

ЛИТЕРАТУРА

1. Ватутина Н. Д. Ребенок поступает в детский сад. М., Просвещение, 1983.—
2. Грйднева 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-

тей с положительной пробой по «Глюкотесту» генеалогический анализ в отдельных случаях позволил выявить в их семьях родственников, больных сахарным диабетом.

Согласно проведенным исследованиям, группу повышенного риска по сахарному диабету составили 111 детей преимущественно школьного возраста (60,4%), причем девочек было больше (56,7%) чем мальчиков (43,3%). 17,1% детей из группы риска были практически здоровыми, у остальных имелись различные эндокринные нарушения, по поводу которых состояли на учете у педиатров-эндокринологов; причем в структуре эндокринопатий доминировало ожирение (53,2%), затем тиреоидная патология (29,7%).

При изучении родословных детей группы риска было выявлено, что в их семьях в 69,4% случаев были эндокринные заболевания у родственников (ожирение, тиреоидная патология или их сочетание). Как правило, это были семьи, в которых идентичная патология была у наблюдаемого нами ребенка. Например, из 66 детей, имевших в семейном анамнезе родственников с избыточной массой тела, 48 (72,7%) страдали ожирением.

При анализе наследственной отягощенности по сахарному диабету в семьях детей из группы риска было обнаружено, что данное заболевание по материнской и отцовской линиям встречалось одинаково часто (по 47,7%); двусторонняя семейная отягощенность имела место лишь в 4,6% случаев. При этом следует отметить, что сахарный диабет у матери пробанда или ее родственников в большинстве (50,8%) наблюдений выявлялся в семьях девочек, а у отца и членов его семьи — у мальчиков (47,9%). Анализ внутрисемейной распространенности сахарного диабета в семьях детей из группы риска показал, что в 50,5% случаев больными родственниками пробанда являлись деды, бабушки, дяди, тетки, находившиеся с ним во II степени родства. Внутрисемейная распространенность сахарного диабета оказалась достаточно высокой — в 13,5% случаев в семьях больные родственники пробанда регистрировались в двух и даже трех поколениях.

Следует отметить, что у 52,2% матерей, дети которых вошли в группу риска, во время беременности были нарушения функции желез внутренней секреции, причем у 9% из них был сахарный диабет.

Таким образом, исследование показало, что генеалогическое изучение родословных имеет большое значение в предупреждении заболеваний сахарным диабетом, поскольку позволяет получить наиболее полную и достоверную информацию для отбора детей в группу повышенного риска заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г., Оркодашвили Л. Ш. Сов. мед., 1973, 12, 3.— 2. Князев Ю. А., Картелишев А. В., Логачев М. Ф. В кн.: Физиология и патология новорожденных детей от матерей с патологическим течением беременности. (Научные труды Рязанск. мед. ин-та) — Рязань, 1979, т. 67.— 3. Седов К. Р., Верхожин И. А. В кн.: Тезисы секционных докладов II Всесоюзного съезда эндокринол., Л., 1980.— 4. Сотникова К. А., Князев Ю. А., Мартынова М. И. Педиатрия, 1975, 7, 3.— 5. Дамянова М., Илков А., Копаранова О. и др. Педиатрия (София), 1975, 3, 155.— 6. West R., Belmonte M. M. Diabetes, 1979, 28, 7.

Поступила 22.10.85.

УДК 616.89—008.441.13—008.441.44

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

В. П. Коваленко

Ульяновский областной наркологический диспансер (главврач — О. Г. Смирнов)

Наличие тесного взаимодействия самоубийства и алкоголизма отмечали еще в начале нашего столетия В. М. Бехтерев, В. П. Осипов, Ф. Е. Рыбаков. Однако распространенность суицидальных действий и их генез у больных хроническим алкоголизмом к настоящему времени изучены недостаточно полно. Имеется ряд противоречивых данных о частоте суицидальных тенденций [1—4], сложности и неоднозначности мотиваций суицидального поведения больных хроническим алкоголизмом [1—4, 6, 7]. Клинический опыт ряда отечественных авторов [1—4, 6, 7]