоглобина в капиллярной крови проводилось малоинвазивным, предпочтительным в педиатрии, методом на портативном

фотометре «НетоСие». С целью унификации критериев диагностики ЖДА с данными исследователей других регионов Земли, мы руководствовались рекомендациями ВОЗ (1977), по которым гемоглобин, равный 110 г/л у детей с 6 месяцев жизни, отнесен к нижней границе нормы. А у детей высокогорья - ниже 120 г/л. (Кудаяров Д.К., 1979).

Все полученные нами данные были внесены в таблицу пакета статистического программного обеспечения SPSS 11.0, с помощью которого были подвергнуты статистической обработке (расчет относительных показателей, критерий достоверности Стьюдента, доверительный интервал). Достоверность разности относительных показателей закодированы следующими кодами: * - $p < 0,05$ (95,0%); ** - $p < 0,01$ (99,0%); *** - $p < 0,001$ (99,9%).

Значимость средовых факторов риска определялась как мера ассоциации между патогенным воздействием и эффектом оценивалась с помощью отношения шансов (odds ratio - OR) (Кельмансон И.А, 2004). OR определялся как наличие воздействия в основной группе, деленное на наличие воздействия в контрольной группе по формуле: $OR = [a/c] / [b/d]$. Показатель OR выше 1,0 считался как положительный эффект воздействия риск-фактора.

Результаты исследования

Нами была проведена сравнительная оценка средних показателей массы тела, длины тела, окружности грудной клетки по регионам, по полу. Установлено, что дети до 2-3-х лет жизни практически не отличаются в показателях физического развития. После 3-х лет жизни дети, проживающие в неблагоприятных экологических условиях, имеют более низкие показатели физического развития. У детей высокогорья после трех лет отмечаются более низкие показатели массы тела, чем у детей низкогогорья, особенно в дошкольном возрасте ($p < 0,05$) и в период отрочества ($p < 0,01$). Отставание горцев в массе от детей низкогогорья свидетельствует об отрицательном воздействии факторов высокогорной гипоксии на массу тела, особенно в период первого и второго округления. А дети табаководческого села Ноокен отстают в массе от бишкекчан во все возрастные периоды с 4-х летнего возраста ($p < 0,05$).

Сравнительная оценка физического развития детей из малодетных и многодетных семей показала следующие результаты. Во всех исследованных регионах дети из многодетных семей отстают от детей из малодетных по всем основным антропометрическим параметрам (табл.1).

Таблица 1.

Масса тела мальчиков из мало- и многодетных семей

	Бишкек		Нарын		Джалал-Абад		Ноокен	
	I	II	I	II	I	II	I	II
2-6 мес	7,9±0,9	6,7±1,9	7,1±0,3	6,5±2,7	7,1±0,7	6,1±2,7	6,9±1,4	6,3±1,2
1	11,3±0,3	9,8±2,4	10,0±0,8	8,9±3,6	10,4±0,4	9,9±3,4	10,4±0,8	7,4±3,4
2	13,4±0,8	11,5±1,3	11,9±0,9	9,3±2,8*	12,1±0,3	11,3±3,3	10,9±0,5	8,1±2,3*
3	14,0±0,9	12,9±1,2	13,8±0,5	10,0±2,3*	14,8±0,5	12,8±2,5*	11,8±0,3	9,8±3,4*
4	17,7±0,3	13,1±2,5*	16,7±0,8	10,8±1,4*	16,7±0,7	13,7±1,7*	14,9±0,7	10,9±2,4*
5	19,0±0,7	15,4±3,3*	17,9±0,4	12,3±2,3*	18,5±0,6	14,5±4,6*	16,3±0,4	11,3±3,5*
6	21,6±0,5	19,1±3,3*	19,8±0,8	14,6±4,6*	19,8±0,4	15,8±2,4*	17,7±0,6	13,7±1,2*
7	22,6±0,9	18,4±2,3*	21,7±0,8	17,05±3,8*	22,3±0,3	17,4±1,3*	19,7±0,9	13,9±2,3*
8	25,6±0,2	21,2±1,3*	23,9±0,7	21,1±2,6*	23,0 ±0,3	21,0 ±3,3*	23,3±0,8	18,3±3,2*
9	27,9±0,3	24,3±1,2*	26,5±0,2	22,8±2,8*	27,0±0,5	22,0±4,5*	25,9±0,7	20,9±5,4*
10	32,3±0,6	27,1±2,3*	29,8±0,1	26,5±1,4*	32,5±0,3	28,5±2,3*	28,1±0,3	23,1±6,5*
11	35,8±0,7	30,2±3,5*	32,2±0,5	30,2 ±3,8*	33,4±0,6	30,4±2,6*	32,7±0,5	27,7±2,6*
12	39,5±0,8	33,1±1,3*	36,9±0,8	34,5 ±2,3	34,0±0,5	31,0±2,5*	34,7±0,2	29,7±2,8**
13	41,8±0,9	39,5±1,6*	41,8±0,6	38,09±3,2*	39,0±0,2	32,0±3,2**	37,5±0,6	32,5±2,1**
14	48,9±0,9	42,1±2,8**	46,7±0,4	39,2 ±2,6**	47,0±0,2	40,0±1,2**	41,9±0,8	36,9±3,8**
15	52,6±0,6	44,3±1,4**	52,6±0,6	40,8±2,67**	50,0±0,6	41,0±1,6**	43,6±0,9	38,6±1,9**
16	58,8±0,7	45,2±3,5**	55,9±0,8	42,1±1,43**	54,1±0,3	46,1±2,3**	45,8±0,3	39,8±2,8**

Примечание: статистически значимые различия обозначены: * $P < 0,05$;
** $P < 0,001$

Во всех возрастных группах мальчики из многодетных семей достоверно ($P < 0,05$) отстают в массе тела от мальчиков из малодетных семей, начиная с 3-х лет. А в наиболее экологически неблагополучных регионах (Нарын и Ноокен) отставание массы тела мальчиков начинается на год раньше, с 2-х лет ($P < 0,05$). Следует подчеркнуть, что в многодетных семьях Джалал-Абада отставание в весе начинается позже, чем у мальчиков той же группы ноокенцев. Эти дети живут в одинаковых климатогеографических условиях, однако дополнительным негативным средовым фактором в с. Ноокен является техногенный фактор (вредное аграрное производство – табако – и хлопкопроизводство), чего практически нет у городских мальчиков юга страны.

Статистически значимые различия выявлены при сравнительном изучении показателей длины тела мальчиков в мало-, и многодетных семьях

Длина тела мальчиков в многодетных семьях отстает от длины тела мальчиков в малодетных семьях практически по всем возрастным группам ($P < 0,05$). Причем следует подчеркнуть, что, в отличие от массы тела, в экологически неблагоприятных регионах отставание в росте начинается раньше – с 2-х летнего возраста и более выражено в возрасте 8-9-ти и 15-

16-ти лет ($p < 0,01$). А в табачководческой зоне прослеживается статистически значимое различие ($p < 0,001$) отставание в росте по всем возрастным группам, начиная с одного года жизни и нарастает с возрастом ребенка.

По всем исследованным регионам окружность грудной клетки мальчиков из многодетных семей меньше во все возрастные периоды, чем у их сверстников из малодетных семей ($p < 0,05$). Причем, отставание у мальчиков начинается с 2-х летнего возраста.

Физическое развитие детей г.Бишкек соответствовало средне-нормальному темпу развития, в г.Нарын средне-нормально замедленному темпу, с.Ноокен – замедленному темпу развития.

Аналогичные различия выявлены в показателях физического развития девочек из мало- и многодетных семей. Сравнительное изучение гармоничности развития детей показало, что в многодетных семьях этот качественный показатели значительно хуже, чем в малодетных семьях (рис.1).

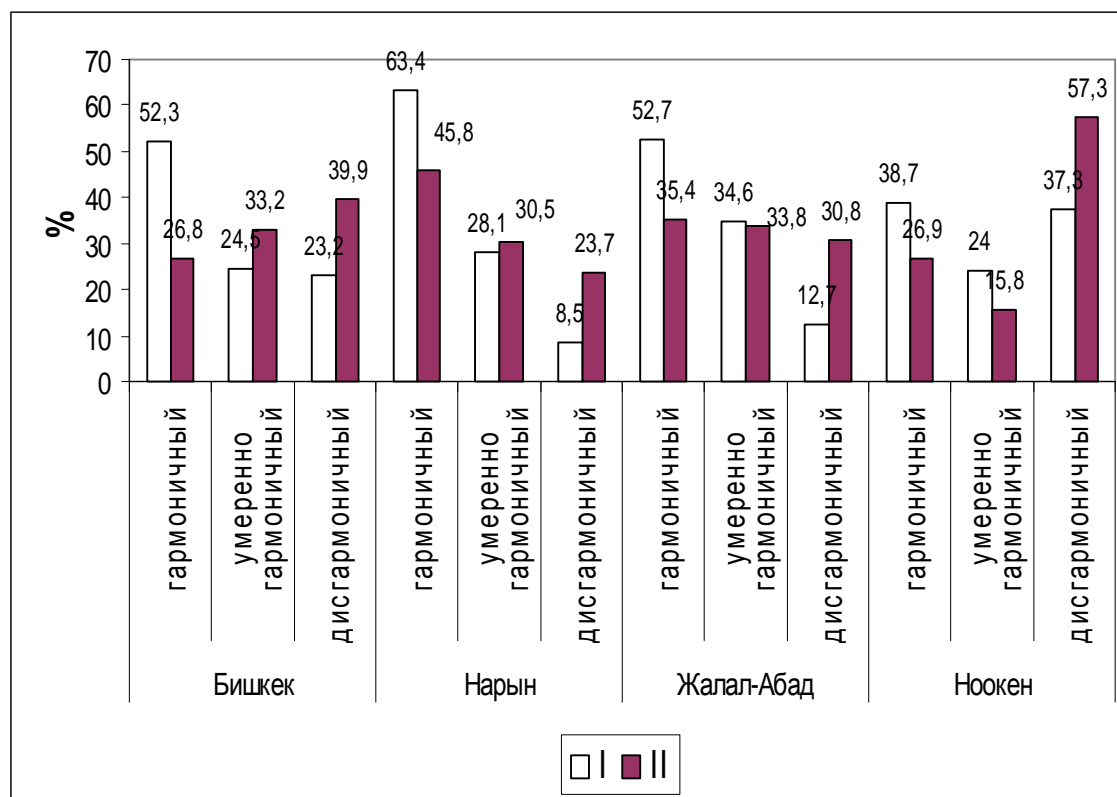


Рис. 1. Показатели гармоничности развития детей в мало- и многодетных семьях.

Детей с явным дисгармоничным развитием больше отмечено в многодетных семьях, особенно в зонах экстремального экологического неблагополучия ($P < 0,01$), что свидетельствует о срыве компенсаторных механизмов организма этих детей. Очевидно, что дети из многодетных

семей экологически неблагополучных зон должны дополнительно обследоваться для исключения определенной патологии. Гендерные различия в многодетных семьях проявляются только в экстремальных зонах, где девочки достоверно отстают от мальчиков по всем физическим параметрам.

Оценка состояния питания исследованных групп детей по трем ВОЗовским индексам показало, что дефицит массы тела достоверно чаще отмечается в многодетных семьях, чем в малодетных ($P < 0,05$). Острое нарушение питания, свидетельствующее по ВОЗ об истощении, голодании ребенка также выше в многодетных семьях. Однако следует отметить, что острое нарушение питания в самой экологически неблагополучной зоне отмечается и в малодетных семьях (рис.2).

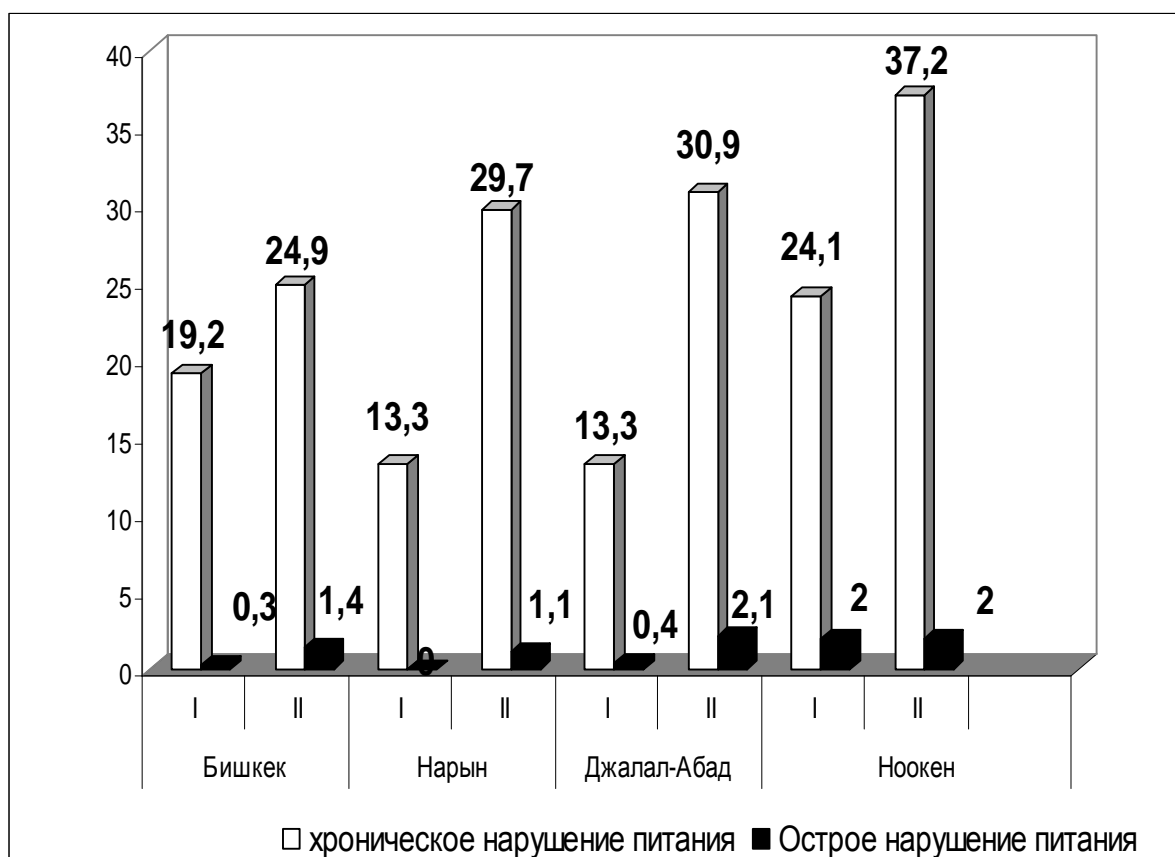


Рис.2. Сравнительная характеристика состояния питания детей из мало-, многодетных семей.

Нами было изучено характер вскармливания детей до 1года. Рациональное вскармливание детей на первом году жизни является одним из ведущих факторов, обеспечивающих нормальное развитие и состояние здоровья детей. Нами проведен анализ характера вскармливания детей исследованных регионов на первом году жизни

Только треть детей в целом и по регионам, а в Бишкеке - только четверть, получают исключительно грудное вскармливание в первом полугодии с введением разнообразного прикорма – во втором. Более половины детей, получают естественное вскармливание, но с грубыми нарушениями. Влияние характера вскармливания на заболеваемость детей показали следующие результаты (**OR=14,9**).

Нами изучена частота и структура заболеваемости детей в мало- и многодетных семьях. Отмечается достоверно более высокая ($P < 0,01$) общая заболеваемость детей из многодетных семей, особенно проживающих в селе ($P < 0,001$). По сравнению с малодетными в многодетных семьях отмечается высокая заболеваемость практически по всем нозологическим формам. Так, по сравнению с детьми из малодетных семей, у детей из многодетных выявлено статистически значимо различие по заболеваемости: болезни органов дыхания - в г Бишкек (39,7% против 60,3%; $P < 0,001$), г Нарын (29,9% против 70,1%; $P < 0,001$), г Жалалабад (28,4% против 71,6%; $P < 0,001$), с Ноокен (34,6% против 65,4%, $P < 0,001$); болезни органов пищеварения - г Бишкек (23,1% против 76,9%; $P < 0,001$), г Нарын (32,3% против 67,7%; $P < 0,001$), г Жалалабад (25,0% против 75,0%; $P < 0,001$), с Ноокен (30,0% против 70,0%; $P < 0,001$); паразитарные заболевания - г Бишкек (25,0% против 75,0%, $p < 0,05$); г Нарын (35,74% против 64,71%; $P < 0,001$), г Жалалабад (23,1% против 76,9%; $P < 0,001$), с Ноокен (33,3% против 66,7%; $P < 0,05$).

Выявлены статистически значимые различия детей раннего возраста из мало- и многодетных семей такими фоновыми заболеваниями как анемии, гипотрофии и рахит (табл. 2).

Таблица 2.

Структура фоновой заболеваемости детей 1-го года жизни в мало- и многодетных семьях (% от числа обследованных)

	Бишкек		Нарын		Джалал-Абад		Ноокен	
	I	II	I	II	I	II	I	II
Всего	N=97	N=29	N=20	N=52	N=11	N=20	N=18	N=15
Анемия	58	25	12	47	7	17	14	14
	59,8%	86,2% **	60,0%	90,4% **	63,6%	85,0% **	77,8%	93,3% *
Гипотрофия	60	24	8	47	7	17	15	14
	61,9%	82,8% **	40,0%	90,4% **	63,6%	85,0% **	83,3%	93,3% **
Рахит	46	20	8	52	6	14	13	13
	47,4%	69,0% **	40,0%	100,0% **	54,5%	70,0% **	72,2%	86,7% **

В целом анемией страдает 88,79% детей из многодетных семей и 62,32% детей - в малодетных семьях ($P < 0,001$; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,21-0,26); гипотрофией соответственно 87,93% и 61,64% ($P < 0,001$; 95% ДИ 0,19 - 0,20); рахитом - 85,34% против 50,0% ($P < 0,001$).

95% ДИ 0,24 - 0,30). Самая высокая заболеваемость отмечена у детей раннего возраста с Ноокен ($p < 0,001$). Причем в табаководческом селе, в отличие от других регионов, дети раннего возраста имеют эти фоновые заболевания в большом проценте и в малодетных (72,2%) и в многодетных (86,7%) семьях ($P < 0,001$).

В среднем по всем регионам определялся уровень гемоглобина крови, соответствующей первой степени ЖДА. Наиболее низкие уровни гемоглобина отмечаются у детей до 3-х лет. Сравнительные исследования показали достоверно более низкий ($P < 0,05$) уровень гемоглобина в крови детей из многодетных семей. Самые низкие показатели гемоглобина отмечаются у детей из многодетных семей табаководческого села ($P < 0,01$). Следует отметить, что уровень гемоглобина достоверно ниже ($P < 0,05$) и в малодетных семьях Ноокена, чем в малодетных семьях других регионов.

Нами была так же проанализирована заболеваемость матерей из мало-, многодетных семей. В целом по всем исследованным регионам выявлена довольно значительная общая заболеваемость матерей 41,66% (95% ДИ 0,43 - 0,44). Заболеваемость матерей, которая обладает высокой категорией риска здоровью детей (**OR=6,8**), у многодетных выше, чем у малодетных, практически по всем нозологическим формам. Эти различия достоверно значимы в многодетных семьях экологически неблагоприятных зон: высокогорья и южных регионов страны.

В структуре заболеваемости на первом месте стоят болезни органов дыхания - 15,82% (бронхиты, пневмонии, респираторные аллергии). Затем следуют заболевания ЖКТ - 13,81% (гастриты, гастродуодениты, язвенная болезнь, холециститы) и мочеполовой системы - 11,8% (циститы, пиелонефриты). Заболеваемость многодетных матерей ЖДА достоверно выше, чем в малодетных, по всем исследованным регионам ($p < 0,001$). Нами установлено, что по регионам заболеваемость матерей имеет различия, и обладает высокой категорией риска здоровью их детей г Бишкек - $OR=4,7$; г Нарын - $OR=5,8$; г.Джалал-Абад - $OR=6,9$; с Ноокен - $OR=7,9$. В ранговой значимости многодетность так же обладает высокой категорией риска здоровью детей (г Бишкек - $OR=10,6$; г Нарын - $OR=8,6$; г Джалал-Абад - $OR=11,2$; с Ноокен - $OR=7,6$). Это диктует настоятельную необходимость изменения системы медико-социального обеспечения многодетных семей с координации всех заинтересованных структур.

Кроме повышенной заболеваемости детей из многодетных семей выявлена и более высокая их смертность на первом году жизни. В высокогорье есть многодетные семьи, где умирает по два ребенка, в отличие от семей низин, где умирает по одному ребенку. А смертность детей в многодетных семьях с.Ноокен более чем в 2 раза выше, чем суммарная смертность по всем регионам. Причем если в других регионах в семье имелся 1 умерший ребенок, то в с Ноокен два-три и более детей.

В многодетных семьях нами изучены средовые медико-биологические факторы риска здоровью детей: возраст матерей, акушерский анамнез, характера течения беременности и родов матерей.

К оптимальному репродуктивному возрасту были отнесены матери от 20 до 35 лет, к возрастному риску – юные (моложе 20 лет) и старшие (более 35 лет). По всем регионам возрастной фактор риска преобладает в многодетных семьях. Причем в селе больше, чем в городе (4,6% против 2,5%). В многодетных семьях, особенно в селе, было больше ($P < 0,01$) матерей старшей возрастной группы. В ранговой значимости здоровью детей возрастной фактор риска обладает значимым показателем (**OR=4,8**).

Нами определено, что короткий (менее двух лет) и экстремально короткий (один год) интергенетический интервалы матерей имеют высокие показатели категории риска здоровью их детей (**OR=6,4**). По сравнению с малодетными матерями у многодетных матерей преобладал ($p < 0,01$) короткий и экстремально короткий интергенетический интервал (рис.4)

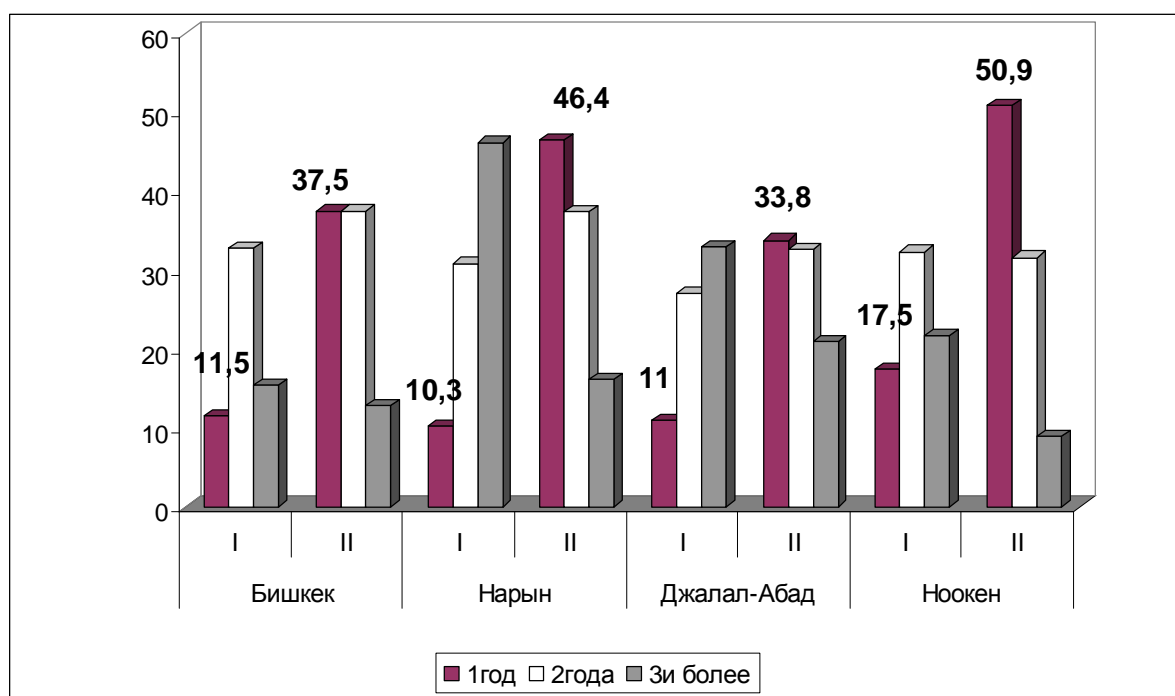


Рис.4. Интергенетический интервал мало- и многодетных матерей.

Этот значимый фактор риска преобладает в многодетных семьях всех регионов, а в табаководческой зоне – даже в малодетных семьях.

Одним из медико-биологических факторов риска здоровью детей является отягощенный акушерский анамнез матерей по патологическому течению беременностей и родов. Сравнительное изучение течения беременности показало, что оно более осложнено у многодетных матерей

Почти во всех регионах у матерей в малодетных семьях преобладал только ранний гестоз в виде тошноты и рвоты. А в многодетных семьях чаще отмечалось более осложненное течение беременности в виде преэклампсий и угроз выкидыша ($P < 0,05$), особенно в Ноокене ($P < 0,01$). Следует подчеркнуть, что многодетные матери Ноокена четко связывали угрозу выкидыша с подъемом тяжестей и тяжелым физическим трудом на плантациях табака и хлопка. Многодетные матери других регионов эту связь не прослеживали.

У многодетных матерей высокогорья и зоны табаководства чаще, чем у малодетных, отмечалась слабость родовой деятельности. Слабость родовой деятельности с высокой степенью достоверности ($P < 0,001$) чаще отмечалась у матерей Нарына, даже в малодетных семьях, что, несомненно, связано с влиянием факторов высокогорной гипоксии.

Проведенный анализ характера вскармливания детей исследованных регионов на первом году жизни показал, что только треть детей в целом и по регионам, а в Бишкеке - только четверть, получают исключительно грудное вскармливание в первом полугодии с введением разнообразного прикорма – во втором. Более половины детей, получают естественное вскармливание, но с грубыми нарушениями. Прикормы вводят уже с первых месяцев жизни.

Из социальных средовых факторов риска, влияющих на состояние здоровья детей, нами изучены: материально-бытовые условия, профессия, уровень образования матерей, профессиональные и бытовые вредности. Материально-бытовые условия, по нашим данным, обладают высоким показателем категории риска здоровью детей (**OR=6,3**). Сравнительное исследование показало, что в наихудших материально-бытовых условиях проживают многодетные семьи. Количество многодетных семей, живущих в неудовлетворительных условиях по всем регионам в 3 раза, а в селе Ноокен в 5 раз выше ($P < 0,001$), чем живущих в удовлетворительных. Однако подсобное хозяйство (дачи, приусадебные участки) только в Бишкеке имели в большем проценте малодетные семьи (6,5% против 4,3%). В остальных регионах подсобное хозяйство (у нарынчан – живность в близлежащих селах, на Юге - садово-огородные приусадебные участки) имели чаще многодетные семьи (56,9% против 45,6%). И только 100% сельчан как мало-, так и многодетных имели огороды, хлопковые и табачные поля.

Для определения влияния социального статуса матерей на качество жизни семьи и здоровье детей нами изучены уровень образования и профессия матерей. В ранговой значимости категории риска здоровью детей низкий уровень образования матерей обладает высоким показателем (**OR=14,9**). По всем регионам образовательный ценз малодетных матерей достоверно выше, чем многодетных. Установлено, что большинство многодетных матерей (от 76,6% до 90,6%) завершали свое образование только рамками общеобразовательной школы. Таким образом,

многодетные семьи, особенно сельские, являются крайне уязвимой социальной группой по образовательному цензу матерей.

Одним из значимых средовых факторов, влияющим на здоровье и развитие детей является профессия матерей. Родители из многодетных семей социально более активны. Особо неблагоприятная социальная ситуация в с. Ноокен, где 85,1% заняты на вредном табачном производстве ($P < 0,001$) с самым высоким показателем категории риска здоровью детей ($OR=55,6$).

На Юге страны проблемой является доступ к чистой питьевой воде ($P < 0,001$), что также влияет на состояние здоровья матерей и детей и обладает высоким показателем категории риска здоровью детей ($OR=2,5$). В частности, заболеваемость гельминтозами и вирусным гепатитом у детей Юга страны достоверно выше, чем на Севере и в высокогорье. Эти данные мы связываем с отсутствием в регионе чистой питьевой воды, центрального водоснабжения и канализации. Злоупотреблением алкоголем, курением встречались с одинаковой частотой по всем регионам как в мало - так и в многодетных семьях.

Резюмируя все вышеизложенное, следует констатировать, что на состояние здоровья матерей, физическое развитие, заболеваемость и смертность детей в многодетных семьях влияет большой комплекс негативных экологических факторов. В ранговой значимости негативного влияния на здоровье многодетных матерей и их детей первое место с очень высоким показателем OR занимает занятость матерей табачным производством ($OR=55,6$), заболеваемость матерей ($OR=6,8$), многодетность ($OR=10,0$) отягощенный акушерский анамнез ($OR=2,8$), неудовлетворительные материально-бытовые условия ($OR=6,3$), короткий интергенетический интервал ($OR=6,4$). Указанные факторы риска являются специфичными в виду их высокой диагностической специфичности и прогностической значимости положительных результатов ($= < 1,5$).

Эти экологические риск-факторы, воздействующие на многодетные семьи, негативно влияют на здоровье детей. У детей из многодетных семей достоверно ниже количественные и качественные показатели физического развития, выше заболеваемость и смертность. Чем больше сочетанных факторов риска воздействует на организм детей, тем хуже все показатели физического развития детей и выше их заболеваемость, особенно ЖДА.

Выводы:

1. На состояние здоровья многодетных матерей и их детей негативно влияет комплекс неблагоприятных экологических факторов – климатогеографических (высокогорье), медико-биологических (заболеваемость матерей, отягощенный акушерский анамнез, короткий интергенетический интервал, патологическое течение беременности и родов), социальных (плохие материально-бытовые условия, низкий образовательный ценз матерей) и техногенных (табаководство).
2. Дети из многодетных семей достоверно ($P < 0,01$) отстают от детей из малодетных семей по всем количественным и качественным показателям физического развития. В многодетных семьях выше заболеваемость матерей ($P < 0,05$), выше заболеваемость детей ($P < 0,05$), и их смертность ($P < 0,001$). Дефицит массы тела и острое нарушение питания, по индексам ВОЗ, достоверно чаще отмечается в многодетных семьях, чем в малодетных ($P < 0,05$).
3. Многодетные семьи сельчан-табаководов являются семьями крайнего медико-биологического и социального неблагополучия ($p < 0,001$).
4. В многодетных семьях в ранговой значимости негативного влияния первое место занимает табаководство ($OR=55,6$), характер вскармливания ($OR=14,9$), заболеваемость матерей ($OR=6,8$), многодетность ($OR=10,0$) низкий образовательный ценз ($OR=10,9$), неудовлетворительные материально-бытовые условия семьи ($OR=6,3$), короткий интергенетический интервал ($OR=6,4$), отягощенный акушерский анамнез по самопроизвольным выкидышам ($OR=2,8$), высокогорье ($OR=2,5$).

Практические рекомендации

1. На основании вышеизложенного, мы рекомендуем выделять многодетные семьи, особенно сельские, в семьи крайне медико-биологического и социального риска и брать их на диспансерный учет с мониторингом из физического развития, качества питания и состояния здоровья. В этих семьях надо индивидуально внедрять ВОЗовские программы по рациональному планированию семьи, бесплатному распространению контрацептивных средств, рациональному питанию детей. К внедрению этих программ должны быть привлечены местные сообщества, администрации, неправительственные организации, религиозные деятели.
2. С учетом менталитета народа и престижности многодетности в кыргызской семье, основные усилия должны быть направлены не на пропаганду малодетности, а на внедрение рационального интергенетического интервала.

3. Многодетным матерям необходимо составлять индивидуальный график систематических профилактических медицинских осмотров и санационных мероприятий, начиная с межродового периода.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Каракеева Г.Ж. Медико-социальные факторы риска физического развития и состояния здоровья детей из многодетных семей /Боконбаева С.Д., Счастливая Т.Д., Абдылдаева А.А. // Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана. – 2006. – №6. – С. 403-407.
2. Каракеева Г.Ж. Распространенность железодефицитных анемий в многодетных семьях г. Бишкек /Боконбаева С.Д., Счастливая Т.Д., Абдылдаева А.А. // Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана. – 2007. – № 7. – С. 234-239.
3. Каракеева Г.Ж. Физическое развитие школьников Кыргызстана / Абдылдаева А.А. // XXXVI конференция молодых ученых: Тез. докл. – Смоленск, 2008. – С 102-103.
4. Каракеева Г.Ж. Влияние высокогорной гипоксии на физическое развитие школьников Кыргызстана / Боконбаева С.Д., Счастливая Т.Д. Абдылдаева А.А. // Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана. – 2008. – №8. – С. 395-400.
5. Каракеева Г.Ж. Многодетность как фактор риска развития железодефицитных анемий у детей /Боконбаева С.Д., Абдылдаева А.А. Токтобаев Н.Ж. // Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана. – 2008. – №8. – С. 400-405.
6. Каракеева Г. Ж. Медико-социальные факторы риска физического развития и заболеваемости у детей из многодетных семей / Боконбаева С.Дж. // Актуальные эколого-гигиенические проблемы здоровья населения: Сб. научн. тр. – Бишкек, 2008. – С. 92-97.
7. Каракеева Г.Ж. Состояние здоровья детей экологически гетерогенных зон Кыргызстана./ Боконбаева С.Дж., Счастливая Т.Д., Сушанло Х.М // Конференция, посвященная 50-летию НЦ охраны материнства и детства КР. – Бишкек, 2011. – С 98-101.
8. Каракеева Г.Ж. Влияние средовых факторов риска на состояние здоровья детей из многодетных семей экологически гетерогенных зон /Боконбаева С.Д. // Вестник КРСУ. – 2011. – Т 11, № 7. – С.130-134.