

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК  
ВОЛОГОДСКИЙ НАУЧНО-КООРДИНАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ЦЭМИ РАН



В. А. Ильин, А. А. Шабунова

**ПРОБЛЕМЫ  
ЗДОРОВОГО ДЕТСТВА:  
РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ**

Вологда  
2000

ББК 60.56

И46

**В. А. Ильин, А. А. Шабунова.** Проблемы здорового детства: региональный аспект. — Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2000.— 59с.

**V. Ilin, A. Shabunova.** Problems of healthy childhood: regional aspect. Vologda: Vologda Centre of Russia Academy of Science.

На основе принципиально новых подходов в работе, выполняемой по заказу администрации Вологодской области, исследуется здоровье детей и условия, оказывающие влияние на его формирование. В основу анализа положено длительное отслеживание детей по специальной программе, включающей состояние здоровья детей, процесс их физического и интеллектуального развития, социальный статус родителей, уровень их образования, доходы, жилищно-бытовые условия и т.д.

Материалы ориентированы на широкий круг читателей: специалистов по региональной экономике; работников областных и муниципальных органов власти, народного образования, здравоохранения; руководителей политических партий и общественных организаций; студентов высших и средних специальных учебных заведений.

On base in principal new approaches in work, executed Administration of Vologda region, is researched children's health and conditions, influencing on their shaping. In base of analysis as one should long tracing a children on special program, including picture of health children the process their physical and savvy development, social status of parents, level of their education, incoms, housing-home conditions and etc.

The Material are oriented on broad readership: specialists on regional economy; the workmans regional and municipal organs of power, public education, public health; the leaders of political parties and public bodies; students of higher educational and secondary special establishments.

ISBN 5-93299-013-9

Исследование проведено при поддержке Российского гуманитарного научного фонда по проекту 98-02-02101.

© В. А. Ильин, А. А. Шабунова, 2000

© Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2000

Здоровье - это драгоценность, и притом единственная, ради которой действительно стоит не только не жалеть времени, сил, трудов и всяких благ, но и пожертвовать ради него частицей самой жизни, поскольку жизнь без него становится нестерпимой и унизительной. Без здоровья меркнут и гибнут радость, мудрость, знания и добродетели...

*М.Монтень*

Предлагаемая читателям книга представляет собой результат совместной работы Вологодского научно-координационного центра ЦЭМИ РАН с администрацией Вологодской области по теме «Изучение условий формирования здорового поколения». Цель исследования – стимулировать диалог между различными группами правительственного и неправительственного сектора в направлении профилактики и укрепления здоровья.

В области давно назрела необходимость серьезных научных разработок в данном направлении. Это длительное исследование, требующее значительных финансовых и организационных усилий. Однако оно позволяет получить уникальную информацию, которая может быть использована и используется при формировании региональных программ и принятии административных решений, регулирующих вопросы охраны и профилактики здоровья, поэтому его ценность несомненна.

Работа содержит конкретные предложения по проведению мероприятий, направленных на укрепление здоровья подрастающего поколения. Полагаю, что материалы, представленные в публикации, будут интересны и полезны как специалистам, преподавателям, студентам, так и широкому кругу читателей.

Первый заместитель  
губернатора Вологодской области

 И.А. Поздняков

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Вологодский научно-координационный центр (ВНКЦ) ЦЭМИ РАН при поддержке областной администрации с 1995 года проводит исследование по теме "Изучение условий формирования здорового поколения".

Лонгитюдное (длительное) исследование социально-экономических и медицинских факторов, влияющих на здоровье детей, в Вологодской области начато в 1995 г. и продолжается в настоящее время. В нем задействованы все семьи, в которых родились дети с 15 по 30 мая 1995 г. в городах Вологде, Череповце, районных центрах Кириллове, Великом Устюге, поселке городского типа Вожега.

Новый этап исследования был предпринят при поддержке областного управления здравоохранения в марте 1998 года. Под наблюдение взяты все семьи, в которых родились дети с 1 по 25 марта, в тех же населенных пунктах, что и на начальном этапе.

*Цель исследования* — на основе выявления и анализа взаимосвязей между показателями здоровья детей и социально-экономическими, медико-демографическими характеристиками семьи определить наиболее значимые факторы многостороннего неблагоприятного действия.

*Организация исследования* включает разработку комплексного инструментария мониторинга, состоящего из:

- нескольких анкет (на момент рождения, 1 месяца, 6 месяцев, 1 года и далее ежегодно, до вхождения детей в самостоятельную жизнь), с помощью которых можно получить достаточно полную информацию на каждого ребенка об условиях его жизни, социально-экономическом положении семьи, жилищных условиях и т.д.;
- компьютерной программы обработки первичной информации;
- статистических методов выявления наиболее значимых факторов, влияющих на формирование здоровья детей.

По мере развития и социализации наблюдаемых детей методы обследования будут смещаться от медико-биологических, характерных для первых лет жизни ребенка, к педагогическим. На каждом этапе развития ребенка обследование проводится по соответствующей программе.

*Практическая значимость* исследования состоит в том, что результаты анализа полученных данных могут послужить основой рекомендаций, дающих определенные ориентиры социальной политике, в частности, установлению или корректировке шкалы приоритетов различных мероприятий по критерию здоровья. Результаты исследования способны помочь в создании необходимого психологического климата для изменения отношения к здоровью детского населения как властных структур, так и жителей области.

Настоящая книга состоит из двух частей. В первой части рассматриваются результаты начального этапа исследования (когорты 1995 г.), во второй — результаты исследования когорты 1998 г. в сравнении с данными когорты 1995 г.

## ВВЕДЕНИЕ

Состояние здоровья населения является важнейшим фактором социально-экономического развития общества и определяется состоянием здравоохранения, в том числе его профилактической направленностью. Это критерий социальной эффективности мероприятий по охране и укреплению здоровья.

Уставом ВОЗ, Всеобщей декларацией прав человека и другими документами ООН закреплены права всех народов на максимально достижимый уровень здоровья и ответственность правительств за осуществление соответствующих экономических, социальных, медико-санитарных и других мероприятий. Только в этом случае экономические и социальные реформы будут иметь достойные цели и реальный эффект. В работах Т.М. Максимовой (1993), Ю.П. Лисицина (1994), Е.А. Тишука (1995), В.К. Овчарова (1997) приводятся положения, демонстрирующие жесткую обусловленность здоровья уровнем социально-экономического благополучия страны, отдельных групп населения и семей.

Проблема состояния здоровья детского населения в настоящее время имеет международное значение. По мнению европейских экспертов ВОЗ, даже в экономически развитых странах нет свидетельств того, что здоровье подрастающего поколения становится лучше. При снижении в этих странах уровня перинатальной и младенческой смертности распространенность умственных и физических недостатков, а также хронической патологии в детской популяции остается практически неизменной (Р.К. Игнатьева, 1994; Ю.П. Лисицын, 1992, 1995; О.П. Щепин с соавт., 1997), что ухудшает качество здоровья населения в целом.

В создавшихся условиях крайне важно научиться не только своевременно фиксировать уже возникшие отклонения в здоровье детей или пре-

дусматривать всевозможные негативные последствия, но и противодействовать этим последствиям через систему социальной защиты.

Практика социальной защиты, планирования воспитательных и оздоровительных мероприятий требует проведения углубленных комплексных исследований влияния образа жизни на формирование здоровья ребенка, большего внимания к тем семьям, где угроза здоровью ребенка наиболее велика.

Выявить наметившиеся тенденции в изменении здоровья детей, факторы, наиболее на него влияющие, и подготовить предложения по возможным мерам со стороны властных структур, общества — проблема, изучению которой и посвящено данное исследование, проводимое Вологодским научно-координационным центром (ВНКЦ) ЦЭМИ РАН совместно с Институтом социально-экономических проблем народонаселения (ИСЭПН) РАН, при поддержке областной администрации.

### 1.1. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ, УЧАСТВОВАВШИХ В ИССЛЕДОВАНИИ

Средняя российская семья, начиная с 1990 г., с трудом обеспечивает

удовлетворение насущных потребностей детей. Возможности расходувать деньги на полноценное питание, воспитательные цели, в частности на приобретение книг, игрушек, организацию свободного времени детей, стали весьма ограниченными.

Ухудшение материального положения населения привело к тому, что в группу малообес-

Таблица 1  
Индекс уровня жизни (в %)

Год проведения обследования	Отношение среднего дохода к прожиточному минимуму (в %)	
	В исследуемых семьях	По результатам областного опроса
1995 (перед рождением ребенка)	107	127,4
1996 (возраст 1 год)	63,7	118,7
1997 (возраст 2 года)	96,0	121,03
1998 (возраст 3 года)	86,6	173,7
1999 (возраст 4 года)	49,1	66,37

печенных семей в настоящее время попадают не только многодетные и неполные семьи, семьи безработных, но также и семьи, имеющие малолетних детей, полные семьи с двумя работающими взрослыми [23].

Анализ финансового благополучия исследуемых семей показал, что через год после рождения ребенка соотношение среднедушевого денежного дохода и прожиточного минимума составило 63,7 % в сравнении со 107 % до появления малыша (табл. 1). По достижении детьми возраста двух лет часть матерей продолжила работу, что в некоторой степени улучшило материальное положение наблюдаемых семей (соотношение среднедушевого денежного дохода и прожиточного минимума составило 96,0 %).

Возросшие цены, нестабильность выплат заработной платы и денежных пособий, высокая плата в детских садах (80,3% наблюдаемых детей посещают детские дошкольные учреждения) препятствовали дальнейшему

Таблица 2

**Распределение ответов на вопрос «Оценка удовлетворения потребностей» ( в % от общего количества)**

Оценка	Годы				
	1995	1996	1997	1998	1999
Денег хватает, чтобы не экономить на том, что нравится	-	1,2	1,3	-	0,0
Денег хватает на все текущие расходы, но без излишеств	26,5	20,9	20,8	22,5	11,3
Денег хватает только на ежедневные расходы, но покупка одежды и других вещей представляет трудности	53,1	33,7	44,2	38,0	43,7
Приходится ограничивать себя даже в покупке продуктов питания	12,2	44,2	27,3	29,6	40,8
Затрудняюсь ответить	8,2	-	6,5	9,8	4,2

улучшению материального благополучия семей, и в 1998 году, к трехлетнему возрасту детей, соотношение среднедушевого денежного дохода и прожиточного минимума составило 86,6 %.

В результате финансового кризиса августа 1998 года, роста безработицы (доля безработных женщин в когорте с 1998 г. по 1999 г. выросла с 4,4% до 7%) соотношение среднедушевого дохода и прожиточного минимума снизилось до 49,1%.



Рассмотренные тенденции подтверждаются респондентами в оценочных характеристиках возможности удовлетворения своих потребностей (табл.2). В 1999 году, по отношению к предыдущим годам исследования, вдвое снизилась доля семей, которым «хватает денег на все текущие расходы». В полтора раза выросла доля семей, которым «хватает денег только на ежедневные расходы», либо «приходится ограничивать себя даже в приобретении продуктов питания».

Субъективные характеристики доходов семей, уровня удовлетворения жизненно необходимых потребностей свидетельствуют об увеличении доли семей, оценивающих семейный доход как недостаточный и совершенно недостаточный.

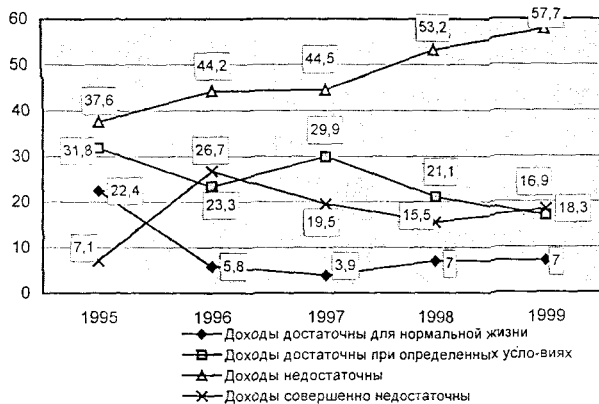


Рисунок 1. Распределение ответов на вопрос: «Оценка доходов семей» (в % от общего количества).

шенно недостаточный. В 1997 г. таких семей было 64,0%, в 1998 г. — 68,7%, в 1999г. — 74,6% (рис. 1). Таким образом, анализ финансового и имущественного благополучия семей показал,

что появление ребенка значительно снизило показатели семейного благосостояния. Его улучшению препятствовало в первую очередь финансовое положение в стране и области, сложившееся в период исследования (с 1995 по 1999 гг). В итоге, к 1999 году 59,7% семей, участвующих в исследовании, находились за чертой бедности (среднедушевой доход менее 1 прожиточного минимума). Это ограничивает возможности семей во вложении средств в развитие и укрепление здоровья детей.

Совокупные доходы семьи определяют качество ее питания. Снижение доходов значительной части обследуемых семей (к маю 1999 г. более 50% семей имели среднедушевой доход ниже установленного прожиточного минимума) отразилось на обеспеченности ребенка продуктами питания. Следует отметить, что полученные в результате исследования данные не являются статистически точными, но их использование дает возможность проследить некоторые тенденции в изменении структуры семейного бюджета.

*При анализе эмпирических данных выявлена тенденция ухудшения обеспеченности детей продуктами питания.* В 1997 году 40% родителей отметили, что

Таблица 3  
Оценка обеспеченности ребенка продуктами питания (в % от общего количества)

Варианты ответов	Годы		
	1997	1998	1999
Хорошая	40,0	27,9	22,5
Удовлетворительная	48,1	57,4	57,7
Плохая и очень плохая	6,7	11,7	16,9
Затрудняюсь ответить	5,4	2,9	2,8

обеспеченность ребенка продуктами питания хорошая, 48,1% родителей — удовлетворительная, и лишь 6,7% указали на не-удовлетворительную обеспеченность ребенка про-

дуктами питания (табл.3). В 1998 году вдвое сократилась доля семей, считающих, что ребенок в полной мере обеспечен необходимыми продуктами питания, а доля семей, давших неудовлетворительную оценку обеспеченности ребенка продуктами питания, вдвое увеличилась. Данные опроса 1999 года подтвердили тенденцию сокращения удовлетворительных оценок обеспеченности ребенка продуктами питания.

*В ходе исследования установлено, что снижение доходов значительной части обследуемых семей привело к увеличению доли семей с неудовлетворительной обеспеченностью ребенка продуктами питания, что увеличивает риск ухудшения здоровья детей.*

## 1.2. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВЬЯ ОБСЛЕДУЕМЫХ ДЕТЕЙ

Согласно данным комплексной оценки здоровья, проведенной участковыми педиатрами, 23,4% обследованных детей в возрасте четырех лет имели нарушения физического развития, из них примерно у каждого второго отмечен дефицит массы тела. С помощью углубленного анализа было установлено, что все дети, имеющие дефицит массы тела 1 степени, живут в бедных семьях, среднедушевой доход в которых не превышает одного прожиточного минимума. Каждый четвертый ребенок с дефицитом массы тела 1 степени воспитывается в неполной семье.

Анализируя состояние здоровья обследуемых детей, можно отметить следующее: детей, отнесенных к первой группе здоровья (здоровые дети), родилось всего 8,3%; большинство новорожденных детей (59,7%) относится к группе здоровья 2А. Это дети с наименьшим риском ухудшения здоровья, в том числе имеющие неблагоприятные факторы в биологическом, генеалогическом или социальном анамнезе. За год количество здоровых

Таблица 4. Распределение детей по группам здоровья (в % от числа опрошенных) детей (1 группа) со-

Группа здоровья	Возраст ребенка				
	ново-рожд.	1 год	2 года	3 года	4 года
1 группа (здоровые дети)	8,3	1,4	0	0	14,5
2А группа (здоровые дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний)	59,7	20,8	14,5	5,6	
2Б группа (дети, имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения)	29,2	70,8	72,5	79,2	68,2
3 группа (дети, имеющие хронические заболевания в компенсированном состоянии)	2,8	5,6	11,6	15,2	15,9
4 группа (дети, с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации)	0	1,4	1,4	0	1,4

кратилось почти в 5 раз, а число детей, отнесенных ко второй (2А и 2Б группы) группе здоровья,

увеличилось в 2,5 раза. Удвоилось количество детей с хроническими заболеваниями (3 группа здоровья). Быстрые темпы ухудшения потенциала здоровья детей первого года жизни отчасти можно объяснить низкой вы-

являемостью патологии в учреждениях родовспоможения, а также сложностью процесса адаптации ребенка к окружающей среде.

Дальнейшие наблюдения за изменениями здоровья обследуемых детей до 4-х лет выявили следующие тенденции<sup>1</sup>: нарастание числа детей во 2 группе здоровья и стремительное увеличение числа детей с хроническими заболеваниями. К году доля детей с хроническими заболеваниями увеличилась в 2,5 раза и составила 5,6%. К четырехлетнему возрасту доля детей, имеющих хронические заболевания, увеличилась в 5 раз, составив 17,3% (табл. 4). Следует отметить, что все дети с хроническими заболеваниями воспитываются в молодых семьях, среднедушевой доход в которых не превышает одного прожиточного минимума.

Анализ здоровья четырехлетних детей в региональном разрезе пока-

Таблица 5

Группы здоровья детей в территориальном разрезе  
(в % от числа детей в возрасте 4 лет)

Группы здоровья	Населенный пункт		
	Вологда	Череповец	Районы
1 (здоровые дети)	25,8	0,0	14,3
2 (дети, имеющие функциональные отклонения)	58,1	75,0	78,6
3 (имеющие хронические заболевания, вне стадии обострения)	16,1	20,8	7,1
4 (имеющие хронические заболевания с частыми обострениями)	0,0	4,2	0,0

зывает (табл. 5), что **здоровье проживающих в Череповце значительно хуже, чем в Вологде и районных городах и поселках.** В Череповце ни одного обследуемого ребенка нельзя отнести к 1

<sup>1</sup> Распределение детей по группам здоровья на первом, втором и третьем годах жизни проведено на основе комплексного подхода, основанного на стратегии риска различных факторов неблагоприятного исхода для здоровья детей с возрастом. Современными исследованиями доказано, что для реализации стратегии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Здоровье для всех к 2000 г.» наиболее благоприятным является именно риск-подход. По мнению ряда авторов, мера риска действует как показатель потребности в помощи, направленной на профилактику и укрепление здоровья. В ходе мониторинга (в ряде случаев) дети из группы повышенного риска ухудшения здоровья вошли в первую группу здоровья в возрасте четырех лет. Это вполне закономерно. С одной стороны, это обстоятельство свидетельствует, что здоровье этой группы детей к возрасту четырех лет стабилизировалось и потенциальный риск неблагоприятного воздействия факторов не проявился. С другой стороны, такие дети должны оставаться в поле зрения повышенного внимания врача на протяжении всего периода взросления.

группе здоровья, а детей, имеющих хронические заболевания, здесь в 1,5 раза больше, чем в Вологде, и в 3,5 раза больше, чем в районах (сведения о кратности и структуре заболеваний см. в прил. 2 ).

### 1.3. ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА НА ЧЕТВЕРТОМ ГОДУ ЖИЗНИ И МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ СЕМЕЙ

В обеспечении нормального развития и полноценного здоровья детей раннего возраста огромна роль взрослых. Малыш еще не может организовать свою жизнь вне тесных контактов со взрослыми, поэтому его здоровье и развитие обеспечивается лишь при совместных усилиях родителей, врачей и педагогов дошкольного образования [27].

Важное значение для выполнения семьей оздоровительной функции имеет уровень осведомленности родителей о состоянии здоровья своих детей. Однако данные анализа показали, что лишь 54,9 % матерей считают себя полностью осведомленными о здоровье ребенка.

В настоящем исследовании в ходе углубленной оценки состояния здоровья детей на четвертом году жизни было проведено сопоставление данных материнских и врачебных оценок. При этом в целом оценка врачами здоровья детей более критична, чем оценка матерей, что может быть

Таблица 6 связано с

Кратность заболеваний ребенка и оценка его здоровья родителями (в % от числа детей в возрасте 4 лет)

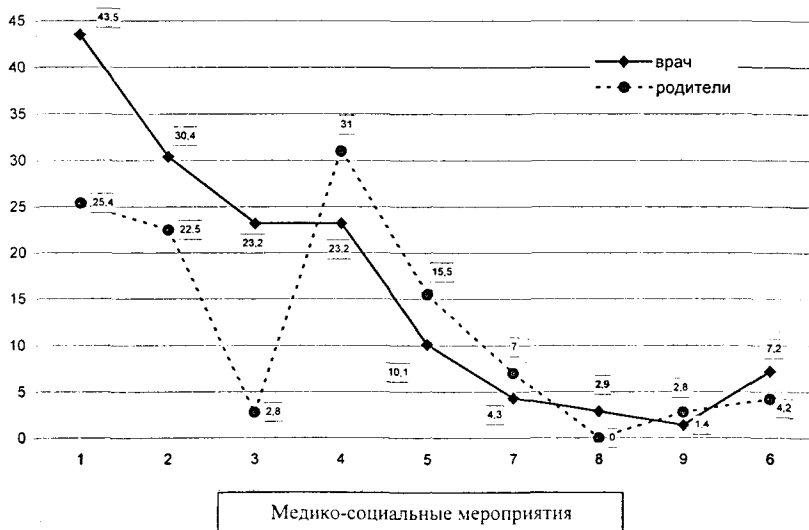
Оценка здоровья ребенка родителями	Кратность заболеваний ребенка в возрасте 4 лет			
	Не болел	Болел эпизодически	Часто болел	Очень часто болел
Хорошее	87,5	57,1	46,2	23,1
Удовлетворительное	12,5	40,0	46,2	53,8
Плохое	0,0	2,9	7,7	23,1

непониманием последними всей серьезности проблемы

оздоровления и лечения ребенка, особенно в первые годы его жизни, а также с тенденцией снижения обращаемости в лечебно-профилактические учреждения. Такой анализ по группе очень часто болеющих на четвертом году жизни детей показал, что 23,1% матерей оцени-

ли здоровье детей как хорошее, 53,8% — как удовлетворительное и только 23,1% — как плохое (табл. 6).

Сопоставление данных врачебной оценки и мнения матерей о медико-социальных потребностях детей на четвертом году жизни позволило выяснить значимые различия между ними (рис.2). Так, на графике видно, что по сравнению с матерями врач в 1,5 – 2,5 раза выше (а в случае организации диетпитания разница в оценках является восьмикратной) оценил нуждаемость детей в мероприятиях медицинского и социального характера. При этом необходимо отметить, что наиболее значимые проблемы для семьи в этот период жизни как по мнению педиатра, так и по мнению матерей — получение санаторно-курортного лечения (43,5% и 25,4% соответственно), консультаций специалистов (30,4% и 22,5%), приобретение бесплатных лекарств (23,2% и 31,0%).



1. Санаторно-курортное лечение
2. Организация консультаций у специалистов
3. Организация диетпитания
4. Необходимость в бесплатных лекарствах
5. Моральная и психологическая помощь

6. Другое
7. Помощь в устройстве ребенка в детский сад
8. Лечение в условиях стационара
9. Помощь в разрешении юридических проблем, связанных со здоровьем ребенка

Рисунок 2. Характеристика потребности в медико-социальных мероприятиях для четырехлетних детей по оценкам матерей и врачей-педиатров.

В чем причина того, что не все родители знают о состоянии здоровья своего ребенка? Что это — родительская беспечность или недостаток сведений и знаний? Изучение особенностей организации и качества медицинского обслуживания ребенка на четвертом году жизни выявило, что только 56,3 % матерей удовлетворены доступной для их ребенка медицинской помощью, 39,4% — частично удовлетворены, 1,4% — полностью не удовлетворены.

Характеристика медицинской активности матерей показала, что 70,4% опрошенных всегда обращаются к врачу при острых заболеваниях у ребенка, 23,9% — сначала пытаются лечить ребенка сами, а 4,2% прибегают к помощи медиков только в очень тяжелых случаях. При этом 73,2% матерей всегда строго выполняют рекомендации врача. Каждая шестая респондентка решает этот вопрос в зависимости от степени тяжести заболевания ребенка, а еще 8% следуют назначенному специалистами курсу время от времени.

Знания об особенностях состояния здоровья и организации ухода за ребенком подавляющее большинство матерей (63,4%) получает от врача, 14,1% — от среднего медицинского персонала, 11,3% — из литературы, 5,6% — из медицинской карты ребенка. При этом 45,1% респонденток указали, что они недостаточно осведомлены о здоровье своего ребенка, а 7% считают свои знания неудовлетворительными.

*Следует особо отметить, что одним из возможных путей оздоровления для часто болеющих детей является гигиеническое просвещение и воспитание родителей, повышение их медицинской активности. Это поможет снизить частоту формирования у детей возможной в дальнейшем патологии.*

#### **1.4. ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ**

Полученные в ходе исследования результаты позволяют утверждать, что наибольшее отрицательное влияние на здоровье ребенка оказывают следующие факторы:

- наличие у матерей до беременности, в период беременности и родов заболеваний и патологических состояний, отрицательно влияющих на здо-

ровые плода и младенца. Особенно велико негативное влияние заболеваний сердца (приложение 1, табл.1) у будущей матери (все дети, родившиеся у матерей с такой патологией, имели высокий риск развития хронической патологии, сохранившийся до 4 лет).

- *вредные привычки родителей (курение)* способствуют развитию у детей функциональных отклонений. Особенно неблагоприятным является курение матери во время беременности. Все дети, матери которых курили во время беременности, уже в возрасте 1 года имели функциональные отклонения, половина из них часто и длительно болели (приложение 1, табл.2);

- *работа родителей, особенно матерей в период беременности, при наличии неблагоприятных условий труда:* шума, вибрации, вредных химических веществ. Наиболее неблагоприятным является действие радиации. У всех матерей, указавших наличие таких условий на рабочем месте, дети родились с высоким риском развития хронических заболеваний (приложение 1, табл.3);

- *ощутимое воздействие на здоровье ребенка оказывает состав семьи.* Медики утверждают, что дети после развода родителей имеют повышенную (в 2-2,5 раза) заболеваемость в первые годы жизни и нередко отставание в физическом развитии [12]. По данным нашего исследования, среди детей первых 4 лет жизни в неполных семьях доля часто болеющих детей в 2 раза больше, чем в полных. Хроническая патология у детей этой группы отмечается в 3-4 раза чаще (приложение 1, табл. 4);

- *среднедушевой доход меньше прожиточного минимума,* лимитирующий качество питания и уровень бытовой обустроенности. В семьях, имеющих среднедушевой доход ниже прожиточного минимума, как правило, обеспеченность ребенка продуктами питания плохая либо удовлетворительная. Именно в таких семьях воспитываются дети, имеющие хронические заболевания, дефицит массы тела (приложение 1, табл. 5);

- *основы здоровья ребенка закладываются в раннем детстве.* В зависимости от *состояния здоровья на первом и втором году жизни* в старших возрас-



тных группах формируется спектр патологий. Более половины детей из группы часто болеющих (4 заболевания в год и более) на первом и втором году жизни становятся хронически больными в возрасте четырех лет, в то время как их ровесники, не болевшие или болевшие эпизодически, чаще относятся к 1 и 2 группам здоровья (приложение 1, табл. 6).

Вместе с тем, выявленные факторы отрицательного влияния на здоровье детей вполне поддаются управлению и, следовательно, могут быть исправлены или подкорректированы, чтобы здоровье детей не ухудшалось. Это могут сделать семья, общество, государство.

### 1.5. ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

На основании результатов данного исследования в целях повышения уровня здоровья вступающего в жизнь поколения органам власти и управления, общественным организациям рекомендуется сосредоточить усилия своей деятельности на следующих направлениях:

*- Главным направлением, по мнению ВОЗ, может быть создание новой этики в медицине и обществе. Ее суть заключается в том, что люди должны осознать самоценность не только своего существования, но прежде всего здоровья — «надо побудить людей ответственно относиться к самим себе».* Решение такой задачи предполагает систематическое проведение разъяснительной работы о причинах ухудшения здоровья, и прежде всего тех, которые могут быть устранены самим человеком. Значительную помощь в распространении новой этики могут оказать средства массовой информации, система просвещения и пропаганды здорового образа жизни, правильного питания, обучения первой медицинской помощи и элементарным методам лечения. Правильное представление об этом необходимо дать женщинам, которых следует научить квалифицированно выполнять роль матери. Необходимо развивать активное гигиеническое просвещение и воспитание родителей, повышение их медицинской активности.

В более широком плане речь должна идти о воспитании у населения сознательного отношения не только к личному здоровью, но и к здоровью своих будущих детей.

*- В целях эффективности охраны здоровья женщин и детей важно искать пути интеграции медицинской и социальной деятельности. Одним из путей может стать мониторинг здоровья детей области.* Используя данные женских консультаций, учреждений родовспоможения, детских поликлиник, социальных служб, вести мониторинг детей с момента рождения (с созданием объединенной базы данных по области), с выделением групп семей с факторами риска. Такие исследования будут нацелены на разработку конкретных рекомендаций, реализуемых в ходе дифференцированного наблюдения за семьями, в первую очередь приоритетными<sup>2</sup>, которые нуждаются в целенаправленных профилактических мероприятиях со стороны не только медицинских, но и государственных, социальных служб.

*- С целью уменьшения риска возникновения врожденных и наследственных заболеваний необходимо наладить работу сети генетических консультаций.* Необходимо проводить полное, глубокое, квалифицированное обследование каждой женщины, вставшей на учет по беременности и планирующей роды, для определения состояния ее здоровья, прогнозирования возможных осложнений во время беременности для нее и ее ребенка и разработки конкретных рекомендаций по ее наблюдению на весь срок беременности. Особое внимание при этом должно быть обращено на малые города, райцентры, сельские поселения.

*- С целью укрепления здоровья детей в дошкольных учреждениях целесообразно создавать группы для детей с ослабленным здоровьем,*

---

<sup>2</sup> К приоритетным принято относить следующие семьи: молодые и неполные; с неблагоприятным психологическим климатом; когда один из родителей страдает хроническим заболеванием; имеющие недоношенного ребенка или с врожденной патологией; многодетные семьи; с плохими материально-жилищными условиями; с наличием вредных привычек.

*часто болеющих детей, где бы проводились реабилитационные мероприятия.*

Таким образом, развитие профилактических мер и расширение адресной помощи наиболее нуждающимся семьям приведет к укреплению здоровья подрастающего поколения.

Выводы и предложения, представленные выше, мы предлагаем рассмотреть также в виде проектов, имеющих различную степень приоритетности (табл. 7).

Таблица 7

**Типы проектов**

Срочные приоритеты	Ключевые	Прочие
Побудить людей ответственно относиться к своему здоровью и здоровью своих детей.	Разработка программы развития просветительской работы и пропаганды здорового образа жизни.	Гигиеническое просвещение и воспитание родителей, повышение их медицинской активности.
Интеграция деятельности социальных и медицинских учреждений.	Организация и ведение мониторинга здоровья детей в группах семей с факторами риска на базе интеграции социальных и медицинских учреждений.	Создание объединенной базы данных по области, содержащей информацию о здоровье детей и факторах риска его ухудшения.
Уменьшение доли населения, имеющего доход ниже прожиточного минимума, и в первую очередь, в семьях, в которых есть беременные женщины и дети.	Программа адресной помощи молодым и, особенно, малообеспеченным семьям (в первые 3 года жизни ребенка).	
	Организация в дошкольных учреждениях групп для детей с ослабленным здоровьем, часто болеющих детей, с целью проведения реабилитационных мероприятий.	

## Часть II. Результаты исследования когорты 1998 г. в сравнении с данными когорты 1995 г.

---

### ВВЕДЕНИЕ

Масштабы заботы государства о здоровье своих граждан, реальные усилия и достижения в этой области можно рассматривать как мерило социально-этической зрелости общества, уровня его гуманизации. Будучи важнейшим показателем качества жизни и оказывая влияние на различные стороны благосостояния, здоровье формируется под сильным воздействием условий и всего уклада жизни людей.

В период социально-экономических преобразований в России необходима всесторонняя информация о здоровье населения и эффективные меры смягчения отрицательных последствий длительной экономической нестабильности в стране. Государственные доклады о состоянии здоровья населения Российской Федерации ежегодно отражают достаточно сложные процессы формирования здоровья населения в период радикальных экономических перемен. Особенно уязвимы в неблагоприятных условиях будущие матери и дети раннего возраста.

Процессам роста и развития молодого поколения обществом должны быть обеспечены необходимые условия в семье, детском коллективе, окружающей среде. Кризис в экономике и других сферах общественной жизни страны привел к значительному снижению уровня жизни населения и, как следствие, к ухудшению здоровья. Особую тревогу вызывает рост детской и подростковой патологии. Среди детского населения, по данным психоневрологической службы области, отмечается существенный рост эндогенной психопатологии: психозов и психических расстройств, связанных с нарушением эмоциональной сферы. В последние годы увеличивается количество детей, родившихся с отклонениями в нервно-психической сфере, врожденными уродствами и т.д., вследствие чего под угрозу ставится здоровье будущих поколений.

Приостановить и предотвратить этот процесс — проблема, имеющая важное государственное значение.

## 2.1. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДУЕМЫХ СЕМЕЙСТВ

Что же представляют собой семьи, в которых растут и развиваются обследуемые нами дети? Большинство детей (85,4%) родилось в полных семьях, причем около половины семей — молодые (44,7%) — их браки зарегистрированы в 1995—1998 гг. Неполные семьи составляют 14,6%. В ряде семей это не первый ребенок: 22,1% семей имели одного ребенка, 4% — двух детей, 3% — трех детей.

Сравнивая эти данные с результатами исследования, начатого в 1995 году, следует отметить, что *наблюдается тенденция к сокращению числа детей в семье* (рис. 3). Возможными причинами этого явления могут быть ухудшение социально-психологической атмосферы в обществе, угнетение половой активности населения [7].

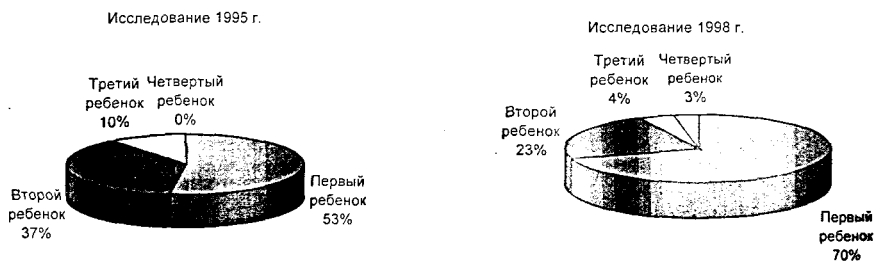


Рис. 3. Данные о детности исследуемых семей (в % от числа опрошенных).

Большинство обследуемых семей (77,3%) имели отдельное жилье, 22,7% респондентов жили в общежитии, в коммунальных квартирах, снимали жилье.

Появление ребенка существенно меняет жилищные условия семьи, так, 39,7% матерей признают, что они ухудшатся. Вместе с тем 18,1% матерей считают, что у них места достаточно и появление ребенка не стеснит их, еще 12,1% отметили, что он будет жить в одной комнате с другими детьми. Надеются в скором будущем получить новое жилье 23,1%.

При оценке экологических условий места проживания хорошие условия отметили 15,6% семей, более половины опрашиваемых семей назвали их удовлетворительными (56,3%), а 19,6% семей считают экологические условия в месте проживания плохими. Среди неблагоприятных факторов чаще всего отмечался загрязненный воздух — 46,7% семей, плохое качество воды — 35,2%, повышенный уровень шума — 21,6% семей.

#### *Образование родителей*

Половина родителей (52,2% матерей и 49,4% отцов) в 1998 году имели среднее специальное образование (табл. 8). Четвертая часть родителей (24,1%) имели высшее и незаконченное высшее образование. Некоторые из них продолжали свое обучение на момент начала обследования — 11,6% мам и 5,9% пап.

*Таблица 8*

**Распределение ответов на вопрос: «Образование родителей обследуемых семей»**  
(в % от общего количества)

Варианты ответов	Образование родителей	
	мать	отец
Высшее, незаконченное высшее	24,1	24,1
Среднее специальное	52,2	49,4
Среднее общее	18,1	22,3
Незаконченное среднее	5,5	6,5

### Трудовая деятельность родителей

Большинство будущих матерей и отцов работали: 70,9% женщин и 85,9% мужчин. Причиной меньшей занятости женщин по сравнению с мужчинами явилась их учеба — 11,6% (мужчин училось 5,9%), безработица — 9% женщин.

Характеризуя условия работы родителей (в период перед рождением ребенка), следует отметить, что лишь 15% женщин и 9,5% мужчин определили условия своей работы как нормальные. Все остальные респонденты указали, что работали во вредных условиях (табл. 9).

Таблица 9

Распределение ответов на вопрос:  
«Характеристика неблагоприятных условий труда родителей»  
(в % от общего количества)

Неблагоприятные факторы:	Женщины		Мужчины	
	1995 г.	1998 г.	1995 г.	1998 г.
Психическое напряжение	44,7	32,2	50,0	26,6
Шум	21,3	21,6	42,5	29,1
Запыленность, загазованность	14,9	14,1	25,0	0
Большая физическая нагрузка		14,1	35,0	26,6
Работа в ночное время, в 2 смены	14,9	0	15,0	24,1

Таким образом, *большинство родителей испытывали действие неблагоприятных факторов на рабочем месте, наиболее часто указывались шум, нервное напряжение*. Примерно шестая часть опрошенных женщин указала, что одним из неблагоприятных факторов труда является запыленность (о действии запыленности на здоровье детей см. далее).

Наиболее распространенными отраслями деятельности матерей являлись: торговля, работа на предприятиях общественного питания, в учреждениях образования, здравоохранения (табл. 10). Отцы чаще всего работали на промышленных предприятиях, в торговле, на транспорте.

Таблица 10

Распределение ответов на вопрос: «Отрасль деятельности родителей ребенка»<sup>3</sup>  
( в % от общего количества)

Варианты ответов	Родители			
	мать		отец	
	1995 г.	1998 г.	1995 г.	1998 г.
Торговля и предприятия общественного питания	13,0	19,1	7,0	11,1
Образование и культура	12,0	11,6	3,0	2,0
Здравоохранение	11,0	11,1	2,0	1,5
Промышленность	11,0	10,1	23,0	23,1
Транспорт и связь	2,0	4,00	14,0	13,1

#### *Доходы и благосостояние семей*

Среднедушевой доход обследуемой совокупности семей за месяц до рождения ребенка (февраль 1998 года) составлял 530 рублей и колебался от 20,80 руб. до 2466,67 руб. Соотношение среднедушевого дохода и прожиточного минимума было равно 131 %, а при обследовании когорты 1995 года — 107%. Это свидетельствует о том, что в начале 1998 года уровень жизни в Вологодской области немного стабильнее, чем в мае 1995 года.

Этот вывод подтверждают и оценки удовлетворения потребностей семьи (табл. 11). Сравнительный анализ показывает, что *в феврале — марте 1998 года социально-экономические условия были несколько мягче, чем в апреле — мае 1995 г.*, что доказывает увеличение доли респондентов, отмечающих, что денег хватает на все текущие расходы, с 26,5% до 37,7%. Число семей, отметивших, что денег хватает только на ежедневные расходы, но покупка одежды и других вещей представляет трудности, уменьшилось соответственно с 53,1% до 36,7%.

<sup>3</sup> В таблице представлены наиболее распространенные отрасли деятельности родителей обследуемых детей.



Таблица 11

Распределение ответов на вопрос: «Оценка удовлетворения потребностей»  
( в % от общего количества)

Варианты ответов	Годы исследования	
	1995	1998
Денег хватает, чтобы не экономить на том, что нравится	—	1,5
Денег хватает на все текущие расходы, но без излишеств	26,5	37,7
Денег хватает только на ежедневные расходы, но покупка одежды и других вещей представляет трудности	53,1	36,7
Приходится ограничивать себя даже в покупке продуктов питания	12,2	14,1
Затрудняюсь ответить	8,2	10,0

О некоторой стабилизации материального положения в начале 1998 года в сравнении с 1995 г. свидетельствуют результаты опросов по социальному самочувствию жителей Вологодской области, проводимых ВНКЦ ЦЭМИ РАН (рис. 4). Доля респондентов, указавших, что их материальное положение не изменилось в сравнении с предыдущим годом, в 1998 году в 1,5 раза больше, чем в 1995 году. Ухудшение материального положения в 1998 г. отмечали в 1,3 раза респондентов меньше, чем в 1995 г.

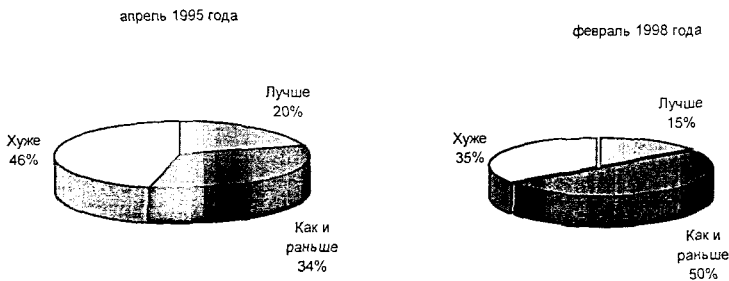


Рис. 4. Распределение ответов на вопрос: «Как изменились условия жизни Вашей семьи в текущем году по сравнению с прошедшим годом?»<sup>4</sup>  
(мнение жителей области, в % от общего количества).

<sup>4</sup> Мониторинг общественного мнения ВНКЦ ЦЭМИ РАН.

На фоне общей картины более стабильных оценок материально-го положения семей в начале 1998 года в сравнении с маем 1995 анализ уровня удовлетворения потребностей обследуемых семейств в территориальном разрезе выявил некоторые особенности. За промежуток времени с 1995 года по 1998 год *значительно снизился материальный достаток жителей сельской местности*. Если в обследовании 1995 года оценки удовлетворения потребностей у жителей районных центров и поселков были примерно на одном уровне с вологжанами, то в 1998 году отмечается значительное снижение уровня удовлетворения потребностей в сельской местности (табл. 12).

Таблица 12

Распределение ответов на вопрос: «Оценка удовлетворения потребностей» в территориальном разрезе (в % от общего количества)

Варианты ответов	Годы	Вологда	Череповец	Районы
Не экономим	1995	0	4,5	0
	1998	1,3	2,2	0
Денег хватает на все текущие расходы, но без излишеств	1995	27,3	31,8	35,3
	1998	39,7	37,4	33,3
Денег хватает только на ежедневные расходы	1995	54,5	50,0	47,1
	1998	37,2	35,2	40,0
Приходится отказывать себе в продуктах питания	1995	12,1	9,1	11,8
	1998	10,3	14,3	23,3

Данные тенденции подтверждаются результатами социологических опросов населения области по социальному самочувствию, проводимых ВНКЦ ЦЭМИ РАН (рис.5).

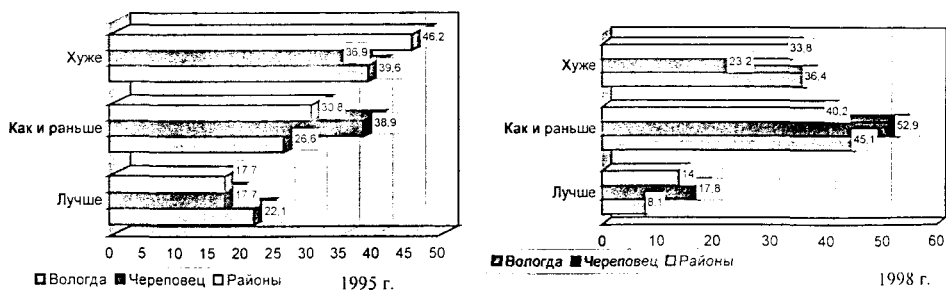


Рис. 5. Распределение ответов на вопрос: «Как изменилась жизнь вашей семьи в сравнении с предыдущим годом?», территориальный разрез (в % от числа опрошенных, общеобластной опрос).

Анализ имущественного состояния обследуемой совокупности семей показывает, что с изменением социально-экономической ситуации в обществе меняются и приоритеты населения, в том числе и имущественные. Так, например, более распространенными видами имущества в сравнении с 1995 годом стали видеомэагнитофоны, музыкальные центры, кухонные комбайны (табл. 13).

Совокупные доходы семьи определяют качество ее питания. По оценкам респондентов в обследуемых семьях расходы на питание составляли в среднем 45% семейного дохода, но были и такие семьи, где весь семейный доход тратился на питание.

Таблица 13

**Имущественное благосостояние семей (в % от числа опрошенных)**

Виды имущества	1995 г.	1998 г.
Телевизор	100	97,0
Холодильник	87,2	94,0
Стиральная машина	87,2	85,9
Магнитофон	80,0	72,4
Пылесос	58,1	67,3
Мебельный гарнитур	52,3	66,3
Швейная машина	61,6	58,3
Видеомэагнитофон	20,8	52,3
Дача	55,1	37,2
Гараж	33,7	33,7
Автомобиль	32,6	32,7
Кухонный комбайн	13,9	29,6
Музыкальный центр	14,0	23,1
Видеокамера	3,0	9,0
Микроволновая печь	—	9,0
Библиотека	12,9	7,0
Компьютер	7,1	5,0
Посудомоечная машина	—	2,0

Имея порой очень скромные возможности, многие семьи ответственно отнеслись к питанию будущей матери. Больше половины респондентов отметили, что их питание стало разнообразнее, качество потребляемых продуктов улучшилось (соответственно 56,8% и 13,1%). Чаще всего это жители городов Вологды и Череповца. В районных центрах и на селе несколько больше доля респондентов, не изменивших характер питания (табл.14).

*Таблица 14*

**Распределение ответов на вопрос: «Изменила ли респондентка характер питания?»**  
(в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	Когорта 1995 г.		Когорта 1998 г.			
Питание стало разнообразнее	55,6		56,8			
Питание не изменилось	29,2		28,1			
Качество продуктов улучшилось	15,3		13,1			
Затрудняюсь ответить	0		2,0			
Территориальный разрез						
Варианты ответов	Вологда		Череповец		Районы	
	1995 г.	1998 г.	1995 г.	1998 г.	1995 г.	1998 г.
Питание стало разнообразнее	35,3	57,7	77,3	59,3	51,5	46,7
Питание не изменилось	52,9	25,6	13,6	28,6	27,3	33,3
Качество продуктов улучшилось	11,8	15,4	9,1	9,9	21,2	16,7

Некоторые семьи отметили нехватку отдельных продуктов питания в рационе будущей матери. Чаще всего называли фрукты (33,2%), мясо (19,1%), рыбу (15,6%).

В когорте 1995 г. большинство респондентов из малых городов и сел, не изменивших характер питания, отметили, что в данной местности был ограничен выбор продуктов питания (35,3%). Доля респондентов, ука-

завших нехватку денег для изменения характера питания, сравнительно невелика в Вологде и Череповце (до 5%), в районных центрах — 12%.

В 1998 г. экономическая ситуация изменилась. Основной причиной, ограничивающей возможность улучшения питания беременной женщины, респонденты указывали нехватку денег, особенно велика доля таких ответов в районах — 26,7% (рис. 6, 7). В некоторых семьях считают, что качество питания не скажется на здоровье будущего ребенка, доля таких респонденток в Вологде достаточно велика — 12,8%. Это, как правило, неработающие женщины со средним и средним специальным образованием.

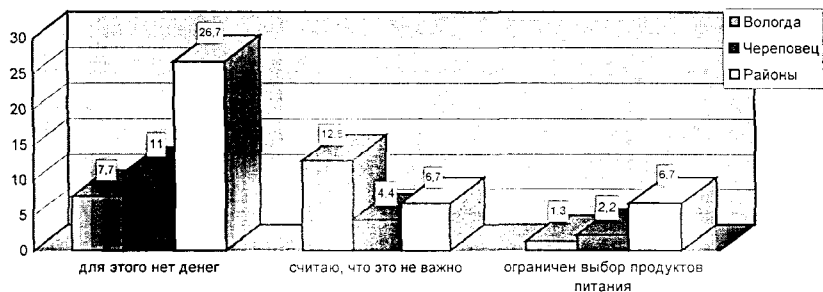


Рис. 6. Распределение ответов на вопрос: «Почему не изменился характер питания респондентки?» (в % от числа опрошенных, 1998 год).

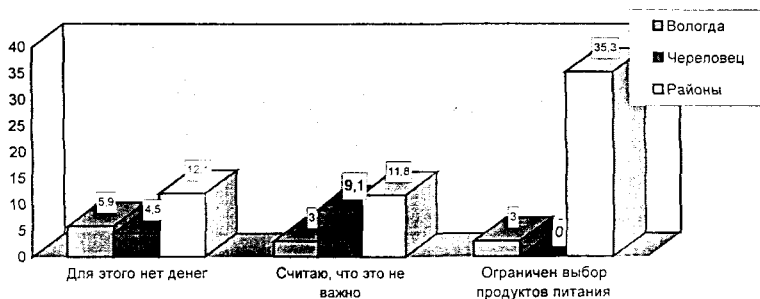


Рис. 7. Распределение ответов на вопрос: «Почему не изменился характер питания респондентки?» (в % от числа опрошенных, 1995 год).

### *Отношение к вредным привычкам*

В 1998 году четвертая часть обследуемых матерей до наступления беременности курила, в 1995 году доля курящих респонденток была несколько ниже (табл. 15). Особенно различаются данные обследований 1995 и 1998 г.г. в вопросе о том, курила ли будущая мать во время беременности. В 1995 г. доля женщин, курящих в период беременности, сократилась с 20,2% до 2,8%, т.е. в 10 раз, а в 1998 г. — лишь в 2,2 раза (о влиянии курения на здоровье детей см. раздел 2.3). *Это свидетельство того, что за данный промежуток времени происходила смена не только экономических ориентиров страны, но и моральных ориентиров населения.*

Таблица 15

**Распределение ответов на вопрос: «Курила ли мать?»**  
(в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	До беременности		Во время беременности	
	1995 г.	1998 г.	1995 г.	1998 г.
Курила	22,2	28,1	2,8	12,6
Не курила	77,8	68,3	97,2	83,9
Нет ответа	0	3,5	0	3,5

О раскрепощении нравов свидетельствует и разное отношение населения к употреблению алкоголя. В когорте 1995 года большинство респондентов вопрос об употреблении алкогольных напитков оставили без ответа, очевидно, сказалось сохранившееся еще общественное неприятие к употреблению алкоголя. В когорте 1998 года на вопрос об употреблении алкоголя большинство респондентов ответили (табл.16). О влиянии этого фактора на здоровье детей см. раздел 2.3.

Таблица 16

**Распределение ответов на вопрос: «Употребляет ли респондентка, ее муж алкогольные напитки?»** (в % от числа опрошенных, 1998 г.)

Варианты ответов	Мать	Отец
Практически не употребляю	49,2	20,6
1-2 раза в месяц	2,5	10,1
2-3 раза в месяц	0	2,5
1 раз в неделю	0,5	4,0
От случая к случаю	11,1	15,6
В праздники	35,7	35,7

## 2.2. ИЗМЕНЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Одной из целей работы является наблюдение за изменениями характеристик здоровья исследуемой группы детей. Антропометрические показатели являются важной характеристикой здоровья детей в раннем детстве.

*Подтвердились выводы о снижении ростовых показателей детей в Вологодской области*, сделанные на основании исследования когорты 1995 года. Сравнительный анализ результатов исследования (1998 г.) по антропометрическим показателям выявил, что средний рост детей по результатам исследования повторяет данные 1995 года (табл. 17), отклонения не превышают статистической погрешности.

Таблица 17

Средние абсолютные длины тела детей

Возраст детей	Средние абсолютные длины тела (в сантиметрах)		
	Мальчики	Девочки	Все дети
На момент рождения (когорта 1995 г.)	53,0	52,8	52,9
На момент рождения (когорта 1998 г.)	52,25	51,91	51,85

Подобные тенденции наблюдаются и в России. Как утверждает директор Научно-исследовательского центра здоровья детей и подростков, академик РАМН Баранов А.А., «акселерация закончилась лет 6 назад, сейчас мы говорим уже об ином явлении — децелерации, то есть физической деградации детей. Дети стали ниже ростом, чем их сверстники лет 10 — 15 назад. Окружность грудной клетки уменьшилась на 5-6 сантиметров. Наконец, динамометрия, то есть сила, тоже стала меньше на 5-6 килограммов. Все это в совокупности говорит о явной проблеме физической деградации детей и подростков за последние 8 лет» (приложение к НГ «Круг жизни», № 3, март, 1998 год).

В нашей стране ведутся поиски комплексной оценки здоровья населения, в том числе детей дошкольного возраста (Еремеева М.К., 1970 г.; Федорова Э.Г., 1972 г.; Кошкина Е.А., 1975 г. и др.), но подобных работ,

касающихся детей раннего возраста, не обнаружено. В Институте гигиены детей и подростков МЗ СССР в 1965 г. была предложена оценка здоровья детей и подростков по 5 группам: 1 — здоровые, 2 — здоровые с некоторыми функциональными отклонениями, 3 — больные хроническими заболеваниями в компенсированном состоянии, 4 — больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, 5 — больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации. Распределение детей по указанным группам в некоторой степени условно, однако достаточно информативно и целесообразно как при однократном, так и динамическом наблюдении.

В период раннего детства необходима более точная дифференцировка в определении уровней состояния здоровья. В связи с этим представляется целесообразной дифференцировка 2 группы состояния здоровья, при установлении которой необходимо учитывать степень выраженности функциональных отклонений и отягощенности неблагоприятными факторами [8]. Во второй группе можно выделить подгруппы 2А и 2Б. Группа 2А — здоровые дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний, они ближе по уровню состояния здоровья к детям первой группы. К группе 2Б относят здоровых детей, но имеющих функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям.

Повторно выбранная, в соответствии с методикой исследования, когорта позволяет выявить динамические изменения в здоровье детей. Анализ полученных данных обследуемых детей показал, что *происходит ухудшение здоровья новорожденных детей*. По данным исследования, в 1995 г. к 1 группе относилось 8,3% новорожденных, в 1998 г. — 5,5%. Уменьшилась доля детей и в группе 2А — с наименьшим риском возник-



новения хронических заболеваний: 59,7% в 1995 г. против 39,2% в 1998 г. Напротив, в 1998 г. в 1,5 раза увеличилось число новорожденных детей, имеющих функциональные отклонения, т.е. отнесенных к группе 2Б, — 46,2% в сравнении с 29,2% в 1995 году. В 3 раза увеличилось в 1998 году количество новорожденных детей с хроническими заболеваниями, отнесенных к 3 группе здоровья, — 8,5% в сравнении с 2,8% в 1995 г (табл.18).

Таблица 18  
Распределение детей по группам здоровья (в % от числа опрошенных)

Группы здоровья	Возраст ребенка			
	новорожд. 1995 г.	ново- рожд. 1998 г.	6 мес. 1995 г.	6 мес. 1998 г.
1 группа	8,3	5,5	5,6	2,1
2А группа (здоровые дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний)	59,7	39,2	20,8	18,1
2Б группа (дети, имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения)	29,2	46,2	69,4	73,6
3 группа (дети, имеющие хронические заболевания в компенсированном состоянии)	2,8	8,5	2,8	6,3
4 группа (дети с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации)	0	0,5	1,4	0

Большинство заболеваний у новорожденных детей относятся к отдельным состояниям перинатального периода и врожденным аномалиям. К одному месяцу у 28,4 % детей, т.е. у каждого третьего ребенка, отмечена энцефалопатия, у каждого пятого — перинатальное поражение ЦНС.

Данные медицинской статистики также свидетельствуют о нарастании заболеваемости новорожденных в исследуемый период (табл. 19).

Таблица 19

Заболеваемость детей по отдельным формам болезней  
(по данным мед. статистики<sup>5</sup>, в промилле)

Формы болезней	1995 год	1996 год	1997 год
Врожденные аномалии	290.4	361.4	410.8
Отдельные состояния перинатального периода	47.2	60,2	68.0

<sup>5</sup> По данным организационно-методического отдела областной детской больницы.

Анализ здоровья детей в региональном разрезе показывает, что более здоровые дети рождаются в г. Вологде и г. Череповце (рис. 8, 9). Одним из возможных объяснений этого факта является более грамотное наблюдение беременности и психологическая подготовка к родам в крупных городах.

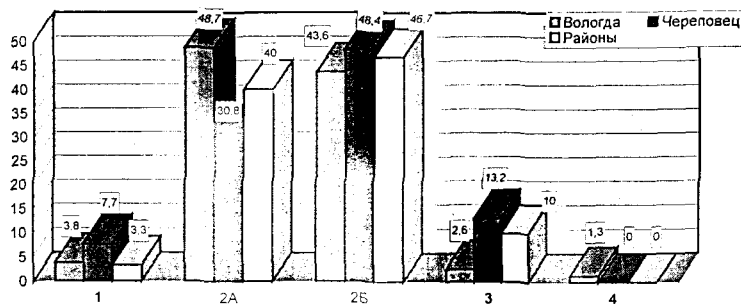


Рис. 8. Распределение новорожденных детей по группам здоровья в региональном разрезе. Когорта 1998 года (в % от числа опрошенных).

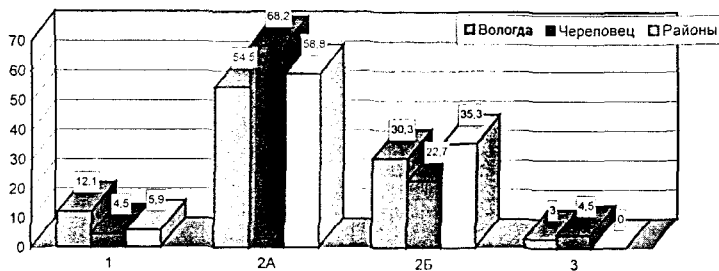


Рис. 9. Распределение детей по группам здоровья<sup>6</sup> в региональном разрезе. Когорта 1995 года (в % от числа опрошенных).

<sup>6</sup> Характеристика детей по группам здоровья: 1 - здоровые, 2А - здоровые дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний, 2Б - здоровые дети, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям, 3 - больные хроническими заболеваниями в компенсированном состоянии, 4 - больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации.

Респондентки, проживающие в районных центрах, селах, ниже оценивают доступность и качество акушерско-гинекологической помощи, доступность лекарств, качество подготовки к родам, чем жительницы Вологды и Череповца (табл. 20).

Таблица 20

Оценка респондентками доступности некоторых услуг  
(в баллах, 10 — высший балл)

Перечень услуг	Вологда	Череповец	Районы
Лабораторно-диагностические исследования	9	8	7
Акушерско-гинекологическая помощь	9	7	6
Консультации специалистов	7	5	6
Лекарства	7	7	5
Подготовка к родам	6	6	5

### 2.3. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

После выявления заболеваний, определения степени их тяжести можно выделить отрицательные факторы, которые могли бы способствовать развитию данных заболеваний или отягощать их. Одни факторы, влияющие на здоровье младенцев, действуют еще до рождения ребенка, другие оказывают свое действие много позже.

Для удобства обработки информации и анализа динамических изменений влияния различных факторов на здоровье возможно объединение детей в две более крупные группы (табл. 21)<sup>7</sup>: R1 — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья — здоровые дети с минимальной степенью риска развития заболеваний, в том числе дети, имеющие неблагоприятные факторы в биологическом, генеалогическом или социальном анамнезе

<sup>7</sup> Методика принята совместно с учеными ИСЭПН.

(входят дети группы здоровья 1 и 2А) ; **R2** — группа высокого риска — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, а также хронические заболевания или тяжелую врожденную патологию развития (входят дети группы здоровья 2Б, 3, 4 ).

Таблица 21

**Динамика изменения характеристик здоровья наблюдаемой когорты**  
(в % от общего количества)

Объединенные группы здоровья	Возраст ребенка			
	новор. 1995 г.	новор. 1998 г.	6 мес. 1995 г.	6 мес. 1998 г.
<b>R 1</b> — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья	68,0	44,7	26,4	14,6
<b>R 2</b> — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания	32,0	55,3	73,6	57,8

Очевидно, что неблагоприятные условия труда будущей матери, нервное напряжение в период вынашивания ребенка, неблагополучное течение беременности оказывают влияние на здоровье будущего ребенка.

Таблица 22

**Влияние неблагоприятных условий труда матери на здоровье ребенка**  
(в % от общего количества, когорты 1995 г., 1998 г.)

Неблагоприятные условия труда матери	Здоровье ребенка по возрастам			
	новорожденные		6 месяцев	
	R 1	R 2	R 1	R 2
<b>Когорта 1995 г.</b>				
<i>Работа с токсическими химическими веществами</i>				
Нет	69,6	30,4	26,9	73,1
Есть	0	100	25,0	75,0
<i>Действие радиации СВЧ</i>				
Нет	68,7	31,3	27,5	72,5
Есть	75,0	25,0	0	100
<b>Когорта 1998 г.</b>				
<i>Работа с токсическими химическими веществами</i>				
Нет	44,2	55,8	22,3	77,7
Есть	48,2	51,9	0	100
<i>Запыленность</i>				
Нет	46,8	53,2	21,8	78,2
Есть	32,1	67,9	10,0	90,0

**R 1** — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.

**R 2** — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Данные анализа о влиянии неблагоприятных условий труда матери на здоровье ребенка показывают, что работа с токсическими химическими веществами во время беременности, несомненно, имеет негативное влияние на здоровье малыша. В когортах 1995, 1998 гг. все дети, матери которых отметили наличие контакта с токсикогенами, имели функциональные отклонения: в 1995 г. — на момент рождения, в 1998 г. — к 6 месяцам (табл. 22).

Чрезмерная запыленность на рабочем месте матери также оказывает отрицательное действие на здоровье будущего ребенка. У матерей, которые отметили сильную запыленность на рабочем месте, доля здоровых детей в 1,4 раза меньше, чем больных. К 6 месяцам разница увеличивается: *здоровых детей у матерей, испытывавших действие запыленности, вдвое меньше, чем больных.*

Таблица 23

Влияние курения матери на здоровье ребенка  
(в % от общего количества)

Курение матери	Здоровье ребенка по возрастам							
	новорожденные 1995 г.		новорожденные 1998 г.		6 месяцев когорты 1995г.		6 месяцев когорты 1998 г.	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
<i>Курение до беременности</i>								
Курила	50,0	50,0	39,3	60,7	18,8	81,3	11,6	88,4
Не курила	73,2	26,8	46,3	53,7	28,6	71,4	24,5	75,5
<i>Курение во время беременности</i>								
Курила	100	0	44,0	56,0	0	100	5,3	94,7
Не курила	67,1	32,9	44,3	55,7	27,1	72,9	23,0	77,0

R 1 — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.

R 2 — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Вредные привычки (пристрастие к алкоголю, курение) способствуют развитию у детей функциональных отклонений. Особенно неблагоприятным является курение матери во время беременности, что подтверждают данные таблицы 23. Все дети, матери которых курили во время беременно-

сти (в когорте 1995 г.), уже в возрасте 6 месяцев имели функциональные отклонения. *У курящих во время беременности матерей, по данным исследования 1998 г., доля здоровых детей в возрасте 6 месяцев четверо меньше, чем у некурящих.*

Неблагоприятным также является частое употребление родителями (особенно матерью) алкогольных напитков. *У всех детей, родители которых отметили, что употребляют спиртные напитки 1 раз в неделю, к 6 месяцам имелись функциональные отклонения* (табл. 24). К сожалению, по наблюдаемой группе 1995 года данные зависимости проследить нет возможности, вследствие несовершенства методики опроса.

Таблица 24

**Влияние употребления алкоголя родителями на здоровье ребенка**  
(в % от общего количества, данные обследования 1998 г.)

Употребление алкоголя родителями	Здоровье ребенка по возрастам			
	новорожденные 1998 г.		6 месяцев 1998 г.	
	R 1	R 2	R 1	R 2
<i>Употребление алкоголя матерью</i>				
Не употребляла	50,0	50,0	20,3	79,7
1 раз в неделю	0	100	0	100
От случая к случаю	27,3	72,7	33,3	66,7
<i>Употребление алкоголя отцом</i>				
Не употреблял	46,3	53,7	28,6	71,4
1 раз в неделю	25,0	75,0	0	100
От случая к случаю	29,0	71,0	28,6	71,4

R 1 — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.

R 2 — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Одним из факторов, оказывающих влияние на здоровье младенцев в перинатальном периоде, является характер протекания родов. В когорте 1995 г. доля новорожденных детей с функциональными отклонениями в 1,5 раза больше при наличии оперативного вмешательства, соотношение остается таким и по достижении детьми 6 месячного возраста. Подобные

закономерности прослеживаются в исследовании 1998 года. К 6 месяцам все *дети, появившиеся на свет посредством кесарева сечения, имели функциональные отклонения* (табл. 25).

Таблица 25

**Влияние характера протекания родов на здоровье ребенка**  
(в % от общего количества)

Вид родов	Здоровье ребенка по возрастам							
	новорожд. 1995 г.		новорожд. 1998 г.		6 мес. 1995 г.		6 мес. 1998 г.	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Самостоятельно	69,7	30,3	44,5	55,5	27,3	72,7	22,2	77,8
Кесарево сечение	40,0	60,0	45,8	54,2	20,0	80,0	0	100

R 1 — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.

R 2 — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Анализ состояния здоровья детей в зависимости от изменения характера питания в период беременности матери (когорты 1995 г.) показал весьма противоречивые результаты. Четко выраженной зависимости между этими показателями выявлено не было.

Анализ характера питания будущей матери в исследовании 1998 г. показывает, что улучшение качества продуктов питания в рационе беременной благотворно сказывается на здоровье ребенка (табл. 26).

Таблица 26

**Влияние характера питания на здоровье ребенка**  
(в % от общего количества)

Характер питания	Здоровье ребенка по возрастам			
	новорожденные		6 месяцев	
	R 1	R 2	R 1	R 2
Стало разнообразнее	40,7	59,3	14,1	85,9
Не изменилось	44,6	55,4	25,0	75,0
Улучшилось качество	61,5	38,5	35,0	65,0

R 1 — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.

R 2 — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Душевное состояние будущей матери нередко оказывает влияние на здоровье младенца. Анализ показывает, *что у женщин, испытавших в*

*период беременности нежелание жить, глубокое потрясение, чаще рождаются дети, имеющие функциональные отклонения (табл. 27).*

Таблица 27

**Душевное состояние женщины в период беременности  
(в % от общего количества)**

Характеристика душевного состояния будущей матери	Здоровье ребенка по возрастам			
	новорожденные 1995 г.		новорожденные 1998 г.	
	R 1	R 2	R 1	R 2
Глубокое потрясение	7,5	14,3	7,9	10,0
Ровное состояние, отсутствие переживаний	40,0	85,7	33,7	27,3
Состояние большого счастья	52,2	0	57,3	60,9

R 1 — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.

R 2 — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Важным фактором, действующим на здоровье ребенка, являются экологические условия в районе проживания. Мы располагаем только оценочными характеристиками экологических условий по месту жительства наблюдаемых семей, но и эти сведения дают возможность выявить существующие тенденции (табл. 28). *Плохое качество воды, загрязненный воздух оказывают негативное влияние на здоровье ребенка. Действие указанных факторов усиливается с увеличением возраста ребенка.*

Таблица 28

**Влияние экологических условий места проживания на здоровье ребенка  
(в % от общего количества)**

Экологические условия	Здоровье ребенка по возрастам							
	новорожд. 1995 г.		новорожд. 1998 г.		6 месяцев 1998 г.		6 месяцев 1998 г.	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
<i>Плохое качество воды</i>								
Нет	67,4	32,6	50,4	49,6	26,9	73,1	6,3	93,8
Есть	75,0	25,0	34,3	65,7	25,0	75,0	0	100
<i>Загрязненный воздух</i>								
Нет	69,0	31,0	52,8	47,2	26,9	73,1	6,0	94,0
Есть	66,7	33,3	35,5	64,5	25,0	75,0	4,8	95,2

R 1 — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.

R 2 — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.



## 2.4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обобщающие результаты научного исследования и выводы из него состоят в следующем:

1. *Проведенный этап исследования подтвердил его методологическую и методическую обоснованность, заключенную в разработках предшествующих лет.* Доказано, что примененный инструментарий позволяет определить индикативные показатели процессов, связанных с оценкой здоровья детей от их рождения и в последующий период развития. Выявлена возможность на основе принятого инструментария изучать факторы, влияющие на здоровье детей, взаимосвязь показателей детского здоровья с социально-экономическими и демографическими явлениями.

2. *Установлено, что в Вологодской области имеется достаточно выраженная взаимосвязь между здоровьем детей раннего возраста и социально-экономическими явлениями.*

2.1 В феврале — марте 1998 г. социально-экономические условия оценивались населением как более мягкие, чем в апреле — мае 1995 г. Однако на фоне общей картины более стабильных оценок материального положения семей в этот промежуток времени наблюдается нарастающая тенденция снижения материального благополучия жителей сельской местности. В 1995 г. 11,8% жителей села ограничивали себя в продуктах питания, в 1998 г. в два раза больше — 23,3%. Это может быть одной из причин ослабленного здоровья новорожденных детей в районных центрах и в сельской местности.

2.2 Данные исследования показывают, что в процессе социально-экономического реформирования общества изменяются и морально-нравственные ориентиры населения, что видно по увеличению доли курящих женщин: до беременности — на 30% (1995 г. — на 22,2%, 1998 г. — на 28,1%), во время беременности — в 5 раз (соответствен-

но на 2,8% и 12,6%), увеличению количества браков по факту беременности на 49% (в 1995 г. — на 18,4%, в 1998 г. — на 25,6%).

3. *Динамическое исследование подтвердило тенденцию снижения важных антропометрических показателей у детей в Вологодской области.*

Результаты статистической обработки средних величин длины тела детей показывает, что Вологодская область за последние 10 лет переместилась из зоны высокого роста в зону среднего роста.

Таблица 29 Сравнительный анализ

Антропометрические показатели исследуемых детей			
Возраст детей	Нормы роста для зоны высокого роста	Данные исследования	Нормы роста для зоны низкого роста
Новорожд. 1995 г.	—	52,9 см	—
Новорожд. 1998 г.	—	51,85 см	—
1 год	77-81 см	75,2 см	73-79 см
2 года	85-90 см	85,46 см	82-88 см
3 года	92-100 см	94,7 см	90-98 см

результатов исследования 1998 г. (табл. 29) выявил, что средний рост детей повторяет данные 1995 г., более того, дети, рожденные в

1998 г., имеют средний рост на 1 см меньше, чем в 1995 г. Данный процесс отмечен и по России в целом, что свидетельствует о том, что необходимо корректировать нормы антропометрических показателей по территориальным зонам.

4. *Здоровье детей за короткий промежуток (1995—1998 гг.) существенно меняется в негативном направлении.*

Происходит сокращение доли здоровых детей (группы здоровья 1 и 2А). В 1998 г. в 1,5 раза увеличилось число новорожденных детей, имеющих функциональные отклонения, т.е. отнесенных к группе 2Б, — 46,2% в сравнении с 29,2% в 1995 году. В 3 раза увеличилось в 1998 году количество новорожденных детей с хроническими заболеваниями (3 группа здоровья) — 8,5% в сравнении с 2,8% в 1995 г.

5. Выявлены существенные различия, выражающиеся в характеристиках здоровья детей, в зависимости от географо-экономических факторов, действующих в местах проживания. Более здоровые дети рождаются в крупных городах — Вологде и Череповце. Одним из возможных объяснений этого факта является более грамотное наблюдение беременности и психологическая подготовка к родам, наличие современной медицинской аппаратуры в крупных городах. Но к трем годам более благоприятная ситуация по здоровью детей складывается в районах. В районных городах и поселках доля трехлетних детей, имеющих хронические заболевания, меньше в 5 раз (из детей, имеющих хронические заболевания, по 45,5% проживали в Вологде и Череповце, в районах — 8,1%).

6. Полученные в ходе исследования результаты позволяют утверждать, что наибольшее отрицательное влияние на здоровье ребенка оказывают следующие факторы:

— Уровень жизни семьи. Среднедушевой доход менее прожиточного минимума, лимитирующий качество питания и уровень бытовой обустроенности, оказывающие неблагоприятное действие на здоровье ребенка. В исследовании выявлена тенденция ухудшения здоровья с возрастом при неудовлетворительной обеспеченности продуктами питания. В когорте 1995 года все трехлетние дети, обеспеченность которых продуктами питания была плохая или очень плохая, имели ослабленное здоровье. Учитывая, что с 1995 года 20-22% населения уже жили за чертой бедности (т.е. доход на 1 человека был менее официально зарегистрированного прожиточного минимума), августовский кризис 1998 года привел к еще большему обеднению населения. К январю 1999 г. 59% жителей области имели доход менее 1 прожиточного минимума либо балансировали у черты бедности, а значит, имели неудовлетворительное питание. Следовательно, можно сделать вывод — *данный фактор становится первостепенным.*

— Наличие заболеваний и патологических состояний у матерей до беременности, в период беременности, в родах отрицательно влияет на здоровье плода и младенца. Особенно велико негативное влияние заболеваний сердца у матери: все дети, родившиеся у матерей с такой патологией, имели функциональные отклонения, сохранившиеся до 3 лет (когорта 1995 года).

— Вредные привычки родителей (пристрастие к алкоголю, курение) способствуют развитию у детей функциональных отклонений. Особенно неблагоприятным является курение матери во время беременности. Доля здоровых детей у курящих во время беременности матерей в 4 раза меньше, чем у некурящих. К 6 месяцам у всех детей, родители которых отметили, что употребляют спиртные напитки еженедельно, имелись функциональные отклонения (когорта 1998 года).

— Наличие у матерей в период беременности различного рода неблагоприятных условий: избыточной запыленности, вредных химических веществ. К 6 месяцам здоровых детей у матерей, испытавших действие запыленности, вдвое меньше (когорта 1998 года).

*Материалы исследования позволяют определить только качественное влияние перечисленных факторов. Количественные характеристики неблагоприятных для здоровья факторов возможно определить, имея данные исследования минимум за 5 лет.*

*Выявленные факторы отрицательного влияния на здоровье детей вполне поддаются управлению, и, следовательно, они могут быть исправлены или подкорректированы с тем, чтобы здоровье детей не ухудшилось. Это могут и должны сделать государство, общество, семья.*

На основе результатов исследования можно рекомендовать органам исполнительной и законодательной власти для повышения уровня здоровья вступающего в жизнь поколения сосредоточить внимание на решении следующих наиболее важных проблем:

1. Уменьшение доли населения, имеющего доход ниже прожиточного минимума, и, в первую очередь, в семьях, в которых есть дети и беременные женщины; разработка системы мер и механизмов их реализации для того, чтобы дать возможность таким семьям получать необходимый набор продуктов питания.

Организация работы сети генетических консультаций с целью уменьшения риска возникновения врожденных и наследственных заболеваний. Важно проводить полное, глубокое, квалифицированное обследование каждой женщины, вставшей на учет по беременности и планирующей роды, для определения состояния ее здоровья, прогнозирования возможных осложнений во время беременности для женщины и ее ребенка и разработки конкретных рекомендаций по ее наблюдению на весь срок беременности. Особое внимание должно быть при этом обращено на малые города, райцентры, сельские поселения.

2. Принятие мер по повышению эффективности действующих программ «Дети-инвалиды», «Безопасное материнство», реализация которых должна приводить к конкретным показателям улучшения здоровья в тех группах, на которые они направлены. И это должно быть главным критерием оценки любой программы.

На наш взгляд, необходима комплексная программа, сочетающая:

- 1) меры по повышению уровня жизни населения,
- 2) меры по укреплению здоровья,
- 3) меры по поддержке людей с ослабленным здоровьем.

3. Повышение уровня *профилактической* медицины и *пропаганды здорового образа жизни* как во многом абсолютно необходимого составляющего компонента достижения поставленных целей в улучшении здоровья населения. Без здорового образа жизни и участия населения в проведении оздоровительных мероприятий успех невозможен.

Учитывая, что здоровье населения является условием и предпосылкой благополучия и надлежащего качества жизни, а также показателем степени продвижения общества к социальной справедливости и, следовательно, интегрированной оценкой деятельности исполнительной и законодательной власти всех уровней, планируемое администрацией Вологодской области и ВНКЦ ЦЭМИ РАН продолжение исследований в последующие годы<sup>8</sup> позволит придать данному научному исследованию значение информационного мониторинга по вопросам здоровья и здравоохранительной деятельности в области.

---

<sup>8</sup> 1995 год — начало исследования, с ежегодными контрольными опросами, к 2010 г. детям исполнится 15 лет.

1998 г. — повторно выбранная когорта, с ежегодными контрольными опросами, к 2010 г. детям исполнится 12 лет.

В дальнейшем предполагается повторять отбор новорожденных детей с временным интервалом 3 года и ежегодными контрольными опросами:

- 2001 год;
- 2004 год;
- 2007 год;
- 2010 год.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Альбицкий В.Ю. и др. Состояние здоровья и условия жизни детей группы медико-демографического риска // Здравоохранение РФ. — 1994.— N1.— С.28-30.
2. Балыгин М.М. Факторы риска в формировании здоровья детей раннего возраста // Здравоохранение РФ. — 1990.— N12 — С.22-27.
3. Бедный М.С. Демографические факторы здоровья.— М.: Финансы и статистика, 1984. — 245 с.
4. Вологда, год за годом. Краткий статистический сборник.— Вологда: Вологдаоблкомстат, 1997.
5. Государственный доклад. О положении детей в Российской Федерации. 1994 год. — М.: Международный издательский дом «Синергия», 1995.
6. Гундаров. Парадоксы российских реформ. Уроки исторического идеализма (в графиках и таблицах). — М.: «УРСС», 1997.— 160 с.
7. Динамические наблюдения за состоянием здоровья детей в городе с развитой химической промышленностью // Гигиена и санитария. — 1994. — N2. — С.37-40.
8. Дифференцированное медицинское наблюдение на педиатрическом участке за детьми первого года жизни, отнесенными ко 2-ой группе здоровья. — Москва: Типография Министерства здравоохранения СССР, 1987.
9. Игнатъева Р.К. и др. Особенности динамики физического развития детей на первом году жизни // Здравоохранение РФ. — 1985.— N 6.— С.12.
10. Игнатъева Р.К., Максимова М.В., Огрызков Е.В. Проспективные когортные исследования здоровья детей.— М., 1985.— С.60.
11. Ильин В.А. От конфронтационной идеологии — к идеологии сотрудничества // Экономические и социальные перемены в регионе: Информационный бюллетень. — Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 1999. — Вып. 7. — 132 с.

12. Лаштаева Г.Я. Социально-гигиенические аспекты разводов. — М., 1984. — С.5.
13. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. — М.: Медицина, 1986. — 432 с.
14. Максимова Т.М. Комплексная индивидуальная оценка физического развития детей 1 — 11 лет по единым межгрупповым стандартам // Педиатрия. — 1990. — № 6. — С.56 — 60.
15. Методические рекомендации по комплексной оценке состояния здоровья детей и подростков при массовых врачебных осмотрах. — М., 1982.
16. О государственном геноциде в России. Материалы круглого стола «Кризис нации» при Председателях Комитетов по обороне и безопасности Государственной Думы Российской Федерации. — М.: Народная библиотека, 1998. — 63 с.
17. Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов. Приказ № 60 от 14.03.95.
18. Охрана здоровья в СССР. Статистический сборник. — М.: Госкомстат СССР, 1990.
19. Римашевская Н.М., Бреева Е.Б., Ильин В.А., Шабунова А.А. Качество вступающего в жизнь поколения // Россия 1997. — М.: ИСЭПН, 1998. — С.60-66.
20. Римашевская Н.М., Е.В. Андрушина Комплексная оценка здоровья детей первых лет жизни // Народонаселение.— 1999 — № 1. — С.52-53
21. Российский статистический ежегодник, 1996. Статистический сборник.— М.: Госкомстат РФ, 1996. — С.109
22. Россия в цифрах. — М.: Госкомстат России, 1996.
23. Рыбинский Е.М. Социальные реальности детства в современном российском обществе. Автореферат диссертации на соискание звания докт. социол. наук. — М., 1998.



24. Семья — здоровье — общество. — М., 1986. — С.95 — 128.
25. Состояние здоровья и диспансеризация детей раннего возраста. - М.: Медицина, 1987; Берлин: Народ и здоровье, 1997.
26. Степанов А.Д. О значении и принципах подхода к определению "здоровье" и "болезнь" // Здравоохранение РФ. — 1985. — №10. — С.8-11.
27. Тонково-Ямпольская Р.В. и др. Основы медицинских знаний — М.: Просвещение, 1986. — 319 с.
28. Шапошников Е.А. О некоторых закономерностях физического развития детей // Советское здравоохранение. — 1984.— № 9.— С.16—21.

**ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ**

Таблица 1

**Влияние болезненных состояний беременных женщин на здоровье ребенка  
(в % от общего количества)**

Болезненные состояния будущей матери	Здоровье ребенка по возрастам									
	новорожд		1 год		2 года		3 года		4 года	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
<b>БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА</b>										
Нет	66,7	33,3	23,2	76,8	15,2	84,8	5,8	94,2	20,7	79,3
Есть	100	0	0	100	0	100	0	100	0,0	100
<b>БЕЛОК В МОЧЕ</b>										
Нет	60,0	40,0	20,0	80,0	13,3	86,7	6,7	93,3	26,8	73,2
Есть	72,0	28,0	22,0	78,0	12,8	87,2	6,0	94,0	0,0	100
<b>ПРОСТУДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>										
Нет	75,0	25,0	25,0	75,0	18,4	81,6	5,8	94,2	20,9	79,1
Есть	50,0	50,0	15,0	85,0	5,0	95,0	5,0	95,0	16,7	83,3

R 1 — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья

R 2 — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания

Таблица 2

**Влияние курения матери на здоровье ребенка  
(в % от количества детей в возрасте 4 года)**

Курение матери	Здоровье ребенка по возрастам									
	новорожд		1 год		2 года		3 года		4 года	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
<b>КУРЕНИЕ ДО БЕРЕМЕННОСТИ</b>										
Нет	50,0	50,0	12,5	87,5	6,7	93,3	6,3	93,8	20,0	80,0
Есть	73,2	26,8	25,0	75,0	16,7	83,3	5,4	94,6	19,6	80,4
<b>КУРЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</b>										
Нет	100	0	0	100	0	100	0	100	0,0	100
Есть	67,1	32,9	22,9	77,1	14,9	85,1	5,7	94,3	20,0	80,0

R 1 — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья

R 2 — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания

Таблица 3

**Влияние неблагоприятных условий труда на здоровье ребенка  
(в % от общего количества)**

Неблагоприятные условия труда	Здоровье ребенка по возрастам									
	новорожд		1 год		2 года		3 года		4 года	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
<b>РАБОТА С ТОКСИЧЕСКИМИ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ</b>										
Нет	69,6	30,4	23,2	76,8	15,2	84,8	5,8	94,2	23,1	76,9
Есть	0	100	0	100	0	100	0	100	0,0	100
<b>ДЕЙСТВИЕ РАДИАЦИИ И СВЧ</b>										
Нет	68,7	31,3	22,4	77,6	15,6	84,4	6,0	94,0	20,7	79,3
Есть	75,0	25,0	25,0	75,0	0	100	0	100	0,0	100

R 1 — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья

R 2 — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания

Таблица 4

**Зависимость здоровья ребенка от типа семьи  
(в % от количества детей в возрасте 4 лет)**

Тип семьи	Здоровье ребенка (группы здоровья) по возрастам												
	1 год				2 года			3 года			4 года		
	1	2А	2	3,4	2А	2	3,4	2А	2	3,4	1	2	3,4
Полная	17,6	9,8	68,6	4,0	16,9	71,2	11,9	6,6	83,6	99,8	12,7	72,7	14,5
Неполная	0	0	62,5	37,5	0	80,0	20,0	0	54,5	45,5	33,3	22,2	44,4

1 группа — здоровые дети

2 группа — дети, имеющие функциональные отклонения

3 и 4 группы — дети, имеющие хронические заболевания

Таблица 5

**Обеспеченность ребенка продуктами питания  
(в % от количества детей в возрасте 4 лет)**

Обеспеченность ребенка продуктами питания	Здоровье ребенка по возрастам							
	1 год		2 года		3 года		4 года	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Хорошая, удовлетворительная	91,1	86,4	90,0	84,4	100	85,1	91,7	77,2
Плохая, очень плохая	6,1	4,5	10,0	12,0	0	12,0	8,3	19,7
Затрудняюсь ответить	2,8	9,1	0	3,6	0	3,0	0,0	3,5

R 1 — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья

R 2 — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания

Таблица 6

**Влияние кратности заболеваний на первом и втором году жизни ребенка на  
группу его здоровья в возрасте 4 лет (в % от числа детей в возрасте 4 лет)**

	Группа здоровья ребенка в возрасте 4 лет		
	1	2	3 и 4
<b>Кратность заболеваний на первом году</b>			
Болеет эпизодически	20,0	64,4	15,6
Часто болеет	5,9	70,6	23,5
Очень часто болеет	0,0	50,0	50,0
<b>Кратность заболеваний на втором году</b>			
Не болеет	20,0	75,0	0,0
Болеет эпизодически	16,7	76,2	7,1
Часто болеет	0,0	50,0	50,0
Очень часто болеет	14,3	28,6	57,1

1 группа — здоровые дети

2 группа — дети, имеющие функциональные отклонения

3 и 4 группы — дети, имеющие хронические заболевания

Таблица 7

**Влияние характера протекания родов на здоровье ребенка  
(в % от количества детей в возрасте 4 лет)**

Характер протекания родов	Здоровье ребенка по возрастам									
	новорожден		1 год		2 года		3 года		4 года	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Самостоятельно	69,7	30,3	24,2	75,8	15,9	84,1	6,1	93,9	16,9	83,1
Кесарево сечение	40,0	60,0	0	100	0	100	0	100	0,0	100

R 1 — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья

R 2 — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания

Таблица 8

**Влияние количества искусственно прерванных беременностей  
на здоровье ребенка (в % от количества детей в возрасте 4 лет)**

Количество аборт	Здоровье ребенка по возрастам			
	новорожденные		1 год	
	R 1	R 2	R 1	R 2
Нет	63,3	56,5	56,3	62,5
1	22,4	21,7	25,0	21,4
2	6,1	8,7	6,3	7,1
3	4,1	8,7	6,3	5,4
4	2,0	4,3	6,3	1,8
5	2,0	0	0	1,8

R 1 — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья

R 2 — дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания

Таблица 9

**Зависимость кратности заболеваний от типа семьи  
(в % от количества детей в возрасте 4 лет)**

Тип семьи	Кратность заболеваний по возрастам							
	1 год		2 года		3 года		4 года	
	ДТБ	ОЧБ	ДТБ	ОЧБ	ДТБ	ОЧБ	ДТБ	ОЧБ
Полная	29,5	9,1	16,4	9,8	29,5	13,1	20,4	20,4
Неполная	9,1	1,6	27,3	9,1	54,5	0	11,1	22,2

ДТБ—часто, длительно болеющие дети (раз в год)

ОЧБ—очень часто болеющие дети (более раз в год)

Таблица 10

**Влияние отношений в семье на здоровье ребенка  
(в % от количества детей в возрасте 4 лет)**

Отношения между родителями	Здоровье ребенка по возрастам									
	новорожд.		1 год		2 года		3 года		4 года	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Хорошие, нормальные	81,3	73,9	87,5	76,4	60,0	75,9	100	77,6	80,0	59,6
Могли бы быть лучше, плохие	10,2	13,1	6,3	12,8	10,0	12,1	0	12,0	0,0	9,6
Затрудняюсь ответить	8,4	13,0	0	10,8	0	12,0	0	10,4	20,0	30,8

R 1— группа с наименьшим риском ухудшения здоровья

R 2— дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания

Таблица 11

**Влияние экологических условий в местах проживания на здоровье ребенка  
(в % от количества детей в возрасте 4 лет)**

Экологические факторы	Здоровье ребенка по возрастам									
	новорожд.		1 год		2 года		3 года		4 года	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
<b>ПЛОХОЕ КАЧЕСТВО ВОДЫ</b>										
Нет	67,4	32,6	26,3	73,7	16,2	83,8	6,3	93,8	20,3	79,7
Есть	75,0	25,0	20,0	80,0	0	100	0	100	0	100
<b>ЗАГРЯЗНЕННЫЙ ВОЗДУХ</b>										
Нет	69,0	31,0	29,5	70,5	16,4	83,6	6,0	94,0	19,0	81,0
Есть	66,7	33,3	16,0	84,0	10,0	90,0	4,8	95,2	33,3	66,7

R 1— группа с наименьшим риском ухудшения здоровья

R 2— дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания

Таблица 12

**Соотношение основных социально-демографических характеристик семей  
и показателей здоровья детей (в % от числа опрошенных)**

Варианты ответов	Возраст матери					Стаж семьи				Семья	
	до 19 лет	20-24 года	25-29 лет	30-34 года	35-39 лет	до 1 года	до 5 лет	до 10 лет	старше 10 лет	Не полная	Полная
<b>Место опроса</b>											
Вологда	12,1	36,4	21,2	18,2	12,1	54,5	27,3	15,2	3,0	9,1	90,9
Череповец	18,2	40,9	13,6	27,3		59,1	36,4		4,5	16,7	83,3
Районы	23,5	23,5	35,3	5,9	11,8	52,9	17,6	29,4		14,3	85,7
<b>Область</b>	<b>16,7</b>	<b>34,7</b>	<b>22,2</b>	<b>18,1</b>	<b>8,3</b>	<b>55,6</b>	<b>27,8</b>	<b>13,9</b>	<b>2,8</b>	<b>12,7</b>	<b>87,3</b>
<b>Комплексная оценка физического развития</b>											
Нормальное, соответствен-но возрасту	13,6	34,1	22,7	20,5	9,1	59,1	29,5	11,4	-	12,5	87,5
Дефицит мас-сы тела 1 сте-пени	28,6	42,9	14,3	14,3	-	57,1	42,9	-	-	25,0	75,0
Избыток мас-сы тела 1 сте-пени	33,3	33,3	33,3	-	-	33,3	33,3	33,3	-	-	100,0
<b>Группа здоровья</b>											
I (здоровые дети)	20,0	20,0	20,0	10,0	30,0	70,0	30,0	-	-	20,0	80,0
II (с функци-ональными от-клонениями)	14,3	35,7	28,6	19,0	2,4	50,0	31,0	16,7	2,4	12,2	87,8
III и IV (стра-дают хрониче-скими заболе-ваниями)	16,7	50,0	16,7	16,7	-	58,3	33,3	8,3	-	8,3	91,7

Таблица 13

**Соотношение основных социально-демографических характеристик семей  
и показателей здоровья детей (в % от числа опрошенных)**

Варианты ответов	Самоощущения (доходы семьи)				Доходные группы				
	доста- точные	доста- точные при опр.усл	недоста- точные	совер- шенно недоста- точные	0,25 прож. мин.	0,5 прож. мин.	1 прож. мин.	1,5 прож. мин.	2 прож. мин.
<b>Место опроса</b>									
Вологда	9,1	12,1	60,6	18,2	16,0	44,0	32,0	8,0	-
Череповец	8,3	29,2	54,2	8,3	11,1	33,3	33,3	16,7	5,6
Районы	-	7,1	64,3	28,6	35,7	42,9	14,3	-	7,1
<b>Область</b>	<b>7,0</b>	<b>16,9</b>	<b>59,2</b>	<b>16,9</b>	<b>19,3</b>	<b>40,4</b>	<b>28,1</b>	<b>8,8</b>	<b>3,5</b>
<b>Комплексная оценка физического развития</b>									
Нормальное, соответ- ственно возрасту	4,2	16,7	58,3	20,8	23,1	41,0	23,1	10,3	2,6
Дефицит массы тела I степени	12,5	12,5	62,5	12,5	16,7	33,3	50,0	-	-
Избыток массы тела I степени	33,3	33,3	33,3	-	-	-	50,0	-	50,0
<b>Группа здоровья</b>									
I (здоровые дети)	-	30,0	60,0	10,0	22,2	33,3	22,2	11,1	11,1
II (с функциональны- ми отклонениями)	8,2	18,4	57,1	16,3	18,4	39,5	28,9	10,5	2,6
III и IV (страдают хроническими заболе- ваниями)	8,3	-	66,7	25,0	20,0	50,0	30,0	-	-

ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Таблица 1

Средние абсолютные длины тела детей (в сантиметрах)

Возраст детей	Средние абсолютные длины тела		
	Мальчики	Девочки	Все дети
На момент рождения	53,0	52,8	52,9
В 3 месяца	61,3	60,6	61,0
В 6 месяцев	67,2	66,4	66,9
В 9 месяцев	72,1	70,5	71,5
В 1 год	75,8	74,4	75,2
В 2 года	86,4	84,0	85,5
В 3 года	95,4	93,5	94,7
В 4 года	96,9	99,8	98,3

Таблица 2

Структура отмеченных заболеваний детей к четырехлетнему возрасту  
(в % от общего количества)

Болезни по группам	Доля детей, имевших заболевания (по возрастам)						
	1 нед.	1 мес.	6 мес.	1 год	2 года	3 года	4 года
Болезни органов дыхания							
Нет	99,0	98,0	58,1	20,2	13,0	12,5	17,6
Да	1,0	2,0	41,9	79,8	87,0	87,5	84,4
Болезни нервной системы и органов чувств							
Нет	99,0	93,9	90,3	87,6	83,1	79,2	89,2
Да	1,0	6,1	9,7	12,4	16,9	20,8	10,8
Инфекционные и паразитарные болезни							
Нет	99,1	87,9	79,6	75,3	85,7	79,2	74,3
Да	0,9	12,1	20,4	24,7	14,3	20,8	25,7
Болезни кожи и подкожной клетчатки							
Нет	100	92,9	81,7	76,4	83,1	90,3	97,3
Да	-	7,1	18,3	23,6	16,9	9,7	2,7
Болезни мочеполовой системы							
Нет	100	100	98,9	97,8	97,4	98,6	97,3
Да	-	-	1,1	2,2	2,6	1,4	2,7
Болезни органов пищеварения							
Нет	100	96,0	80,6	75,3	77,9	84,7	91,9
Да	-	4,0	19,4	24,7	22,1	15,3	8,1
Болезни крови и кроветворных органов							
Нет	100	98,0	77,4	73,0	83,1	79,2	83,8
Да	-	2,0	22,6	27,0	16,9	20,8	16,2
Врожденные аномалии							
Нет	97,0	88,9	81,7	77,5	87,0	90,3	94,6
Да	3,0	11,1	18,3	22,5	13,0	9,7	5,4



Таблица 3

**Динамика кратности заболеваний детей к четырехлетнему возрасту  
(в % от числа детей в возрасте 4 лет)**

Возраст ребенка	Не болеющие дети	Дети, болеющие эпизодически	Часто болеющие дети	Очень часто болеющие дети
1 год	0	71,4	20,4	8,2
2 года	6,0	66,0	16,0	12,0
3 года	13,2	45,3	28,3	13,2
4 года	11,1	51,4	19,4	18,1

Таблица 4

**Кратность заболеваний детей в территориальном разрезе  
(в % от числа детей в возрасте 4 лет)**

Кратность заболеваний	Населенный пункт		
	Вологда	Череповец	Районы
Не болел	9,7	8,3	21,4
Болел эпизодически	58,1	45,8	42,9
Часто болел	16,1	29,2	7,1
Очень часто болел	16,1	16,7	28,6

Таблица 5

**Динамика индекса здоровья детей (в пунктах)**

	Возраст детей в когорте						
	Первый год				2 года	3 года	4 года
	1 неделя	1 месяц	6 мес.	1 год			
Индекс здоровья	80,0	55,5	11,1	-	5,5	12,3	11,0

Таблица 6

**Динамика индекса здоровья детей в территориальном разрезе (в пунктах)**

Населенный пункт	Значения индекса здоровья детей в соответствии с возрастом			
	1 год	2 года	3 года	4 года
Вологда	-	6,06	15,15	10,71
Череповец	-	4,55	9,09	10,0
Районы	-	5,88	11,76	20,0

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	4
<b>Часть I. Результаты начального этапа исследования (когорта 1995 г.)</b>	
Введение.....	6
1.1. Социально-экономическая характеристика семей, участвовавших в исследовании.....	7
1.2. Характеристика здоровья обследуемых детей.....	11
1.3. Здоровье ребенка на четвертом году жизни и медицинская активность семей.....	13
1.4 Факторы, оказывающие влияние на здоровье детей.....	15
1.5. Выводы и предложения.....	17
<b>Часть II. Результаты исследования когорты 1998 г. в сравнении с данными когорты 1995 года</b>	
Введение.....	20
2.1. Характеристика обследуемых семейств.....	21
2.2. Изменение характеристик здоровья детей.....	31
2.3. Социально-экономические и медицинские факторы, влияющие на здоровье детей.....	35
2.4. Заключение.....	41
Список использованных источников.....	47
Приложения.....	50

Ильин Владимир Александрович  
Шабунова Александра Анатольевна

**Проблемы здорового детства:  
региональный аспект**

Техническое редактирование  
и оригинал-макет  
Т.А. Табунова

Корректор  
Л.Н. Воронина

Обложка  
М.Б. Антонов

Подписано в печать 20.03.2000. Формат бумаги 60x84 1/16.  
Печать офсетная. Усл. печ. л. 3.37. Тираж 200. Заказ № 46.

---

160014, г. Вологда, ул. Горького, 56-а, ВНКЦ ЦЭМИ РАН,  
тел. 24-42-16

Лицензия ЛР № 040925 от 27 ноября 1998 г.