

- ристикa эндотоксинемии // Материнство и детство. 1992. Вып.37. № 10-11, С.11-14.
5. Яковлев М.Ю. Эндотоксинальный шок // Казанский мед. журнал. 1987. № 3, С.207-211.
 6. Linder H., Engberg J., Baltzer J.M. et al. Induction of inflammation by Escherichia coli on the mucosal level: requirement for adherence and endotoxin // Infect. Immunol. 1988. Vol.56, № 5. P.1309-1313.
 7. Matthew Pollac M.D. New therapeutic strategies in gram-negative septic shock based on molecular mechanisms of pathogenesis // Principles and Practice of Infections Diseases. California, 1992. Update 8. P. 1-18.
 8. Zieger E.Y., Fisher C.Y., Sprung C.L. et al. Treatment of gram-negative bacteremia and septic shock with HA-1A human mononuclear antibody against endotoxin. A randomized, double blind, placebo controlled trial // New England J.of Medicine. 1991.P 424-436.

УДК 616-4 : 614.1:312.6

В.Н.Прохоров, В.В.Беляков

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Уральская государственная медицинская академия

Состояние здоровья детей в дошкольном возрасте во многом определяет дальнейший рост и развитие организма и имеет серьезное социально-экономическое значение (расходы из семейного и государственного бюджета, необходимость пребывания матери на больничном листе, а иногда невозможность для нее иметь постоянную работу из-за болезни ребенка).

Представляется весьма важным выявить иерархию факторов, оказывающих определяющее влияние на состояние здоровья детей младшего возраста с целью прогноза и обозначения основных направлений в проведении лечебно-профилактических мероприятий [2].

Было изучено состояние здоровья 98 детей в возрасте от 3 до 6 лет, посещающих детские дошкольные учреждения, и зависимость его показателей от влияния сорока трех факторов медицинского и социально-гигиенического характера.

Оценка состояния здоровья детей производилась по итогам общей продолжительности заболеваний каждого ребенка, взятой суммарно за

3 года с различными диагнозами по фактам обращаемости за медицинской помощью по амбулаторной карте (форма 112/у - история развития ребенка). Изучалась также суммарно за 3 года длительность временной нетрудоспособности матери по уходу за больным ребенком (лист временной нетрудоспособности и справка по уходу).

Данные о перинатальных факторах были взяты из карт наблюдения за беременными, историй родов и историй развития новорожденных. Группу перинатальных факторов составили сведения о состоянии генитальной сферы и наличии экстрагенитальных заболеваний до и во время беременности, паритете родов, особенностях течения беременности и родов и подробная характеристика состояния новорожденного в период пребывания в роддоме (общее состояние, оценка по шкале АПГАР, масса тела, травматизм и болезни).

Сведения о возрасте и состоянии здоровья родителей отнесены к медико-биологическим факторам, а данные о составе семьи, материально-бытовых условиях, особенностях режима труда матери, образовании и образе жизни родителей - к социально-гигиеническим и получены путем анкетного опроса матерей.

Для выявления степени значимости влияния каждого фактора на заболеваемость детей был использован однофакторный дисперсионный анализ с определением величины критерия достоверности влияния (фактор Фишера) по общепринятой методике [4]. При значении фактора Фишера, равном 1,0 и более, показатель считался существенным, т.е. оказывал выраженное воздействие на здоровье ребенка. При определении значимости влияния изучаемого показателя на продолжительность болезни ребенка фактор Фишера обозначался как F1, а при определении его влияния на длительность пребывания матери на больничном листе и справке по уходу - как F2. Математическая обработка данных была произведена в НИИ математики и механики УРО АН РФ. Результаты исследования приведены в таблице.

При анализе влияния социальных факторов выявлено, что заболеваемость детей существенным образом зависела от таких показателей, как образование родителей, наличие полной или неполной семьи и количество детей. Более высокий уровень состояния здоровья детей обеспечивался заботой обоих родителей, особенно при их высоком образовательном цензе и наличии единственного ребенка. Присутствие в семье бабушки позволяло матери реже оставаться дома с заболевшим ребенком и не пропускать выходы на работу.

Характер влияния социально-гигиенических и медико-биологических факторов на заболеваемость детей младшего возраста по данным обращаемости и временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком

Наименование фактора	Сила влияния фактора	
	На заболеваемость детей по обращаемости : F1	На временную нетрудоспособность по уходу: F2
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ		
1. Состав семьи и образование родителей:		
а) образование матери	13,68	1,47
б) образование отца	3,68	2,17
в) семейное положение матери (замужем одинокая)	3,35	1,75
г) количество детей в семье	1,26	2,18
д) наличие бабушки в семье	0,51	2,71
2. Материально-бытовые условия:		
а) среднедушевой доход семьи	3,60	1,82
б) наличие садового участка	3,37	1,58
в) жилищные условия (вид жилья)	0,74	0,26
г) размер жилой площади на 1 чел.	0,72	0,66
д) степень благоустройства квартиры	0,02	0,02
3. Условия труда матери:		
а) характер производства	290,00	28,00
б) наличие вредных условий труда	30,60	3,41
в) профессия	9,85	6,81
г) стаж работы на предприятии	0,97	0,64
д) наличие ночных смен	0,86	1,73
4. Образ жизни родителей:		
а) занятия физкультурой матери	2,13	1,17
б) занятия физкультурой отца	1,42	5,17
в) место проведения летнего отдыха /дом отдыха, деревня, город/	1,95	2,38
г) вредные привычки матери: курение	0,17	0,02
Злоупотребление алкоголем	1,30	0,69
д) вредные привычки отца: курение	0,67	0,02
Злоупотребление алкоголем	1,03	0,32
II. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ		
1. Возраст матери	1,18	1,47
2. Возраст отца	1,40	1,58
3. Состояние здоровья матери	2,29	0,63
4. Состояние здоровья отца	0,98	3,51
III. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ		
1. Гинекологические заболевания матери	7,32	10,25
2. Длительность родового акта	2,09	1,71
3. Осложнения беременности	1,90	0,14
4. Применение плодоразрешающих операций	1,67	0,46
5. Родовой травматизм женщины	1,46	0,17
6. Нарушения становления и характера менструальной функции женщины	1,44	1,29
7. Наличие медабортов в анамнезе	1,40	0,35
8. Осложнения в родах	0,84	0,37
9. Ожирение матери при беременности	0,65	0,57
10. Предлежание плода	0,58	0,41
11. Кратность родов в анамнезе	0,52	0,22
12. Экстрагенитальные заболевания матери	0,41	0,47
13. Ранний и поздний гестоз	0,12	0,57
14. Масса тела новорожденного	2,13	1,42
15. Оценка новорожденного по шкале АПГАР	1,20	0,70
16. Болезни новорожденного	0,70	0,59
17. Травматизм новорожденного	0,67	0,16

Жилищные условия (наличие отдельной квартиры или комнаты в квартире или общежитии), а также степень благоустройства и размер жилой площади на 1 чел. не оказывали существенного влияния на заболеваемость детей. Для поддержания высокого уровня их здоровья важное значение имело материальное положение семьи в целом, а также наличие садового участка в частности, что позволяло нести необходимые расходы по воспитанию ребенка, включая траты на питание, на оптимальном уровне. Наличие садового участка, помимо улучшения качества питания, способствовало большей продолжительности пребывания детей на свежем воздухе в сочетании с регулярным физическим трудом.

Чрезвычайно значимым для состояния здоровья детей оказалось влияние условий труда матери в период зачатия и вынашивания беременности. Степень влияния таких факторов как характер производства (женщины работали на атомной электростанции, в механических цехах металлургического предприятия и в качестве служащих государственных учреждений), профессия и наличие вредных условий труда оказалась максимальной (см. таблицу). Наиболее благоприятным оказалось состояние здоровья детей у женщин, работавших в учреждениях, не имевших профессиональных вредностей, наименее благоприятным - у работниц АЭС.

Образ жизни родителей, их возраст и состояние здоровья оказывали самое непосредственное воздействие на уровень заболеваемости детей младшего возраста. На защитные силы детского организма благотворно влияли оптимальный возраст родителей в момент зачатия ребенка (20-30 лет), их удовлетворительное состояние здоровья, регулярные занятия физкультурой, отсутствие злоупотребления алкоголем, а в дальнейшем - регулярное проведение летнего отдыха вместе с детьми с выездом из города в условиях дома отдыха или деревни.

Неоднозначными оказались результаты анализа особенностей воздействия перинатальных факторов. Значимым образом проявилось влияние гинекологической заболеваемости матери как на заболеваемость детей по общаваемости, так и на длительность временной нетрудоспособности по уходу. Состояние здоровья детей младшего возраста зависело также от следующих моментов: нарушений становления чадородной функции матери и наличия медабортов перед зачатием, осложнений беременности и длительности родов, родового травматизма женщины и применения родоразрешающих операций. Не было выявлено зависимости между заболеваемостью детей и воздействием таких факторов, как кратность

родов, экстрагенитальные заболевания матери, включая избыточную массу тела при беременности, предлежание плаценты, осложнения в родах, ранний и поздний гестоз. Из характеристик новорожденного долговременное влияние на состояние детей младшего возраста оказывали: масса тела при рождении (положительное - при массе от 2,5 до 3,9 кг и отрицательное - на детей с массой менее 2,5 кг или 4,0 кг и более) и оценка по шкале АПГАР. Значимого воздействия на заболеваемость детей 3-6 лет травматизма и болезней новорожденного не обнаружено.

Результаты наших исследований выявили разное по силе влияние многообразных социально-гигиенических, медико-биологических и перинатальных факторов на состояние здоровья детей младшего возраста. Отмечена зависимость уровня заболеваемости детей не только от перманентно действующих на протяжении жизни ребенка факторов, но и от целого ряда воздействий, оказывавших влияние на него до момента рождения (анте- и интранатальные факторы), что подтверждает литературные данные [1, 2, 3, 6]. Наиболее существенным оказалось влияние социально-гигиенических факторов, среди которых выделяются своей значимостью моменты, связанные с производственной деятельностью матери и характеристиками семьи, и в меньшей степени - воздействие медико-биологических и перинатальных факторов.

Некоторые наши выводы не совпадают с мнением авторов, свидетельствующих о достоверной зависимости состояния внутриутробного плода и новорожденного от таких факторов, как поздний гестоз и экстрагенитальные заболевания матери [1, 5]. Мы не находим здесь противоречия, поскольку с годами сила влияния на его здоровье ребенка некоторых негативных факторов, действовавших до его рождения, может ослабевать, особенно под влиянием новых позитивных моментов, выявление которых позволит сделать процесс оздоровления больного ребенка управляемым. Вывод о ведущем влиянии факторов социально-гигиенического характера на состояние здоровья детей младшего возраста позволяет считать, что перинатальные факторы не играют фатальной роли в прогнозе их здоровья и даже в случаях рождения детей, перенесших гипоксию и другие осложнения перинатального периода, можно с достаточной уверенностью рассчитывать на эффективность проводимых реабилитационных мероприятий. Чрезвычайно важными и даже решающими могут оказаться усилия со стороны родителей в виде систематического выполнения рекомендаций врачей реабилитационного характера и практической реализации в условиях семьи принципов здорового образа жизни.

Все вышеизложенное диктует необходимость использования комплексного, единственно эффективного подхода к решению проблемы оздоровления детей младшего возраста, а именно: 1) повышения медицинской грамотности населения и воспитания у людей осознанной ответственности за благополучие здоровья как собственного, так и своих близких; 2) осуществления на практике мероприятий по планированию семьи и оптимизации условий труда работающих женщин; 3) реализации государственных и благотворительных программ по медицинской и социальной поддержке семей с низким материальным уровнем жизни; 4) совершенствования методов ведения беременности и родов, реабилитации заболевших новорожденных и детей первых лет жизни. Совершенно очевидно, что достижение указанной цели усилиями одних органов здравоохранения невозможно, нужны конкретные шаги в области

социальной и экономической политики на региональном и общегосударственном уровнях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берсжанская С.Б., Андреева Н.Б. Актуальные вопросы снижения материнской и детской смертности. М.: Медицина, 1988. С. 87-92.
2. Дешкина М.Ф., Демин В.Ф., Балаболкина Л.М. и др. //Материнство и детство. N11. С. 25-26.
3. Капитонов В.Ф., Тарасов Ю.С. //Рос. вестн. перинатол. и педиатр. Т. 39. С.39.
4. Ким Дж., Мюллер Ч., Клекка У. Факторный, дискриминантный и кластерный анализ: Пер. с англ. М.: Мир, 1989. 236 с.
5. Кравец Е.Б., Канская Н.В., Казанцева Н.В. //Материнство и детство. N 4. С.34-36.
6. Кулаковский В.А., Исламова Г.А., Огий Т.И., Минкин Р.И. Прогнозирование и профилактика нарушений здоровья матери и ребенка. М.: Медицина, 1988. С. 22-26.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

УДК 616 — 002.77

А.Н. Андреев, В.А. Ждахина,
Г.Б. Колотова, О.В. Кремлева,
А.Г. Пирумян, А.А. Попов, Л.А. Соколова

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СУСТАВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Уральская государственная медицинская академия

Одной из наиболее значимых проблем современной артрологии остается совершенствование методов своевременной реабилитации больных с привлечением высокоэффективных медицинских технологий.

Используемые в большинстве случаев стандартные схемы лечения, включающие в себя базисные препараты в сочетании с физическими преформированными методами воздействия, далеко не всегда оказывают желаемый результат. В то же время изучение патогенеза ревматических болезней показывает, что большинство из них являются многофакторными заболеваниями, т.е. возникают и развиваются вследствие наличия и взаимодействия внешних и внутренних факторов [2]. Степень внешнего воздействия и баланс внутрен-

него резерва организма во многом могут определить многоликость проявлений данных заболеваний (от начальных суставных до грубых висцеральных изменений) и их непредсказуемость в плане прогноза и исхода. А между тем, своевременное энергичное воздействие на иммунологический потенциал организма с привлечением средств немедикаментозной терапии, обладающих широким диапазоном протекторного действия на системы гомеостаза, может позволить предотвратить переход дебюта болезни в хроническую стадию. Неоднородность инфекционного начала ревматических заболеваний, иммунопатологических сдвигов, биохимической основы медиаторов воспаления, метаболических нарушений, а также нейроэндокринных наслоений придает проблеме лечения одной и той же патологии не только оттенок рациональности поиска наиболее оправданного медикаментозного лечения, но и диктуют необходимость в рамках оптимизации проводимых реабилитационных мероприятий уделить внимание методам, стимулирующим адаптогенез и, тем самым, по возможности, смягчить, затормозить надвигающиеся структурные изменения.

Контингент всесторонне обследованных лиц в условиях городского ревматологического отделения ЦГБ №6 включал в себя три группы пациентов, у которых суставная патология оценивалась на фоне урогенной инфекции (40 чел.), климактериче-