

излечен без особых затруднений. В 3-й группе осложнения возникли у 5 (29,4%) родильниц: у 4 из них был инфильтративный мастит (на 10, 13, 15 и 16-е сутки после родов), у одной — флебит вен нижней конечности (на 6-е сутки). Увеличение частоты возникновения гнойно-септических заболеваний в 3-й группе по сравнению с первой достоверно ($P < 0,05$).

У родильниц 3-й группы частота возникновения острых респираторно-вирусных заболеваний во время беременности и родов, хронических очагов инфекции была выше, чем у женщин 1-й группы; более частой была и слабость родовой деятельности ($P < 0,05$), в то время как разницы в частоте этих осложнений между 2 и 3-й группами, кроме наличия хронических очагов инфекции, не обнаружено ($P < 0,05$). Кроме того, у родильниц 3-й группы по сравнению с 1-й группой чаще возникали такие осложнения беременности и родов, как нефропатия (29,4% и 14%), угроза прерывания беременности (17,6% и 10,5%), родовое излитие вод (17,6% и 12,2%) и натология, потребовавшая ручного обследования полости матки (17,6% и 3,5%), хотя статистически разница не подтвердилась.

Следовательно, энергия к использованным бактериальным аллергенам может свидетельствовать о неадекватном восстановлении транзиторного послеродового иммунитета, в частности Т-клеточного звена. Простота и доступность оценки этого звена иммунитета с помощью внутрикожных проб гиперчувствительности замедленного типа делает данный метод применимым в широкой практике с целью формирования группы риска возникновения послеродовых гнойно-септических заболеваний. Наблюдения показали, что у родильниц с энергией к бактериальным аллергенам наиболее часто развивается лактационный мастит. Применение указанных проб позволит определить контингент родильниц, которым необходимо продолжить проведение профилактических мероприятий, в том числе использование иммуностимулирующих средств, после выписки из родильного дома. Это, на наш взгляд, позволит снизить уровень заболеваемости отсроченным лактационным маститом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буренков С. П., Глазунов И. С. ВОЗ, 1983, 3, 1.— 2. Колкер И. И. и др. Сов. мед., 1983, 4, 29.— 3. Кудайбергенов К. К. Состояние клеточного и гуморального иммунитета при послеродовых инфекционных заболеваниях. Автореф. докт. дисс., Актюбинск, 1984.— 4. Pietsch G. B. et al. Surgery, 1977, 82, 349.

Поступила 21.08.85.

УДК 613.95:613.954.4:616—003.96

ПРОФИЛАКТИКА СРЫВА АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ДОШКОЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ И ШКОЛУ

А. А. Солнцев, Р. Р. Шильев, А. К. Агеев, Л. А. Жданова,
О. М. Филькина, Т. Г. Крюкова

Научно-исследовательский институт материнства и детства (директор — доц. В. Н. Горюков) МЗ РСФСР, г. Иваново

Проблема социальной адаптации в детском возрасте является одной из ведущих в педиатрии. Ее актуальность обусловлена повышенной заболеваемостью детей раннего возраста при поступлении в ясли, составляющей около 70% всей их последующей заболеваемости за год [3, 8, 9]. Наши данные свидетельствуют о том, что 65—70% детей, поступивших в ясли, заболевают в первые 7—10 дней их посещения.

У школьников увеличивается частота невротических расстройств, особенно в течение первого года обучения в школе [6]. Поэтому необходима разработка комплекса профилактических мероприятий по предупреждению нежелательных последствий адаптационного периода у детей при поступлении в дошкольное учреждение и школу.

С целью патогенетического обоснования и разработки системы мероприятий по облегчению адаптации у детей к новым микросоциальным условиям проведено комплексное динамическое обследование с единым методологическим подходом 299 детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста при поступлении в ясли, детский сад и школу.

У всех детей было исследовано исходное состояние здоровья, уровень физического и умственного развития, а у первоклассников, кроме того, степень психофункциональной готовности к обучению. Подробно проанализированы данные социального и биологического анамнеза.

Реакции адаптации были изучены на нескольких основных уровнях системной деятельности организма: психическом, вегетативном, нейроэндокринном, обменном, неспецифических защитных реакций. Психоэмоциональный уровень оценивали по разработанным нами оригинальным шкалам, отражающим основные поведенческие и эмоциональные проявления по 10-балльной системе со знаком (+) или (—) в зависимости от их значимости для адаптации [5, 7]. Вегетативный уровень определяли с помощью математического анализа сердечного ритма, состояние системы гипофиз — кора надпочечников — по концентрации калия и натрия в слюне методом пламенной фотометрии. Обменные процессы ориентировочно изучали по цветной осадочной реакции по Кимбаровскому, местную неспецифическую защиту — по лизоцимной активности слюны.

Дети раннего и дошкольного возраста были обследованы в 1, 3, 5, 7, 10, 15, 20, 25 и 30-й день после поступления в дошкольное учреждение и далее до завершения адаптационного периода, критериями которого были стабилизация эмоционально-поведенческих реакций и физиологических параметров, восстановление массы тела и уровня нервно-психического развития при отсутствии жалоб и отклонений в состоянии здоровья и при хорошей социальной дееспособности. Первоклассников обследовали в течение всего учебного года на 1, 3, 5, 7, 9, 11, 17, 20, 29, 32 и 40-й неделе обучения.

Наблюдение за состоянием соматического и нервно-психического здоровья детей в период адаптации к новым микросоциальным условиям показало следующее: у 63,1% детей раннего возраста возникают острые респираторные вирусные инфекции, у 90,4% — регресс нервно-психического развития, у 9,9% — невротические реакции. У детей, поступивших в детский сад, чаще диагностировались острые респираторные заболевания (у 15,5%) и невротические реакции (у 20,7%). У первоклассников уровень заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями остался таким же, как и за год до поступления в школу, что не могло быть расценено как проявление дизадаптации. В то же время у 75% первоклассников были выявлены нарушения нервно-психического здоровья по типу невротических реакций.

У детей раннего возраста в структуре расстройств нервно-психического здоровья преобладали соматовегетативные нарушения (7,21%); астенические и фобические проявления определялись только у 2,7% детей. У дошкольников, напротив, преобладали астенические расстройства, а у детей младшего школьного возраста — астенический и гипердинамический синдромы. Соматовегетативные нарушения встречались у них значительно реже, что согласуется с данными литературы о возрастной последовательности возникновения различных синдромов расстройств нервно-психического уровня [4]. Если у детей раннего и дошкольного возраста невротические реакции характеризовались непродолжительностью и обратимостью, то у первоклассников, наоборот, стойкостью, и у некоторых из них наблюдались даже на втором году обучения.

Таким образом, структура основных дизадаптационных проявлений меняется с увеличением возраста ребенка — от острых респираторных заболеваний в раннем возрасте до невротических реакций в младшем школьном.

При клиническом наблюдении за детьми в период адаптации к детским учреждениям было выявлено изменение массы тела, которое в раннем возрасте вызывало дисгармонию физического развития, у дошкольников же на физическом развитии оно не отражалось и определялось лишь у 25,4% из них.

У всех детей раннего возраста в начальный период посещения яслей отмечалось значительное снижение эмоционального тонуса с положительных (37,9±0,6 балла) до отрицательных значений на 5-й день с медленным восстановлением в течение 80 дней. В структуре эмоционального профиля преобладали реакции пассивного протеста — плач, страх, отсутствие положительных эмоций и социальных контактов, нарушения в познавательной сфере. В отличие от детей раннего возраста у дошкольников наблюдались менее выраженные колебания эмоционально-поведенческих реакций. Уменьшение интегральной оценки эмоционального статуса в позитивной зоне на 18—20 баллов в течение первых 7 дней посещения сада возникало за счет появления депрессии, гнева, страхов, снижения познавательной деятельности и двигательной активности. В первый год обучения в школе эмоциональный статус ребенка снижался в начале первой четверти до 23,0±3,3 балла и повышался по

мере адаптации детей к концу третьей четверти до $50,3 \pm 2,2$ балла. Снижение эмоционального статуса первоклассников было связано чаще всего с появлением агрессии, неадекватной двигательной активностью на переменах, неудовлетворительной дисциплиной и низкой познавательной активностью на уроках.

Таким образом, с возрастом уменьшается выраженность эмоционального напряжения в ответ на изменение микросоциальных условий. Состояние психического напряжения существенно отражается на многих физиологических функциях, вызывая перенастройку различных систем, прежде всего вегетативной регуляции, осуществляющей срочную адаптацию.

У детей раннего возраста в течение 2 мес посещения яслей отмечалось достоверное возрастание индекса напряжения с максимальным увеличением на 3 и 10-й дни адаптации в 2,6—2,7 раза, что указывало на напряжение механизмов вегетативной регуляции. У дошкольников наблюдалось незначительное и кратковременное увеличение индекса напряжения в период адаптации к саду в первые 5 дней с $205,5 \pm 13,0$ до $248,7 \pm 34,3$ усл. ед. У первоклассников максимальное повышение этого показателя зарегистрировано в начале первой четверти до $105,9 \pm 10,9$ усл. ед., что свидетельствовало о наибольшем напряжении вегетативной регуляции. В ходе адаптации имело место достоверное снижение индекса напряжения до $76,9 \pm 5,8$ усл. ед. Его повторное увеличение у школьников в конце второй и, особенно, третьей четверти до $88,2 \pm 9,5$ усл. ед. было связано с увеличивающейся в эти периоды учебной нагрузкой. Следовательно, наибольшее напряжение системы вегетативной регуляции определялось у детей раннего возраста при адаптации к яслям, что указывает на их большую чувствительность к изменению привычного образа жизни.

Оценку состояния системы гипофиз—кора надпочечников проводили путем анализа натрий-калиевого коэффициента слюны. У детей раннего возраста он значительно снижался в течение первого месяца посещения яслей с максимальными изменениями на 15-й день ($0,32 \pm 0,01$), что свидетельствовало об активации системы гипофиз—кора надпочечников. У дошкольников и первоклассников уменьшение натрий-калиевого коэффициента было менее выраженным и регистрировалось с 7 до 20-го дня адаптации и с 3 по 9-неделю обучения.

Нейроэндокринные изменения в период адаптации обуславливают сдвиги белкового обмена. Исходные значения цветной осадочной реакции Кимбаровского (РК) перед поступлением в дошкольное учреждение и школу равнялись в среднем от $17,1 \pm 1,2$ до $31,6 \pm 1,6$ усл. ед. У детей раннего возраста выраженное увеличение интенсивности РК, которое стойко удерживалось в течение 2 мес, возникало в 1-й же день адаптации с максимальными изменениями на 5-10-й дни посещения яслей, что позволяло судить об усилении выведения с мочой низкомолекулярных азотистых продуктов. У дошкольников и школьников наблюдалось небольшое увеличение интенсивности РК: у первых — в течение месяца посещения сада, у вторых — только на 2-й неделе первой и в начале второй четверти. У всех обследованных изменение данного показателя коррелировало с динамикой массы тела. Следовательно, в период адаптации к дошкольным учреждениям и школе имеет место усиление катаболических процессов, максимально выраженное в раннем возрасте. У детей при адаптации к яслям определялось достоверное снижение активности лизоцима слюны в течение 2 мес с $8,6 \pm 0,3$ до $6,3 \pm 0,3$ — $7,2 \pm 0,7\%$ ($P < 0,01$ — $0,05$), причем в период его максимального падения (с 5 по 10—15-й дни) отмечался наиболее высокий уровень заболеваемости ОРВИ. Слабым звеном в реакции на эмоционально-стрессовое воздействие у детей раннего возраста является система местной защиты, поэтому срыв адаптации у них проявляется в виде острых заболеваний респираторного тракта. С возрастом ребенка основной «удар» эмоционального стресса приходится на психоэмоциональную сферу, а нарушения адаптационного периода регистрируются в форме функциональных расстройств ЦНС по типу невротических реакций.

Исходя из результатов исследований нами разработан комплекс профилактических мероприятий по облегчению адаптации детей при поступлении в ясли, детский сад и школу. Ее основу составили три направления: уменьшение силы эмоционально-стрессового воздействия, прогнозирование и своевременная диагностика начальных форм дисадаптации, коррекция иммунологических и метаболических сдвигов у детей в процессе адаптации.

Важным разделом работы по предупреждению срыва адаптации является подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение и школу для того, чтобы психофункциональные возможности ребенка соответствовали требованиям новой микросоциальной среды. Эта работа должна проводиться на педиатрическом участке задол-

го до поступления детей в ясли параллельно с лечебно-оздоровительными мероприятиями, осуществляемыми при диспансерном наблюдении за ними*.

Большое значение в профилактической работе имеет прогнозирование участковым врачом исхода адаптации до поступления ребенка в новый коллектив путем анализа данных социально-биологического анамнеза детей. Установлено, что в раннем возрасте течение адаптации отягощают главным образом неблагоприятные биологические факторы. Среди них наибольшую прогностическую значимость представляют осложнение беременности и родов, заболевания матери и ребенка, возраст при устройстве в ясли, наличие вредных привычек родителей, отсутствие предшествующей тренировки адаптационных механизмов и подготовки к поступлению в новый коллектив.

В дошкольном и младшем школьном возрасте на исход адаптации преимущественное влияние оказывают факторы микросоциального анамнеза и индивидуальные особенности ребенка (конфликтные ситуации в семье, вредные привычки родителей, уровень развития школьно-необходимых функций и мотивации к обучению, коммуникабельность ребенка и др.) при сохраняющемся, но в меньшей мере влиянии биологических факторов риска. Детей с наличием отягощающих факторов относили к группе адаптационного риска и проводили им дополнительные подготовительные и оздоровительные мероприятия. Для прогнозирования исхода адаптации использовали прогностические таблицы, учитывающие региональные особенности структуры факторов, определяющих развитие ребенка и его адаптационных возможностей.

Уменьшение эмоционального стресса при поступлении ребенка в новый коллектив достигается путем организационных, педагогических и медицинских мероприятий [1, 2, 9, 10]. В обобщенном виде они представляют собой приемы ступенчатой адаптации, заключающиеся в тесном контакте с родителями ребенка, сохранении имеющихся у ребенка привычек, обеспечении теплового комфорта, удовлетворении потребностей детей в эмоционально-личностном контакте со взрослыми, правильной организации игровой деятельности, преемственности в работе детских яслей и сада при переводе детей из одного детского учреждения в другое, исключении психотравмирующих ситуаций в дошкольном учреждении и в домашних условиях.

У первоклассников основным способом уменьшения эмоционального воздействия при поступлении в школу является индивидуальный подход к ним с учетом характерологических особенностей, состояния здоровья и степени развития мотивации к обучению и школьно-необходимых функций. Данным вопросам уделяли большое внимание при повышении квалификации педагогов начальных классов.

Течение адаптации с целью своевременной диагностики ее расстройств контролировали с помощью количественной оценки эмоционально-поведенческих реакций [7]. Выделенные на этой основе типы эмоционального реагирования, наряду с динамикой массы тела, состоянием здоровья и уровнем заболеваемости детей, служат клиническими критериями оценки течения адаптационного периода.

Для раннего выявления невротических реакций у школьников проводили анкетирование родителей, совместно с учителем вели учет успеваемости и поведения детей. При появлении первых признаков нарушения адаптационного периода (неблагоприятный тип эмоционального реагирования, симптомы невротизации, возникновение острых или обострение хронических заболеваний, большая потеря массы тела), а также с целью прогноза течения адаптации, кроме организационных и педагогических мероприятий, назначали медицинские корригирующие средства. Их можно подразделить на 4 основные группы, направленные на следующее: 1) повышение неспецифической реактивности ребенка; 2) метаболические и другие патогенетические звенья эмоционального стресса; 3) уменьшение силы эмоционального стресса и предупреждение невротических расстройств; 4) предупреждение перекрестного инфицирования детей и совершенствование их адаптационных механизмов.

Для повышения неспецифической реактивности использовали адаптогенные средства (элеутерококк, аралия, золотой корень, жень-шень, китайский лимонник) из расчета 2 капли настойки на год жизни 2—3 раза в день в течение 10—15 дней. С этой же целью давали аскорбиновую кислоту в возрастной лечебной дозировке и витамин А в профилактической.

У детей с отягощенной адаптацией на фоне выраженного эмоционального напряжения патогенетически обоснованным считали применение оротата калия, липоевой и пантотеновой кислот, витаминов В₁ и В₂ в профилактической дозе курсом

* Основные принципы подготовительной работы изложены нами в методических рекомендациях МЗ РСФСР «Организация работы детской поликлиники по подготовке детей к поступлению в дошкольное учреждение и школу» (1983).

10 дней. При наличии соответствующих условий в семье лекарственные формы заменяли пищевыми продуктами, наиболее богатыми этими веществами (печень, почки, греча, овес и др.).

При появлении у детей, чаще у школьников, признаков невротизации назначали после консультации с психиатром седативные средства и малые транквилизаторы (экстракт валерианы, настойка пустырника, радиолы, реже пираретам или элениум). Дозировки препарата и длительность курса определялись специалистом.

Кроме того, для первоклассников проводили мероприятия по устранению отставания школьно-необходимых функций (дефекты звукопроизношения, недоразвитие моторики пальцев кисти и кратковременной памяти), индивидуальные психотерапевтические беседы с детьми и их родителями для предупреждения конфликтов с коллективом и учителем, рационализации режима дня и нормализации обстановки в семье.

Медицинские средства, корригирующие адаптационный процесс, использовали строго индивидуально и назначали детям только с отягощенной адаптацией. Для остальных детей достаточно эффективными были организационно-педагогические меры.

К общемедицинским и гигиеническим мероприятиям, направленным на предупреждение у детей, в частности у дошкольников, перекрестного инфицирования и на совершенствование адаптационных механизмов, относились кварцевание групп, закладывание в нос оксолиновой мази, коррекция питания. При необходимости продолжалось лечение в поликлинике профилактическое лечение анемии, оздоровление часто болеющих детей лекарственными травами и физиопроцедурами. Для школьников проводились физкультурные паузы, физкультминутки, контроль за расписанием уроков, проветриванием классных комнат, их освещением, правильным подбором мебели и др.

Медико-педагогическая (психологическая) реабилитация потребовалась только 3 детям, у которых возникли стойкие нарушения социальной адаптации (расстройство поведения и социальной дееспособности, возникновение патохарактерологических черт личности, вредных привычек). Реабилитация их осуществлялась детским психиатром совместно с педагогом и родителями в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка и характера возникших отклонений с использованием приемов лечебной педагогики и психогигиены [11].

Данная система профилактических мероприятий была апробирована на 32 детях раннего, 30—дошкольного и 60—младшего школьного возраста с комплексным обследованием по той же схеме, что и в контрольной группе. Основная и контрольная группы не отличались по возрастному и половому составу.

Установлено, что у детей с коррекцией адаптации имели место достоверно более низкий уровень эмоционального напряжения, меньшие сдвиги его вегетативных коррелятов, сокращение сроков адаптационного периода и меньший уровень заболеваемости по сравнению с контрольной группой. Так, средняя потеря массы тела в период адаптации у детей раннего возраста составила $61,8 \pm 11,0$ г (в контрольной группе — $159,2 \pm 22,2$ г; $P < 0,001$). Эмоциональный профиль снижался с 39,3 максимального до 0,7 балла (в контроле — до 14,3 балла; $P < 0,05$). Индекс напряжения увеличивался с $272,9 \pm 16,0$ до $541,1 \pm 37,6$ усл. ед. (в контроле — с $278,2 \pm 24,2$ до $920,6 \pm 208,7$ усл. ед.; $P < 0,001$). Интенсивность РК — с $12,6 \pm 1,6$ до $42,0 \pm 4,3$ усл. ед. (в контроле — с $16,5 \pm 1,8$ до $59,9 \pm 1,4$ усл. ед.; $P < 0,01$).

Максимальное снижение активности лизоцима слюны у детей с коррекцией адаптации наблюдалось только с 15-го по 20-й день на $20,4 \pm 0,2\%$ от исходного уровня (в контрольной группе — с 3-го до 4-го дня на $61,4 \pm 5,1\%$; $P < 0,001$).

В адаптационный период острые респираторные заболевания перенесли 18,7% детей с коррекцией адаптации, в то время как в контрольной группе — 78,4% детей до 1 года и 71,1% до 2 лет ($P < 0,001$). Почти у всех дошкольников (у 29 из 30) удалось добиться благоприятного течения адаптации, а частота выраженных невротических расстройств у первоклассников уменьшилась в 5 раз (с 17,1 до 3,5%). Экономический эффект оздоровительных мероприятий составил по одним яслям 3494 руб. в год, а по детской поликлинике — более 15000 руб. в год за счет уменьшения выплат по листам временной нетрудоспособности по уходу за детьми, заболевшими в период адаптации к дошкольному учреждению. Приведенные результаты свидетельствуют о достаточно высокой медико-социальной эффективности использованных методов и позволяют рекомендовать данный комплекс организационных, педагогических и медицинских мероприятий для внедрения во всех детских лечебно-профилактических учреждениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ватутина Н. Д. Ребенок поступает в детский сад. М., Просвещение, 1983.—
2. Гряднева Г. В., Мышкис А. И. В кн.: Социальная адаптация детей в дошкольных учреждениях. М., 1980.—
3. Жукова Н. П. и др. Вестн. АМН СССР, 1979, 10, 40.—
4. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М.; Медицина, 1979.—
5. Макаренко Ю. А. В кн.: Адаптация детей и подростков к учебным и физическим нагрузкам. Тез. докл. Всесоюзного совещания. М., 1979.—
6. Сердюковская Г. Н. В кн.: Медико-социальные аспекты развития и воспитания здорового ребенка. Днепропетровск, 1983.—
7. Солнцев А. А. Педиатрия, 1983, 7, 7.—
8. Студеникин М. Я. и др. Вестн. АМН СССР, 1979, 10, 20.—
9. Тонкова-Ямпольская Р. В. Вopr. oхp. мат., 1980, 3, 3.—
10. Грош К. и др. Педиатрия, 1979, 3, 16.—
11. Манова-Томова В. С. и др. Психологическая реабилитация при нарушениях поведения в детском возрасте. София. 1981.

Поступила 27.09.85.

УДК 614.2:616.379—008.64—053.2

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕНЕАЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Н. Е. Белянко

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— проф. Л. Г. Горчаков) Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Роль наследственности в возникновении сахарного диабета доказана многими исследователями [1, 4, 5]. Нарушения углеводного обмена генетически детерминированы, и факторы риска способствуют проявлению существующих генетических дефектов [3]. Ю. А. Князев и соавт. [2] предлагают относить к группе риска по сахарному диабету следующие контингенты: одного из близнецов, если второй болен сахарным диабетом; детей, один или оба родителя которых страдают сахарным диабетом; детей, в родословной которых есть или были другие родственники с сахарным диабетом.

Частота наследственной отягощенности среди детей с сахарным диабетом, по современным представлениям, варьирует в широких пределах. Так, у 4,0—30,6% больных случаи сахарного диабета зарегистрированы в семьях, что подтверждает немаловажную роль наследственности в этиологии данного заболевания. Частота сахарного диабета среди детей, родители которых страдают этим заболеванием, в 15 раз выше, чем в популяции [6]. Следовательно, детей с отягощенным семейным анамнезом по сахарному диабету необходимо выделять в группу повышенного риска.

С целью выявления групп риска произведен генеалогический анализ родословных 711 детей, находящихся на диспансерном учете в детских эндокринологических кабинетах г. Саратова по поводу различных эндокринных нарушений. Кроме того, совместно с педиатрами-эндокринологами проведен целенаправленный медицинский осмотр 11978 детей в 41 детском дошкольном учреждении и 5 общеобразовательных школах по скрининг-программе с помощью препарата «Глюкотест».

При составлении генетических карт мы учитывали всех известных родственников наблюдаемых детей в трех поколениях. Заболевания сахарным диабетом родственников пробаанда вносились в генетическую карту на основании данных, полученных при выкопировке из карт диспансерного наблюдения, историй болезни госпитализированных больных и результатов анкетирования их родителей.

Достоверными больными сахарным диабетом мы считали всех членов семьи независимо от тяжести заболевания, которые находились на диспансерном учете, лечились в специализированных эндокринологических отделениях или умерли от указанной патологии.

Таким образом, в процессе исследования была сформирована группа повышенного риска детей по сахарному диабету, в которую вошли дети с семейным анамнезом, отягощенным по этому заболеванию, а также выделенные в организованных детских коллективах в результате обследования по скрининг-программе посредством препарата «Глюкотест». Следует отметить, что в указанную группу были отобраны дети, имевшие положительную реакцию на сахар мочи по «Глюкотесту», не подтвержденную гликемическим профилем. Представляет интерес и тот факт, что у де-