

воспитания. В то же время, выявлены проблемы в организации межведомственного взаимодействия по укреплению здоровья школьников района, связанные с недостатками в системе взаимодействия медицинской и психологической служб, медицинского обеспечения образовательных учреждений, отсутствием форм оздоровления детей, страдающих хроническими заболеваниями, на базе образовательных учреждений в течение учебного года и др. Полученные результаты, а также материалы социально-гигиенического мониторинга и специально организованных исследований образа жизни учащихся, родителей и учителей использованы при разработке предложений по корректировке районной целевой комплексной программы и школьных комплексных программ «Здоровье» с целью более эффективной их реализации.

КОЧЕРГИН Ю.В.

*ФГУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий»
Роспотребнадзора, г. Екатеринбург, Россия*

КОМПЛЕКСНАЯ ФИЗИОБАЛЬНЕОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ

Под наблюдением находилось 250 детей в возрасте 7–14 л. с экологоотягощенной патологией гепатобилиарной системы (хронический холецистит, дискинезии желчевыводящих путей). Находящиеся под наблюдением дети проживали в городах области с техногенным загрязнением, превышающим уровни предельно допустимых концентраций от 1,8 (г. Екатеринбург) до 4,8 раза (г. Нижний Тагил). Приоритетными загрязнителями окружающей среды были: диоксид серы, диоксид азота, бенз(а)пирен, твердые фториды, аэрозоли свинца, кадмия, марганец, пары ртути и др.

Основными путями поступления ксенобиотиков в организм были органы дыхания и желудочно-кишечный тракт (вода, пищевые продукты). Распространенность заболеваний органов пищеварения среди детского населения области, по данным диспансеризации, составляет 196 на 1000, доля заболеваний желчного пузыря при этом составляет 20,0%.

Учитывая экологическую отягощенность заболеваний, лечебно-реабилитационный комплекс формировался исключительно из немедикаментозных элементов и включал в себя внутренний прием мало-минерализованной воды (Обуховская) и грязевые аппликации (Молтаевский сапропель).

Больные были разделены на 5 групп, каждая из которых получала свой комплекс лечения. Больным 1-й группы назначали грязевые аппликации на область печени, на курс 7–8 процедур и прием внутрь Обуховской воды; 2-я группа получала аналогичный комплекс лечения, но усиленный грязевыми аппликациями на область Захарьина-Геда.

Больные 3-й группы получали только Обуховскую воду (питьевой вариант). В 4-ю группу вошли дети, лечившиеся только грязевыми аппликациями на область печени; 5-ю группу составили дети, получавшие только грязевые аппликации на область печени и Захарьина-Геда. Оценка результатов проводилась по общепринятым критериям (ЦНИИКиФ, 1974).

Анализ результатов терапии показал, что наибольший эффект от лечения имел место у детей, получавших комплекс, включавший грязевые аппликации на область печени, зоны Захарьина-Геда и прием внутрь Обуховской минеральной воды. На втором месте по эффективности оказалась 5-я группа, где дети лечились только грязевыми аппликациями. У больных этих групп был самый высокий процент значительного улучшения (40,0 и 33,0% соответственно). В 1-й группе значительное улучшение отмечено у 20,0% больных, в 4-й – у 24,0, а в 3-й всего у 18,0%.

Под влиянием лечения у больных всех групп наблюдалась тенденция к уменьшению времени закрытого сфинктера Одди, увеличению количества пузырной желчи, достигавшему у больных 2-й и 5-й групп достоверных различий ($p < 0,05$). Отмечалось также увеличение скорости выделения пузырной желчи до нормальных величин, которое было наиболее отчетливым у детей, получавших грязевые аппликации в сочетании с внутренним приемом Обуховской минеральной воды (1-я и 2-я группы).

У всех больных, за исключением лечившихся одними грязевыми аппликациями на область печени, имела место тенденция к увеличению пузырной фазы. Убедительным, особенно во 2-й, 3-й и 5-й группах, было увеличение скорости выделения печеночной желчи.

Полученные данные позволяют считать, что комплекс лечения детей – больных хроническим холециститом с экологической

отягощенностью, включающий в себя грязевые аппликации и прием внутрь Обуховской минеральной воды, достаточно эффективен и может использоваться в широкой практике.

МАЛЫХ О.Л., ПЛОТНИКОВА И.А., ГНЕЗДИЛОВА С.В.,
МАТЮХИНА Г.В.

Территориальное управление Роспотребнадзора по Свердловской области, Центр детской дерматологии и аллергологии МЗ Свердловской области, г. Екатеринбург, Россия

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ БИОМОНИТОРИНГА ЭКОЛОГИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ ТОКСИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОБЛАСТИ

Для Свердловской области, как и для многих других промышленных регионов России, характерно загрязнение различными токсичными металлами и некоторыми другими экотоксикантами практических всех компонентов среды обитания (воздуха, воды, почвы, пищи) при существенных различиях биодоступности и кинетики поступления в организм. Это придает особое значение косвенной оценке суммарной дозы, поступающей в него разными путями, с помощью определения содержания вещества (или его метаболитов) во внутренней среде организма или в выделениях. Биологический мониторинг (биомониторинг) токсической экспозиции требует при проведении его на индивидуальном и, в особенности, популяционном уровне единого подхода к определению приоритетных объектов, а также унификации условий взятия и методов сбора, обработки и хранения проб анализируемого субстрата, их доставки в лабораторию, времени от взятия пробы до производства анализа и достаточно чувствительного, высоко точного метода этого анализа. Развиваемая нами система биомониторинга строится с соблюдением этих требований. С учетом ряда обстоятельств, включая равномерность распределения вещества, обеспечивающую репрезентативность отбираемой пробы, и возможность объяснения получаемых данных с точки зрения токсикокинетики, нами, как и большинством исследователей, используются для исследований два основных субстрата биомониторинга: кровь и моча.