

УДК 6181-072-024

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

Мамедова А.В.*Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, Баку, e-mail: khalafli@mail.ru*

Для выявления современных социально-гигиенических аспектов развития неврологических заболеваний нами изучены факторы, на которые в литературе часто обращают внимание – образовательный уровень, социально-профессиональную принадлежность родителей, условия проживания, их возраст и прочие биосоциальные характеристики. Приведенные данные показали, что целый ряд взаимосвязанных факторов (образовательный уровень, социально-профессиональная принадлежность, условия проживания и семейное положение), характеризующих социальный статус и социальное поведение людей детородного возраста как в отдельности, так и в комплексе между собой предопределяют степень жизнеспособности воспроизводимого поколения и являются факторами повышенного риска развития неврологической заболеваемости.

Ключевые слова: неврологическая заболеваемость, социально-гигиенические аспекты

SOCIALLY-HYGIENIC ASPECTS OF DEVELOPMENT OF NEUROLOGIC DISEASE AMONG CHILDREN OF EARLY AGE IN AZERBAIJAN

Mamedova A.V.*Azerbaijan State Institute of Postgraduate Medical im.A.Alieva, Baku, e-mail: khalafli@mail.ru*

For revealing of modern socially-hygienic aspects of development of neurologic diseases we study factors to which in the literature often pay attention – educational level, a socially-professional accessory of parents, residing conditions, their age and other biosocial characteristics. The cited data have shown, that variety of the interconnected factors (educational level, a socially-professional accessory, conditions of residing and the marital status), characterising the social status and social behaviour of people of genital age as separately, and in a complex among themselves predetermines degree of viability of reproduced generation and are factors of the raised risk of development of neurologic disease.

Keywords: neurologic disease, socially-hygienic aspects

В течение последних лет в неврологии детского возраста достигнуты значительные успехи. Стала возможной ранняя диагностика заболеваний нервной системы, во многом определяющая эффективность коррекционных мероприятий и позволяющая предупредить развитие тяжелых необратимых последствий, препятствующих социальной адаптации больных. [1, 2] В настоящее время, когда стационарная неврологическая помощь имеет в г. Баку достаточное количество коек, оснащенных современной диагностической и лечебной аппаратурой, главное внимание необходимо уделять повышению качества диагностики и лечения в амбулаторных условиях.

В течение многих лет, изучая этиологию и патогенез заболеваний нервной системы у детей, исследователи единодушно пришли к выводу, что по большей части эти заболевания обусловлены гипоксически-ишемическими повреждениями мозга в перинатальном периоде [3, 4, 5]. Известная и широко распространенная формула «с возрастом все пройдет» не оправдала себя. Именно с возрастом, казалось бы, незначительные расстройства дают о себе знать, приводя к нарушениям малой локомоции, развития речи, дислексии, изменениям поведения и соз-

давая трудности в процессе обучения. Основным предметом дискуссии стал вопрос, каковы причины подобных расстройств – патологическая наследственность, гипоксически-ишемические повреждения мозга или же они целиком обусловлены влиянием среды (воспитание в семье, социальная принадлежность и материальное обеспечение). Одни исследователи связывают эти нарушения с перинатальными повреждениями нервной системы [3, 6, 7], другие отдают предпочтение воздействию среды, аргументируя это тем, что минимальные мозговые дисфункции часто выявляются или усиливаются в возрасте 7–10 лет [4, 5]. В связи с этим **целью наших исследований** было проведение анализа развития неврологической заболеваемости среди детей раннего возраста в республике и изучение социально-гигиенических аспектов этих заболеваний.

Материалы и методы исследования

В соответствии с решаемыми задачами были отобраны две единицы статистического наблюдения: основная единица наблюдения: ребенок с неврологической патологией в возрасте 0–5 лет, контрольная – здоровый ребенок в возрасте 0–5 лет. В каждой группе было обследовано по 150 детей (основная и контрольная группы). По образованию родителей были выде-

лены следующие группы; незаконченное среднее; среднее; средне-специальное и незаконченное высшее; высшее образование. Социально-профессиональная категория матерей включила следующие виды: студентки, рабочие, служащие, домохозяйки и прочие. Социально-профессиональная категория отцов была дифференцирована по 6 видам: студенты, рабочие, служащие, предприниматели, безработные и прочие. При распределении семей по условиям жилья были выделены следующие группы: отдельная квартира со всеми удобствами; комната в квартире родителей со всеми удобствами; квартира с частичными удобствами (отсутствие либо водопровода, либо отопления, либо других удобств); прочие виды жилья независимо от наличия удобств (общежитие, квартиранты и прочие). Семейное положение родителей группировалось по следующим градациям: состоят в браке (полная семья), полная семья без регистрации брака; незарегистрированный брак (семья неполная); вдовы, разведенные. Статистическая

обработка полученных результатов исследования проводилась общепринятыми методами вариационной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Для выявления современных социально-гигиенических аспектов развития неврологических заболеваний нами изучены факторы, на которые в литературе часто обращают внимание – образовательный уровень, социально-профессиональную принадлежность родителей, условия проживания, их возраст и прочие биосоциальные характеристики. В изучаемой нами популяции сведения о распределении детей по образовательному уровню родителей приведены в табл. 1, 2.

Таблица 1

Распределение детей в возрасте до 5 лет по уровню образования матери
(в % к итогу в каждой группе)

Образование	Основная группа		Контрольная группа		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Незаконченное среднее	34	22,7 ± 3,4	15	10,0 ± 2,5	0,01
Среднее	71	47,3 ± 4,1	70	46,7 ± 4,1	
Среднее специальное	15	10,0 ± 2,5	10	6,7 ± 2,0	
Незаконченное высшее	4	2,7 ± 1,3	8	5,3 ± 1,8	
Высшее	26	17,3 ± 3,1	47	31,3 ± 3,8	
Итого	150	100,0	150	100,0	

Таблица 2

Распределение детей в возрасте до 5 лет по уровню образования отца
(в % к итогу в каждой группе)

Образование	Основная группа		Контрольная группа		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Незаконченное среднее	36	24,0 ± 3,5	6	4,0 ± 1,6	0,001
Среднее	56	37,3 ± 3,9	62	41,3 ± 4,0	
Среднее специальное	14	9,3 ± 2,4	18	12,0 ± 2,7	
Незаконченное высшее	8	5,3 ± 1,8	10	6,7 ± 2,0	
Высшее	36	24,0 ± 3,5	54	36,0 ± 3,9	
Итого	150	100,0	150	100,0	

Из этих данных очевидно, что группы детей с неврологической патологией (основная группа) и здоровых детей (контрольная группа) по образовательному уровню как матерей, так и отцов друг от друга отличаются ($\chi^2 = 11,8$; $P < 0,05$). Причем в основной группе относительно высок удельный вес матерей и отцов, имеющих незаконченное среднее образование (соответственно 22,7 ± 3,4 и 24,0 ± 3,5% при уровне этих показателей в группе здоровых детей 10,0 ± 2,5 и 4,0 ± 1,6%). В сравниваемых группах удельный вес матерей (соответственно 17,3 ± 3,1 и 31,3 ± 3,8%) и отцов

(2,4 ± 3,5 и 36,0 ± 3,9%) с высшим образованием также различный. Очевидно, что в контрольной группе значительно больше доля тех, у которых матери и отцы имеют высшее образование. Привлекает внимание сходность удельного веса в сравниваемых группах тех детей, родители которых имеют среднее (47,3 ± 4,1 и 46,7 ± 4,1%, $p > 0,05$ по образовательному уровню матерей, 37,3 ± 3,9% и 41,7 ± 4,0, $p > 0,05$ по образовательному уровню отцов), средне-специальное (соответственно 10,0 ± 2,5 и 6,7 ± 2,0%, $p > 0,05$, 9,3 ± 2,4 и 12,0 ± 2,7%, $p > 0,05$) образование. Видимо более значи-

мым для социального статуса родителей является незаконченность среднего образования, которая в реальных условиях возможна либо из-за чрезмерной бедности семьи, либо из-за отсутствия способностей для завершения учебы в средней школе. Именно такие родители имеют определенный тип социального поведения, которое проявляется различными социально-негативными последствиями, в том числе неадекватным демографическим поведением, результатом которого является повышенный риск неврологической заболеваемости детей.

С образовательным уровнем напрямую связана социально-профессиональная принадлежность людей. Социально-профессиональная дифференциация в современном обществе происходит в соответствии с социально-экономической ситуацией, появля-

ются новые социально-профессиональные группы (банкиры, менеджеры, предприниматели и прочие). Однако доля таких людей среди женщин детородного возраста не очень заметная, что исключает возможность попадания их в выборку численностью 100–150 человек, которая использована нами. Поэтому, при группировке матерей была использована традиционная классификация социально-профессиональной принадлежности: студентка, рабочая, служащая, домохозяйка и прочие. При группировке отцов по социально-профессиональной принадлежности дополнительно были выделены группы: безработный и предприниматель. Распределение детей в возрасте до 5 лет по социально-профессиональной принадлежности матерей и отцов приведено в табл. 3 и 4.

Таблица 3

Распределение детей в возрасте до 5 лет по социально-профессиональной принадлежности матери (в % к итогу в каждой группе)

Социально-профессиональная категория	Основная группа		Контрольная группа		<i>p</i>
	Абс.	%	Абс.	%	
Студентка	10	6,7 ± 2,0	6	4,0 ± 1,6	0,001
Рабочая	15	10,0 ± 2,5	5	3,3 ± 1,5	
Служащая	20	13,3 ± 2,8	45	30,0 ± 3,7	
Домохозяйка	103	68,7 ± 3,7	91	60,7 ± 3,9	
Прочая	2	1,3 ± 0,9	3	2,0 ± 1,1	
Итого	150	100,0	150	100,0	

Таблица 4

Распределение детей в возрасте до 5 лет по социально-профессиональной принадлежности отца (в % к итогу в каждой группе)

Социально-профессиональная категория	Основная группа		Контрольная группа		<i>p</i>
	Абс.	%	Абс.	%	
Студент	3	2,0 ± 1,1	3	2,0 ± 1,1	0,001
Рабочий	78	52,0 ± 4,1	62	41,3 ± 4,0	
Служащий	27	18,0 ± 3,1	38	25,3 ± 3,5	
Предприниматель	10	6,7 ± 2,5	40	26,8 ± 3,6	
Безработный	30	20,0 ± 3,3	3	2,0 ± 1,1	
Прочий	2	1,3 ± 0,9	4	2,6 ± 1,3	
Итого	150	100,0	150	100,0	

Сравниваемые группы детей более заметно друг от друга отличаются по удельному весу служащих (соответственно 13,3 ± 2,8 и 3,0 ± 3,7%, $p > 0,05$) и рабочих (соответственно 10,0 ± 2,5 и 3,0 ± 1,5%, $p > 0,05$) среди матерей, предпринимателей (соответственно 6,7 ± 2,5 и 26,8 ± 3,6%, $p > 0,05$), безработных (соответственно 20,0 ± 3,3 и 2,0 ± 1,1%, $p > 0,05$) и служащих (соответственно 18,0 ± 3,1 и 25,3 ± 3,5%, $p > 0,05$) среди отцов. Среди матерей здоровых детей относительно больший удельный вес приходится на матерей – служащих и

меньший – на матерей рабочих. Среди отцов здоровых детей относительно высока доля предпринимателей и служащих и низка – доля безработных.

Оценка различия состава основной и контрольной группы детей по социально-профессиональной принадлежности родителей методом «хи – квадрат» подтвердила их достоверность ($\chi^2 \geq 16,2$; $p < 0,01$). Таким образом, возможность изменения риска развития неврологической заболеваемости детей от социально-профессиональной принадлежности родителей подтвержда-

ется. С социальным статусом людей соответственно изменяются условия их проживания, так как повсеместно жилой фонд приватизирован и многие из-за экономических трудностей вынужденно продают относительно благополучное жилье и живут в неблагополучных условиях. Распределение детей сравниваемых групп по градациям условий жилья показало, что семьи $32,0 \pm 3,8\%$ здоровых детей проживают в отдельной квартире со всеми удобствами (этот показатель в основной группе детей составил $16,7 \pm 3,0\%$, $p > 0,5$). Доля семей, проживающих в комнате при квартире родителей со всеми удобствами в обеих группах была сходной ($28,0 \pm 3,7$ и $26,0 \pm 3,6\%$, $p > 0,05$). В обеих группах доля проживающих в квартире с частичными удобствами была достаточно высока и друг от друга не отличалась (соответственно $36,7 \pm 3,9\%$ и $37,3 \pm 3,9\%$, $p > 0,05$). При градации условий жилья в категорию «прочие» вошли те, которые снимали квартиры, комнаты, жили в общежитии и других приспособленных помещениях. Доля таких семей составляла

$18,6 \pm 3,2\%$ в основной группе и $4,7 \pm 1,7\%$ в контрольной группе. Различие между ними достоверное ($p > 0,05$). В целом состав семей основной и контрольной группы детей по категориям условий жилья друг от друга статистически значимо отличался ($\chi^2 = 19,9$; $p > 0,001$).

Семейное положение родителей играет существенную роль в судьбе детей. Официальная статистика подтверждает, что в последние годы в Азербайджане заметным темпом увеличивается количество рождения внебрачных детей. Поэтому мы проводим сравнительный анализ состава родителей сравниваемых групп детей в возрасте до 5 лет по их семейному положению. Были выделены следующие категории: состоят в браке (семья полная), брак не зарегистрирован, но родители участвуют в воспитании ребенка полноценно (отнесены к полной семье); брак не зарегистрирован и отец не принимает должного участия в воспитании ребенка (семья неполная); вдова и разведена. По этим категориям распределение детей до 5 лет приведено в табл. 5.

Таблица 5

Распределение детей в возрасте до 5 лет по семейному положению родителей
(в % к итогу в каждой группе)

Семейное положение родителей	Основная группа		Контрольная группа		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Состоят в браке	116	$77,3 \pm 3,4$	135	$90 \pm 2,5$	0,01
Брак не зарегистрирован (семья полная)	3	$2,0 \pm 1,1$	5	$3,3 \pm 0,4$	
Брак не зарегистрирован (семья неполная)	24	$16,0 \pm 3,0$	8	$5,3 \pm 1,8$	
Вдова	3	$2,0 \pm 1,1$	1	$0,7 \pm 0,7$	
Брак расторгнут	4	$2,7 \pm 1,3$	1	$0,7 \pm 0,7$	
Итого, в том числе	150	100,0	150	100,0	
полные семьи	119	$79,3 \pm 3,3$	140	$93,3 \pm 2,0$	
неполные семьи	31	$20,7 \pm 3,3$	10	$6,7 \pm 2,0$	

Из этих данных очевидно, что сравниваемые группы детей друг от друга отличаются, в первую очередь, по удельному весу одной категории семейного положения – незарегистрированность брака.

Закключение

Всемирная Организация Здравоохранения считает, что программы охраны здоровья детей в отдельных странах должна быть направлена не только на борьбу с отдельными болезнями, а на улучшение состояния ребенка в целом. Следовательно, необходимо систематизировать установленные нами факторы риска развития неврологической заболеваемости по степени относительного риска для выбора более приоритетных направлений деятельности по борьбе с ними.

Между рассмотренными факторами риска развития неврологической заболеваемости детей существует причинно-следственная и логическая связь. Первоначальными социальными факторами повышенного риска являются низкий образовательный уровень матерей (недопонимание сущности и необходимости дородового наблюдения), безработный статус отца (отсутствие экономической возможности для компенсации ожидаемых затрат при посещении женских консультаций и выполнение назначений врачей). Усугубляющими социальными факторами риска могут быть отсутствие законного брака, разводы и неполнота семьи. Социально-гигиенические факторы риска развития неврологической заболеваемости детей в основном порождает фон для нарушения функционального состояния

организма, возникновения тяжелых заболеваний, уменьшения объема и качества медицинского обеспечения, в результате которых не удается предотвратить усугубления патологии.

Таким образом, целый ряд взаимосвязанных факторов (образовательный уровень, социально-профессиональная принадлежность, условия проживания и семейное положение), характеризующих социальный статус и социальное поведение людей детородного возраста как в отдельности, так и в комплексе между собой, определяют степень жизнеспособности воспроизводимого поколения и являются факторами повышенного риска развития неврологической заболеваемости.

Список литературы

1. Козловская Г.В., Кремнева Л.Ф. Роль факторов среды и индивидуальной реактивности в возникновении и клинике пограничных нервно-психических расстройств детского возраста. – М.: Медицина, 2009. – 92 с.
2. Мамцева В.Н. Невротическое формирование личности при затяжном депрессивном неврозе у детей // Тезисы Всерос.конференции по организации неврологической и психиатрической помощи детям. – М., 2004. – Р. 142–143.
3. Ратнер, А.Ю. Неврология новорожденных. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. – 368 с.
4. Скворцов И.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии / И.А.Скворцов, Н.А. Ермоленко. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 367 с.
5. Шабалов Н.П. Основы перинатологии / Н.П. Шабалов, Ю.В. Цвелев. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 633 с.
6. Kewley G.N. Attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and under-treated in Britain // BMJ. – 2008. – Vol. 316, №9. – P. 1594–1595.
7. McCann J.B., James A., Wilson S., Dunn G. Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system // BMJ. – 2008. – Vol. 313, №2. – P. 1529–1530.

Рецензент –

Гасымов М.С., д.м.н., профессор, директор Республиканской противочумной станции им. С. Имамалиева, Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики, г. Баку.

Работа поступила в редакцию 02.02.2011.