

УДК 616-053.2:614.2(575.2)

https://doi.org/10.33619/2414-2948/68/21

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИЗИСНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

©*Абдуллаев Т. О.*, канд. мед. наук, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, [abdullaev.taalaybek@mail.ru](mailto:abdullaev.taalaybek@mail.ru)

©*Съездбекова Н. С.*, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, [nazimasiezbekova@gmail.com](mailto:nazimasiezbekova@gmail.com)

©*Аралбаева А. Б.*, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, [aaralbaeva91@mail.ru](mailto:aaralbaeva91@mail.ru)

## MEDICAL AND SOCIAL PROBLEMS OF THE HEALTH STATE OF CHILDREN IN A CRISIS LIFE SITUATION IN KYRGYZSTAN

©*Abdullaev T., M.D., I.K. Akhunbaev* Kyrgyz state medical academy, Bishkek, Kyrgyzstan, [abdullaev.taalaybek@mail.ru](mailto:abdullaev.taalaybek@mail.ru)

©*Siezbekova N., I.K. Akhunbaev* Kyrgyz state medical academy, Bishkek, Kyrgyzstan, [nazimasiezbekova@gmail.com](mailto:nazimasiezbekova@gmail.com)

©*Aralbaeva A., I.K. Akhunbaev* Kyrgyz state medical academy, Bishkek, Kyrgyzstan, [aaralbaeva91@mail.ru](mailto:aaralbaeva91@mail.ru)

*Аннотация.* Данная работа посвящена изучению медико-социальных проблем состояния здоровья детей, находящихся в кризисной жизненной ситуации. Определены результаты изучения детей в возрастной структуре и структуры по половому признаку. Показаны медико-социальные проблемы, которые влияют на заболеваемость, физическое и нервно-психическое развитие детей.

*Abstract.* This work is devoted to the study of medical and social problems of the health status of children in a crisis life situation. The results of the study of children in the age structure and gender structure have been determined. Shown are medical and social problems that affect the incidence, physical and neuropsychic development of children.

*Ключевые слова:* заболеваемость, половозрастная характеристика, анализ, состояние здоровья детей, развитие ребенка, группа риска.

*Keywords:* morbidity, sex-age characteristics, analysis, health status of children, child development, risk group.

### Введение

Состояние здоровья подрастающего поколения — важный показатель благополучия общества и государства, отражающий не только настоящую ситуацию, но и прогноз на будущее. Стабильно неблагоприятная тенденция ухудшения состояния здоровья детей приобрела на сегодняшний день настолько устойчивый характер, что создается реальная угроза национальной безопасности страны [2–4].

Отмечаются снижение рождаемости, рост младенческой смертности, существенное уменьшение доли здоровых детей при рождении, рост числа инвалидов с детства, больных с хронической патологией [1–3].

Анализ современной ситуации свидетельствует, что причинами такого катастрофического положения являются социально-экономическая нестабильность в обществе, неблагоприятное санитарное состояние среды обитания детей (условия и режим обучения, бытовые условия и т. д.), экологическая ситуация, реформирование системы образования и здравоохранения, низкая медицинская активность и санитарная грамотность населения, свертывания профилактической работы и прочее [4–6].

Несомненно, наметившаяся и сохраняющаяся тенденция к ухудшению показателей здоровья детей, повлечет за собой ухудшение состояния здоровья подрастающего поколения во всех возрастных группах, и неизменно скажется в дальнейшем на качестве трудовых ресурсов, воспроизводстве будущих поколений [4–5, 7].

Однако комплексное изучение проблемы, связанной с отчуждением детей от родителей в современных условиях Киргизской Республики, предпринимается впервые и это позволяет говорить об актуальности выбранной тематике.

*Цель исследования:* изучение медицинских и социальных проблем состояния здоровья детей, находящихся в кризисной жизненной ситуации в Кыргызстане.

#### *Материал и методы*

Проведено изучение медико-демографических и социально-гигиенических особенностей условий жизни этих детей, состояния их здоровья, дана оценка оказываемой им медикосоциальной помощи в четырех регионах республики Кыргызстана (г. Бишкек, Жалал-Абадская, Чуйская, Ошская области).

Единицей наблюдения явился ребенок первых шести лет жизни, воспитывающийся без родителей, объектом исследования — семьи группы риска, имевшие детей первых шести лет жизни, отдавших его на воспитание в дом интернатного типа.

Объем выборочной совокупности составил 220 детей, в т. ч. из:

- Дома ребенка г. Бишкек — 95 детей;
- Специализированного республиканского детского дома г. Токмок — 69 детей;
- Беловодского психоневрологического детского дома интернат — 30 детей;
- Ошского дома ребенка — 20 ребенка;
- Жалал-Абадского детского психоневрологического дома интернат — 6 детей.

#### *Результаты и их обсуждение*

Анализ результатов исследования показал, что на момент исследования в возрастной структуре детей наибольший удельный вес занимали дети 1 года (36,3%), 3-х лет (23,6%), 2-х лет (19,6%) и 6 лет и более (14,1%). Незначительный удельный вес составили дети 4 лет (4,5%) и 5 лет (1,8%).

Анализ структуры детей, воспитывающихся без родителей по половому признаку, показал, что мальчиков было несколько больше (50,5%), чем девочек (49,5%).

Удельный вес детей, родившихся с массой тела при рождении 2500–3499 г. составил 55,5%, 3500 г. и более — 20,1% и 1500–2499 г. — 17,7%. Наименьший удельный вес составили дети с массой менее 1500 г. Наибольший удельный вес составили дети с ростом при рождении 50–54 см. (61,6%), 21,0% с длиной тела 45–49 см. и 8,0% с длиной 40–44 см.

Отсюда следует, что все-таки дети, родившиеся в группе риска, составляют относительно большой удельный вес, что требует принятия определенных профилактических и других мероприятий со стороны медицинских работников (улучшить качество

антенатального наблюдения беременных и уход после рождения детей как в семье, так и в детских домах).

Отмечается высокий удельный вес детей, родившихся с меньшими и большими показателями окружностей головы и груди, которые относятся к группе риска по наличию патологических состояний.

Эти показатели указывают на серьезное обращение внимания со стороны медицинских работников (ГСВ) при наблюдении беременных женщин до родов и после рождения детей.

Оценка по шкале Апгар на 1 минуте жизни составила 8–10 баллов у 31,4% детей, 6–7 баллов у 41,0%. Удельный вес новорожденных с оценкой 4-5 баллов составил 11,5% и 1–3 балла — 2,8%. У 13,3% нет данных. Следует отметить, что у 72,4% новорожденных отмечались суммарные показатели. У 14,3% новорожденных показатели составили от 4-5 до 1-3 баллов, что свидетельствует о нарушении физиологических функций, в основном со стороны центральной нервной системы, которые в свою очередь требуют улучшения своевременной помощи в антенатальном периоде и улучшения оказания экстренной медицинской помощи при рождении.

Одним из важнейших показателей, характеризующих состояние здоровья детей, является заболеваемость. Ведущее место в структуре заболеваемости детей на 1-м месяце жизни занимают болезни, патогенетически связанные с периодом беременности, родов, а также с состоянием периода новорожденности: внутриутробная гипоксия и асфиксия. По данным наших исследований внутриутробная гипоксия отмечалась у 38,6% детей.

Следует, обратить внимание, что асфиксия различной степени тяжести зафиксирована у более 1/3 детей (33,0%), воспитывающихся без родителей, что диктует необходимость налаживания и улучшения помощи при наблюдении женщин до родов, а также при оказании интенсивной медицинской помощи.

Анализ детей проведенных мероприятий по реанимацию новорожденных показывает, что у 70,0% они не требовались. 30,0% новорожденных оказана своевременная и необходимая помощь.

Состояние ребенка при рождении как удовлетворительное оценивалось у 39,3%, у 16,2% — относительно удовлетворительное, тяжелое и крайне тяжелое состояния зафиксировано у 25,6%. Из этого можно сделать вывод о том, что в основном родители отказываются от своих детей, несмотря на их состоянии при рождении.

Анализ частоты распространенности заболеваний у новорожденных в раннем неонатальном периоде показал, что наиболее чаще встречались врожденный порок сердца ( $32,3 \pm 3,1$ ), перинатальная энцефалопатия ( $24,5 \pm 2,9$ ), врожденный порок развития центральной нервной системы ( $23,6 \pm 2,8$ ), синдром двигательных нарушений ( $14,1 \pm 2,3$ ), нарушения питания ( $12,7 \pm 2,2$ ) и внутриутробные инфекции ( $11,8 \pm 0,8$ ). Важно отметить, что у новорожденных встречался детский церебральный паралич ( $10,0 \pm 2,0$ ). Частота распространенности других заболеваний была незначительна. Указанные выше факты указывают на недостаточный контроль и обследование беременных женщин на уровне ГСВ и низкую санитарную культуру родителей.

В основном у детей причиной неврологических расстройств являются внутриутробная гипоксия и ВУИ, которая составила 54,5%, в меньшей степени анемии и т.д.

По данным нашего исследования, большинство новорожденных ( $61,9 \pm 4,1$ ) в родильном доме находились на грудном вскармливании, на искусственном —  $38,2 \pm 4,1$  новорожденных. Из новорожденных, находящихся на искусственном вскармливании  $29,5 \pm 3,8$  получали питание из бутылочки,  $5,0 \pm 1,8$  — из зонда и  $0,7 \pm 0,7$  — парентеральное питание. Смешанное

вскармливание было у  $2,9 \pm 1,4$  новорожденных. Низкая частота новорожденных, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании явилось следствием определенных патологических состояний при их рождении.

Удельный вес новорожденных, выписанных домой составил 50,9%, домой под наблюдение специалистов — 10,3%, переведены в специализированные стационары для недоношенных — 33,6% и другие соматические стационары — 5,2%.

Проведен анализ физического развития детей (масса тела, длина тела, окружность головы и грудной клетки). Обращают на себя внимание показатели массы тела у детей детских домов: масса детей при рождении в стандартных пределах отмечалась у 75,6%, к выписке в пределах физиологических колебаний зарегистрировано 75,7% детей.

На первом году жизни средняя масса тела (М) составила 10,0-10,5 кг. У 76,7% детей одного года отмечалось снижение массы тела, увеличение у 11,3% и в норме только у 12,0% детей. В два года (М=12,0 кг) у большей части детей отмечалось снижение массы тела (70,5%), увеличение у 21,8% и в норме у 7,7%. В три года (М=14,0 кг) наблюдалась противоположная ситуация. Так, у 61,5% детей масса тела увеличилась, у 30,8% — в норме и у только 7,7% — снизилась. В четыре (М=16,0 кг) и пять лет (М=18,0 кг) у всех обследованных детей отмечалось снижение массы тела (100,0%). В шесть лет (М=32 кг) у большинства детей масса тела была снижена (82,3%), у 11,8% — увеличена и у 5,9% — в норме. Таким образом, у большей части детей по возрастам отмечалось снижение прибавки массы тела, за исключением детей трехлетнего возраста.

Отставание в массе тела у детей, воспитывающихся в детских домах, обусловлено отсутствием солнечного света и свежего воздуха в комнатах, где находятся дети, а также однообразным, неполноценным питанием и недостаточным уходом со стороны нянек.

Кроме того, отставание в физическом развитии, в значительной мере, связано с течением основного заболевания у этих детей (расщелина твердого и мягкого неба, отсутствие сосательных и глотательных рефлексов, аномалии со стороны ЖКТ, ВПС, глубокая умственная отсталость и т. д.), и присоединение инфекций.

Ростовые показатели у детей-сирот более выразительны в отношении торпидных, соматропных влияний, по сравнению с показателем массы тела. И это подчеркивает глубину расстройств физического развития и может объяснить нарушения фундамента хорошего здоровья в будущем. Так же как и масса тела, длина тела уменьшается до 5-ти лет, после чего тенденция к уменьшению роста ослабевает.

Выявлена обратная средней силы корреляционная связь между возрастом и длиной тела ( $r_{xy} = -0,5$ ), доля влияния  $R = 25,0\%$ . Чем старше возраст, тем уменьшается число детей с нормальной длиной тела.

Окружность головы является важным параметром в психомоторном развитии ребенка. Она может указывать на возможность наличия гидроцефалии и микроцефалии. Ведущую роль в возникновении гидроцефалии и микроцефалии также играют внутриутробные инфекции (токсоплазмоз, хламидии и др.).

Число детей с мегалоцефалией убывает до 12,2%, более того, нарастает количество детей с микроцефалией (в динамике у 67,2% в 1 год, у 73,5% — в 2 года). Однако, мегалоцефалия у исследуемых сохраняется в течение всего наблюдения до 6-ти лет включительно.

Показана обратная слабая корреляционная связь между возрастом и окружностью головы ( $r_{xy} = -0,2$ ), доля влияния  $R = 40,0\%$ . Чем старше возраст, тем меньше детей с окружностью головы, соответствующей данному возрасту.

Окружность грудной клетки у 44,4% детей к одному году была ниже нормы.

Таким образом, антропометрические данные, свидетельствуют о нарастании дефектов в уходе и вскармливании детей, приобретающих с годами системный характер.

По данным проведенного исследования, на первом году жизни у 46,5% детей нервно-психическое развитие не соответствует данному возрасту, только у 17,2% наблюдается соответствие возрасту.

В два года дети с несоответствием нервно-психического развития составили 44,2%, соответствием — 11,0% и отсутствует оценка у 44,8%.

В три года нервно-психическое развитие не соответствует у 43,5%, соответствует — 8,4%, нет оценки — 48,1%.

Дети четырех лет с несоответствием нервно-психического развития возрасту составили 38,7%, соответствовало — 1,3% и не было оценки — у шестой части детей (60,0%).

В пять лет у большей половины детей отмечалось не соответствие развития (57,1%), только у 2,4% соответствовало, и не было оценки у 40,5%.

Не соответствие нервно-психического развития возрасту в шесть лет наблюдалось у 62,5%, оценка отсутствовала у 37,5%. Следует отметить, что в данном возрасте отсутствовали дети с нормальным нервно-психическим развитием.

Таким образом, дети от 1 до 6 лет отстают в нервно-психическом развитии. Установлена прямая корреляционная связь средней силы ( $r_{xy}=+0,43$ ), чем старше возраст, тем увеличивается число детей с несоответствием нервно-психического развития возрасту. Доля влияния составила 18,5% (коэффициент детерминации).

В детских домах у детей в основном чаще отмечались анемии ( $36,8\pm 3,2$ ). Гипотрофия встречалась в  $6,3\pm 1,6$ , рахит в  $3,6\pm 1,2$  и аллергические проявления в  $2,3\pm 1,0$  случаях,  $p<0,001$ . Нет данных у  $51,0\pm 3,3$  детей, то есть у четвертой части детей. Довольно высокие показатели заболевания детей-сирот анемией и гипотрофией могут служить индикатором качества ухода в специализированных учреждениях. На этом фоне диагностика рахита представляется заниженной.

В структуре заболеваний значительно высокий процент приходится на заболевания органов дыхания (ОРВИ —  $62,7\pm 3,2$ , болезни верхних дых. путей —  $4,5\pm 1,4$  и пневмония —  $9,1\pm 1,9$ ). Это можно объяснить большой скученностью детей.

Таким образом, у детей чаще встречались болезни органов дыхания ( $76,3\pm 2,8$ ), нервной системы ( $43,6\pm 3,3$ ) и врожденные аномалии ( $20,0\pm 2,7$ ).

Большинство детей, воспитывающиеся в детских домах, прошли медицинские осмотры у врачей узких специальностей ( $89,1\pm 2,1$ ). Так, осмотрены невропатологом —  $89,1\pm 2,1$ , окулистом —  $48,6\pm 3,3$ , ортопедом/хирургом —  $47,3\pm 3,3$ , Лор-врачом —  $45,0\pm 3,3$  детей, стоматологом —  $29,1\pm 3,0$ . Медицинские осмотры не прошли —  $10,9\pm 2,1$  детей.

Согласно по полученным данным из общего числа 58,5% детей не были привиты в установленном сроке, в связи с временными противопоказаниями и согласно рекомендациям соответствующих специалистов. Эти дети были вакцинированы по индивидуальной схеме. Согласно календаря прививок вакцинировано 34,2% детей. 7,2% детей с тяжелыми длительно протекающими заболеваниями (органическое поражение сердца, эпилепсия с частыми припадками, гидроцефалия, коллагенозы и др.) прививки не проводились.

Удельный вес детей, которым были проведены лабораторные исследования не в полном объеме составил 56,4% и 43,6% — в полном объеме.

Высокий удельный вес лабораторных обследований, проведенных в неполном объеме, связано с недостатком специалистов в штате. В связи с этим руководителям детских домов

необходимо уделять должное внимание лабораторным исследованиям, расширить штаты и обучать специалистов.

Удельный вес детей часто болеющих детей, воспитывающихся в детских домах составило 42,6%, 32,6% — редко болеют, имеют хронические заболевания — 6,4%. Следует отметить, что только 18,4% детей — здоровые. Особенно серьезное опасение вызывает психоневрологическое развитие в домах ребенка и психическое здоровье в детских домах.

### *Выводы*

Отставание в физическом развитии этих детей в значительной мере связано с наличием тяжелого соматического заболевания (волчья пасть, отсутствие сосательных и глотательных рефлексов, аномалии со стороны желудочно-кишечного тракта, врожденный порок сердца, глубокая умственная отсталость и т. д.), а также с другой инфекционной патологией. Нервно-психическое развитие этих детей в 57% случаев не соответствует норме. В структуре заболеваемости детей преобладают заболевания органов дыхания (ОРВИ — 62,7%, болезни верхних дыхательных путей — 4,5% и пневмония — 9,1%).

Каждый второй-третий ребенок страдает патологией нервной системы, в основном детский церебральный паралич, ЗПР (37,2%), вследствие перенесенного матерью в период беременности заболевания урогенитальной инфекции. Третье место в структуре заболеваемости занимают врожденные аномалии (20,4%). В возникновении перинатальных причин ведущая роль принадлежит внутриутробной гипоксии.

Наиболее значимыми факторами риска, способствующими воспитанию ребенка без родителей, являются социальное неблагополучие родителей (63,8% женщины не состояли в браке, т.е. почти каждая вторая женщина не имела возможности воспитывать ребенка, особенно в случае, если ребенок болен или имеет порок развития). Изучение социального положения матери показало, что на первом месте оказались безработные домохозяйки (69,2%), учащихся было 2,1%.

### *Список литературы:*

1. Аверьянова Н. И., Ханова Н. А. Особенности социализации, нервно-психического развития, личностного психологического статуса и школьной успеваемости подростков, воспитывающихся в разных условиях // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 2013. №6. С. 15-18.
2. Азизова Ф. Л. Анализ изучения вопросов физического развития и состояния здоровья детей с ограниченными возможностями на современном этапе // Медицинский журнал Узбекистана. 2014. №2. С. 117-121.
3. Айвазова З. Н. Комплексное социально-гигиеническое исследование состояния здоровья подростков в условиях крупного города: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007. 21 с.
4. Айнетдинова А. Л. Состояние здоровья воспитанников детского дома. Пути комплексной реабилитации: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Тюмень, 2010. 24 с.
5. Егорова Е. В. Детство без слез // Программа профилактики жестокого обращения с детьми в семьях, имеющих несовершеннолетних детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Мульмья, 2013.
6. Кохан С. Т. Гигиеническое воспитание основа здорового образа жизни // Здоровье семьи - XXI век // Материалы XI Международной научно-практической конференции. Пермь, 2007. С. 176-177.

7. Barnard-Brak L., Stevens T., Carpenter J. Care coordination with schools: The role of family-centered care for children with special health care needs // *Maternal and child health journal*. 2017. V. 21. №5. P. 1073-1078. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2203-x>

*References:*

1. Averyanova, N. I., & Khanova, N. A. (2013). Osobennosti sotsializatsii, nervno-psikhicheskogo razvitiya, lichnostnogo psikhologicheskogo statusa i shkol'noi uspevaemosti podrostkov, vospityvayushchikhsya v raznykh usloviyakh. *Problemy sotsial'noi gigieny i istoriya meditsiny*, (6), 15-18. (in Russian).

2. Azizova, F. L. (2014). Analiz izucheniya voprosov fizicheskogo razvitiya i sostoyaniya zdorov'ya detei s ogranichennymi vozmozhnostyami na sovremennom etape. *Meditsinskii zhurnal Uzbekistana*, (2), 117-121. (in Russian).

3. Aivazova, Z. N. (2007). Kompleksnoe sotsial'no-gigienicheskoe issledovanie sostoyaniya zdorov'ya podrostkov v usloviyakh krupnogo goroda: authoref. M.D. diss. Moscow.

4. Ainetdinova, A. L. (2010). Sostoyanie zdorov'ya vospitannikov detskogo doma. Puti kompleksnoi reabilitatsii: authoref. M.D. diss. Tyumen. (in Russian).

5. Egorova, E. V. (2013). Detstvo bez slez. Programma profilaktiki zhestokogo obrashcheniya s det'mi v sem'yakh, imeyushchikh nesovershennoletnikh detei, nakhodyashchikhsya v trudnoi zhiznennoi situatsii. Mulymya. (in Russian).

6. Kokhan, S. T. (2007). Gigienicheskoe vospitanie osnova zdorovogo obraza zhizni. *Zdorov'e sem'i - XXI vek: Materialy XI Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii, Perm, 176-177*. (in Russian).

7. Barnard-Brak, L., Stevens, T., & Carpenter, J. (2017). Care coordination with schools: The role of family-centered care for children with special health care needs. *Maternal and child health journal*, 21(5), 1073-1078. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2203-x>

*Работа поступила  
в редакцию 03.06.2021 г.*

*Принята к публикации  
09.06.2021 г.*

*Ссылка для цитирования:*

Абдуллаев Т. О., Съездбекова Н. С., Аралбаева А. Б. Медико-социальные проблемы состояния здоровья детей, находящихся в кризисной жизненной ситуации в Кыргызстане // *Бюллетень науки и практики*. 2021. Т. 7. №7. С. 157-163. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/68/21>

*Cite as (APA):*

Abdullaev, T., Siezdbekova, N., & Aralbaeva, A. (2021). Medical and Social Problems of the Health State of Children in a Crisis Life Situation in Kyrgyzstan. *Bulletin of Science and Practice*, 7(7), 157-163. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/68/21>