

ловек стал не только «потребителем» своего здоровья, но и его «производителем». В связи с вышеназванными, приоритетными направлениями интеграции валеологии и физической культуры являются:

- воспитание культуры здоровья, основанные на взаимосвязи духовного и физического потенциала человека;

- организации ЗОЖ, как отдельного индивида, так и общества в целом;

- раскрытие путей совершенствования ценностно-мотивационной сферы человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валеологическая культура студента УГТУ / А.В. Агеносов, Л.А. Рапопорт, Л.А. Семенов и др. – Екатеринбург, 1998. – 35с.
2. Браже Т.Г. Из опыта развития общей культуры учителя // Педагогика. – 1993. - №2. – С 70-75.
3. Брехман И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье. – Л.: Наука, 1987.
4. Все о здоровом образе жизни. - Издательство «Ридерз Дайджест», 1998.
5. Лебедева Н.Т. Формирование здорового образа жизни. – Минск: Народная Асвета, 1996.
6. Материалы первой всероссийской научной конференции «Образ жизни и здоровье студентов». – М., 1995.
7. Матвеев Л.П. Теория и методика физического воспитания. – М.: ФИС, 1976.
8. Решетников Н.В., Кислицин Ю.Л. Физическая культура - М.: Academia, 1998.
9. Степанян А.С. Теория и практика физической культуры // РКАФК. - 1997. - №1.

УДК 616.2

Н.П. Насонова

ЗНАЧЕНИЕ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА В ФОРМИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Уральская государственная медицинская академия

Проблема лечения ожогов у детей привлекает все большее внимание специалистов разных профилей и органов социальной защиты. Это обусловлено не только возрастающей тяжестью ожоговой травмы, но и трудностью лечения пострадавших, которое нередко заканчивается неблагоприятным исходом или инвалидностью.

К сожалению, иногда тяжесть ожоговой травмы оценивается только глубиной и распространенностью поражения. Вызывает удивление крайне тяжелое течение ожоговой болезни у детей с локализованными и неглубокими ожогами, недооценивается их состояние при первичном осмотре. Между тем существует ряд факторов, зачастую являющихся определяющими в прогнозе и исходе ожоговой болезни у детей.

Несмотря на многочисленные исследования в области экологии и гигиены [1,2,12], в литературе не

находит должного отражения роль эндогенных факторов в развитии и течении травматической (в частности, ожоговой) болезни. К сожалению, пока не представляется возможным провести четкую границу между компенсаторными и патологическими механизмами, между течением преморбидной эндогенной интоксикации и развитием ожоговой токсемии с полиорганной дисфункцией [10].

Представляет также большую трудность установление связи между тяжестью реакции организма на шокотенный фактор и преморбидное состояние организма в условиях действия неблагоприятных экологических факторов. Особенно это касается Уральского региона, где сочетание высоких техногенных нагрузок обуславливает повышенное загрязнение компонентов биосферы [3,15].

Наряду с тем отмечается возрастание значимости эндогенных факторов, являющихся фоном хирургической инфекционно-воспалительной патологии [5,7]. Обычная деятельность живого организма сопровождается развитием целого ряда адаптационных реакций, направленных на создание постоянства внутренней среды.

Нельзя игнорировать и тот факт, что количество иммуно-супрессивных детей не уменьшается, несмотря на развитие иммунологии и прогресс информативных методов диагностики нарушений иммунной системы. Как известно [4], наименьшая величина антибактериальной активности крови у детей приходится на возраст от 1 до 4 лет, что соответствует наимысшему пику ожогового травматизма. Дети с пре- и перинатальным поражением ЦНС, с синдромом задержки внутриутробного развития формируют группы риска по иммунокомпромиссу, степень которого прямо пропорциональна тяжести повреждения ЦНС.

Обнаружено, что наиболее тяжелые расстройства отмечаются при внутриутробном инфицировании, медикаментозной стимуляции родовой деятельности и акушерских манипуляциях. В частности, происходит потеря специфических антител к ряду инфекций. Так, восстановление иммунитета при ЦМВ-инфекции происходит лишь к трехлетнему возрасту, в то же время при токсоплазмозе Т-иммунодефицит имеет устойчивый характер и не зависит от возраста.

Значимость этой проблемы, к сожалению, не изучена и недооценивается при проведении интенсивной терапии у детей дошкольного возраста. Между тем, инфицирование среди беременных женщин ЦМВ-инфекцией по данным некоторых исследователей составляет до 90% [8,14,16].

Особенно важно, на наш взгляд, отметить значение таких изменений, вызванных ВУИ, как отчетливое снижение функциональной активности рецепторного аппарата Т-лимфоцитов, умеренная депрессия РБТЛ, тенденция к снижению содержания YgG и выраженная дисфункция моноцитов [14].

У инфицированных детей, кроме того, имеются выраженные изменения со стороны системы крови. Почти в 2/3 случаев больные страдают гепато- или спленомегалией, нередко сочетающимися с изменениями со стороны периферической крови. Обнаружено, что у детей, инфицированных ЦМВ в возрасте старше года, в 100% случаев отмечается анемия, в

42,9% случаев – тромбоцитопения, в 71,0% случаев – нейтропения [11]. Отмечено также повышение активности АЛТ и АСТ, изменение эхо - структуры печени (у 43,4% детей с ВУИ). Нарастание активности трансaminaз регистрируется к пятому месяцу жизни, затем происходит медленный регресс, заканчивающийся порой лишь в подростковом периоде [6,11].

Все указанные социально-гигиенические особенности не могут не повлиять на течение ожоговой болезни. Выявленные тяжелые расстройства невозможно игнорировать, когда к организму ребенка ожоговый шок и операционный стресс предъявляет свои высокие требования.

Материал и методы. На базе городского детского ожогового центра при ГДМБ №9 с 1994 года проводится проспективное рандомизированное контролируемое исследование, целью которого является выявление тенденций и закономерностей течения ожоговой болезни у детей на современном этапе. В частности, проведена социально-экономическая оценка детей, получивших термическую травму (табл.1), определена частота и характер сопутствующей патологии и ее роль в формировании осложнений ожоговой болезни (табл.2).

Для проведения исследования из 600 историй болезни изначально были отобраны 296 формализованных историй, в которых отражалась динамика состояния у детей с тяжелым ожоговым шоком (2-3 степени) за период с 1996 по 1999 год. Затем слепым методом были отобраны 139 историй болезни, с которыми проводилась дальнейшая аналитическая работа.

Таблица 1
Социально-экономическая характеристика детей, получивших тяжелую термическую травму

Факторы	Обследовано n=139	%
Неполная семья	20	14,3
Социально-неблагополучная семья.	19	13,6
Конфликты в семье перед травмой.	14	10,0
Семья с очень низким доходом.	49	35,2
Семья с низким доходом.	86	61,8
Семья с доходом выше прожиточного минимума	4	2,8

Семьей с очень низким доходом считалась та, в которой родители не могли обеспечить ребенка ни дополнительным питанием, ни недостающими медикаментами. Как правило, это жители области, или горожане, являющиеся работниками предприятий-банкротов или не работающие – 35,2%. Семьей с низким доходом считалась та, в которой для ребенка родители могли в небольшом количестве приобрести дополнительное питание и не могли обеспечить его недостающими медикаментами. В данную категорию вошли в основном работники бюджетной сферы, неполные и социально-неблагополучные семьи – 61,8%. В категорию семей с доходом выше прожиточного минимума вошли работники коммерческой сферы,

которые были в состоянии тем или иным способом обеспечить своего ребенка как дополнительными питанием, так и недостающими медикаментами – 2,8%.

Таблица 2
Частота сопутствующей патологии у детей с тяжелой термической травмой

Вид патологии	Без токсемии, n=10	оксемия n=68	Септико-токсемия, n=61
Перинатальное поражение ЦНС	1 10,0%	24 35,3%	13 21,3%
Внутрибная гипотрофия		17 25,0%	16 26,2%
Внутрибное инфицирование		9 13,2%	7 11,5%
Акушерское пособие в родах		6 8,8%	8 13,1%
Хроническая патология ЖКТ		3 4,4%	10 16,4%
Хр. респират. патология		7 10,3%	6 9,8%
Прочие виды патологии	1 10,0%	6 8,8%	12 19,6%

Обсуждение результатов исследования. Представленный материал показал, насколько значимой является сопутствующая патология в формировании осложнений ожоговой болезни. Так, лишь двое детей из группы, в которой ожоговая болезнь протекала без токсемии, имели отягощенный преморбидный фон. В то же время до 35% детей с перинатальной патологией перенесли ожоговую токсемию и 21% - септикококсемию. 25% детей с внутрибной гипотрофией также перенесли осложненные формы ожоговой болезни. Внутрибное инфицирование, акушерское пособие в родах и прочая патология также является фактором, отягощающим течение ожоговой болезни у детей.

Не менее четко прослеживается и закономерность, с которой развиваются осложнения ожоговой болезни в зависимости от догоспитального времени (табл.3).

Таблица 3
Частота осложнений ожоговой болезни в зависимости от догоспитального времени

Вид осложнений	До 24 час., n=58	25-48 час., N=33	>48 час., N=48	Общее к-во, N=139
Сепсис	18 31,0%	17 51,5%	21 43,7%	56 40,2%
ОРДС	28 48,2%	23 69,6%	31 64,5%	82 58,9%
МОД	32 55,1%	24 72,7%	33 68,7%	89 64,0%

С увеличением догоспитального времени (времени до поступления в специализированный ожоговый центр) более 24 часов, на 20% растет количество детей с такими осложнениями ожоговой болезни, как сепсис, острый респираторный дистресс-синдром и мультиорганная дисфункция. Если учесть, что более половины детей с термической травмой лишены возможности ранней госпитализации, легко сделать вы-

вод о предполагаемых осложнениях термической травмы и вероятности развития неблагоприятного исхода.

Выводы

1. Оценивая социально-экономический статус семей, в которых пострадали дети в результате термической травмы, следует отметить их низкий социальный статус, отсутствие возможности материальной поддержки в лечении, что в период недостаточного финансирования оказывает отрицательное влияние на течение и исход ожоговой болезни.

2. Сопутствующая патология: перинатальное поражение ЦНС, внутриутробное инфицирование, акушерское пособие в родах и хроническая соматическая патология оказывают неблагоприятное влияние на течение ожоговой болезни у детей. Большинство детей с указанными патологическими отклонениями формируют группы детей с проявлениями токсемии и септико-токсемии, в то время, как большинство пострадавших с неотягощенным фоном переносят ожоговую болезнь более гладко.

3. Увеличение догоспитального времени более чем на 24 часа на 20% увеличивает риск развития таких осложнений ожоговой болезни как сепсис, острый респираторный дистресс-синдром и мультиорганная дисфункция.

4. Представленные данные позволяют сделать вывод, что для дальнейшего улучшения результатов лечения детей с термической травмой необходимо поиск новых направлений интенсивной терапии. Наиболее перспективным направлением, на наш взгляд, является активация естественных механизмов антибактериальной защиты, угнетение которых типично для ожоговой болезни особенно у детей с отягощенным преморбидным фоном.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анощенко Ю.Д., Смирнов С.В. Ожоги: особенности распространения и профилактики в городах России различных категорий // *Здравоохранение Российской Федерации*. - 1994. - №6. - С.20-22.
2. Обмен веществ у детей / Ю.Е. Вельтишев, М.В. Ермолава, А.А. Ананенко, Ю.А. Князев. - М., 1983. - 464с.
3. Власова И.А., Казанцева С.В., Фомин В.В. Экология и состояние здоровья детей // *Вестник УГМА*. - 1997. - вып.4. - С.174-175.
4. Гаслова А.А. Закономерности формирования активности естественных антибактериальных факторов крови у детей. / *Дисс... к.м.н.*, - Пермь, 1982. - 176с.
5. Объективная оценка тяжести травм / Е.И. Гуманенко, В.В. Бояринцев, Т.Ю. Супрун, В.В. Ващенко // *Военно-медицинский журнал*. - 1996. - №10. - С.25-34.
6. Внутриутробные бактериальные и вирусные инфекции плода и новорожденного / Б.Л. Гуртовой, А.С. Анкирская, Л.В. Ванько, Н.И. Бубнова // *Акушерство и гинекология*. - 1994. - №4. - С.20-26.
7. Ерюхин И.А. Инфекция в хирургии. Старая проблема накануне нового тысячелетия // *Вестник*

хирургии им. Грекова. - 1998. - т.157. №1.2. - С.85-91 и С.87-94.

8. Задорожная В.И., Бондаренко В.И., Донец Л.Н. Значение энтеровирусов в патологии новорожденных // *Врачебное дело*. - 1994. - №1. - С.19-27.
9. Кучеренко В.З., Анощенко Ю.Д. Мониторинг в системе управления специализированной помощью (на примере комбустиологии - специализированной помощи пострадавшим от ожогов) // *Проблемы соц. гигиены*. - 1994. - №5. - С.30-36.
10. Лиспичин К.М., Выхриев Б.С. Пути улучшения исходов лечения обожженных // *Военно-медицинский журнал*. - 1984. - №8. - С.27-30.
11. Особенности клинической картины при врожденной ЦМВ инфекции у детей / Н.И. Пенкина, Т.В. Коваленко, Л.С. Мякишева, В.В. Трусов // *Педиатрия*. - 1995. - №3. - С.36-39.
12. Особенности функционирования сердечно-сосудистой системы у детей при воздействии атмосферных загрязнений / Н.К. Перевошикова, Л.В. Барков, О.М. Очередко, Л.П. Почуева // *Гигиена и санитария*. - 1996. - №1. - С.8-10.
13. Разумовский А.В., Сашенков В.А. Показатели работы и финансирование Российского ожогового центра в 1992-93 годах // *Травматология и ортопедия России*. - 1994. - №4. - С.133-135.
14. Самсыгина Г.А. Современные проблемы ВУИ // *Педиатрия*. - 1997. - №5. - С.34-36.
15. Вторичные иммуно-дефицитные состояния и техногенные факторы. / В.В. Фомин, Г.Я. Липатов, И.А. Власова и др. Учебное пособие. - Екатеринбург, 1997. - С.260-272.
16. Шлыкова А.Б. Популяционный скрининг частоты инфицирования беременных женщин TORCH инфекциями и формирование иммунологической недостаточности у женщин групп риска // *Материалы 51 научной конференции студентов и молодых ученых*. - Екатеринбург, 1996. - С.243-245.

УДК 616.-055.5:575.224.23

Н.В. Никитина

ОЦЕНКА СИТУАЦИИ С ХРОСОМНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ г. ЕКАТЕРИНБУРГА

Уральская государственная медицинская академия

Как известно, средняя популяционная частота хромосомных нарушений в нашей стране составляет в среднем 6-7 случаев на 1000 новорожденных детей. Вместе с тем в некоторых регионах отмечены отклонения от данного показателя в ту или иную сторону. В связи с тем, что до настоящего времени детальной оценки ситуации с хромосомными болезнями (синдромами) в г. Екатеринбурге не проводилось, целью настоящей работы явилось изучение частоты хромосомной патологии среди новорожденных детей в течение последних пяти лет. Для ранней клинико-цитогенетической диагностики в условиях родильного дома в случае подозрения на хромосомный синдром