

медицины: Тез. докл. М., 1989. - Ч.2. - С.101-110.

4. Веселов Н.Г. Социально-гигиенические и организационные проблемы охраны здоровья детей // Педиатрия. - 1987. - № 7. - С.81-84.

5. Казанцев В.С. Задачи классификации и их программное обеспечение (пакет КВАЗАР). М., Наука, 1990. - С.136.

6. Неспецифическая профилактика респираторных заболеваний в педиатрии. Обзор НПО "Союзмедиформ", серия "Педиатрия". М., 1990. - К I. - С.

7. Состояние здоровья и диспансеризация детей раннего возраста / под ред.Т.Я.Черто... М.: Медицина, 1987. - С.256.

8. Сухарев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. М.: Медицина, 1991. - С.270.

9. Юрко Г.П., Веренкович Л.В., Белоярцева В.В. и др. Состояние здоровья детей дошкольного возраста за 10-летний период (1975-1985 г.г.) // Гигиена детей и подростков - важнейшее звено профилактической медицины: Тез.докл. М., 1989. - Ч.2. - С.47-56.

10. Юрко Г.П., Спирчу В.П., Серочек Р.Г. и др. Физическое воспитание детей раннего и дошкольного возраста. М.: Медицина, 1978. - С.247.

УДК 616-053.3:313.13

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ КОМБИНАТА "УРАЛЭЛЕКТРОМЕДЬ"

О.П.Ковтун, А.В.Харитонов, М.Г.Старикова, О.Н.Кочева
(Медицинский институт, Екатеринбург)

Общеизвестно, что заболеваемость среди организованного детского населения остается достаточно высокой, особенно острыми респираторными вирусными инфекциями, относящихся к числу неуправляемых /1, 2/. В настоящее время доказано, что на уровень заболеваемости влияет ряд факторов, в том числе экологическая ситуация в промышленном городе, среда окружения ребенка, сложившийся образ жизни его семьи и др. /3/. В связи с этим перво-

очередная задача педиатров состоит в том, чтобы дать объективную оценку состоянию здоровья детей, определить приоритетные факторы, его формирующие, и на основе полученного материала разработать систему оздоровительных мер, способствующих повышению резистентности детского организма /4/.

С этой целью было осмотрено 622 ребенка из трех детских учреждений комбината "Уралэлектромет", у 76 сделаны анализы крови и мочи, у 35 - проведено иммунологическое исследование с определением количества Т-, В-лимфоцитов, их субпопуляций, теофилинрезистентных (ТФР), теофилинчувствительных (ТФЧ) клеток, НСТ-теста, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), Ig A, Ig M, Ig G, комплемента.

Углубленное клиническое обследование проводилось по всем органам и системам с измерением частоты пульса, дыхания, артериального давления, основных антропометрических данных - массы, длины тела, окружности груди, головы.

По результатам исследований удалось установить, что подавляющее число организованных детей относятся ко II группе здоровья, т.е. имеют функциональные и морфологические изменения со стороны внутренних органов, к этой же группе относятся дети-реконвалесценты, с задержкой физического развития и часто болеющие - 79-86%, и только 6-13% от числа осмотренных можно считать здоровыми.

Анализ структуры патологических поражений показал (табл. I), что преобладающими отклонениями являются изменения в ротоглотке - 32-55% (гипертрофия миндалин, аденоиды II-III степени, хронический тонзиллит, хронический синусит, вазомоторный ринит). Известно, что наличие хронического очага в лимфатической ткани с локализацией в ротоносоглотке, являющейся первичным барьером при встрече ребенка с вирусом или микробом, значительно снижает резистентность к инфекции и влияет на состояние клеточного звена иммунитета. В отдельных комбинатах выявлена наиболее высокая степень поражения ЛОР-органов: 1/5 имеют аденоиды II-III степени, 1/4 - хронический синусит, 1/3 - хронический тонзиллит. Эти факты свидетельствуют о том, что без комплексной работы педиатра и оториноларинголога снижение данной патологии добиться невозможно. В подтверждение следует сказать, что в тех детских комбинатах, где созданы и успешно работают санаторные группы, сте-

пень патологических изменений со стороны уха-горла-носа наиболее низкая - 3-7%.

Таким образом, клиническое обследование позволило установить у половины дошкольников наличие стойких очагов, сформированных в полости рта и носоглотке.

Таблица I

Патологическая пораженность детей по результатам углубленного клинического обследования

Название системы	Частота патологии, %		
	д/к № I n = 152 чел.	д/к № 2 n = 217 чел.	д/к № 3 n = 253 чел.
Патология ЛОР-органов	54,6	45,2	32,1
Отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы	32,9	30,3	45,1
Нарушение осанки	17,8	14,7	48,2
Гастроэнтерологическая патология	13,8	11,5	18,6
Поражение кожи	2,6	5,1	5,1
Расстройства нервной системы	9,7	8,3	8,1
Поражение мочевыводящей системы	3,3	3,8	5,1
Хирургические отклонения	6,8	14,7	10,7
Расстройства питания	3,9	5,2	3,2
Общая патология	2,6	2,7	2,8

Довольно высок, как показали исследования, среди детей уровень отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы - 30-45%. Это нарушения сердечного ритма, наличие шума, изменения АД выше и ниже возрастной нормы. Обнаруженные расстройства, как правило, носят функциональный характер и вторичны по своей природе, тем не менее их частота вызывает озабоченность у педиатров в плане прогноза и дальнейшей социальной реабилитации.

Обращает внимание специалистов распространенность среди детей косвенных признаков длительной гипоксии, гиповитаминоза, интоксикационного синдрома: 77% имели бледность кожного покрова,

сухость отдельных участков, двухцветность, параорбитальный цианоз. Микроголиадения (увеличение двух и более групп лимфатических узлов, чаще подчелюстных и заднешейных) отмечена у 77% и симптом Франка – у 27%, свидетельствующие о частом инфицировании и неоднократно перенесенных заболеваниях.

В числе осмотренных детей 18–48% имели нарушения осанки, 24% – слабость передней брюшной стенки, 20% – снижение тургора мышечной массы. Очевидно, что уровень физической зрелости дошкольников явно недостаточен. Гиподинамия, неравномерность нагрузки определенных групп мышц усугубляют гипоксию и гипоксемию тканей. Перечисленные данные необходимо учитывать при создании и внедрении физкультурных комплексов, корригирующей гимнастики с учетом индивидуальной подготовки каждого малыша.

Исследование периферической крови проведено у 76 детей в зимний и весенний периоды года. Характерно, что весной число детей с признаками анемии увеличилось в 6 раз: с 7 до 43%. Умеренный лейкоцитоз и ускорение СОЭ отмечены у 23% – это свидетельствует о течении острого заболевания либо о сохраняющихся гематологических сдвигах у реконвалесцентов. В общих анализах мочи патологические отклонения обнаружены у 14%, в таких случаях рекомендовались повторные и более информативные методики.

Благополучную эпидемиологическую обстановку в детском коллективе можно создать лишь при условии более тщательного приема детей в группы, своевременной изоляции заболевших, соблюдении сроков лечения инфекционных больных, а также реабилитации реконвалесцентов. С этих позиций целесообразно создавать реабилитационные группы, предназначенные для организации наиболее гладкого течения восстановительного периода.

В литературе накоплены сведения о применении медикаментозной профилактики ОРВИ во время сезонного подъема /5/. В нашей работе мы попытались оценить влияние неспецифических препаратов на частоту заболеваний среди детей раннего возраста. Эксперимент проводился в двух ясельных группах – контрольной и опытной в два тура: I – осенний – аскорбиновая кислота, рутин, глюконат кальция, витамин А, дибазол; II – весенний – ревит, витамины А, Е, ферамид, нуклеинат натрия в возрастных дозах. Анализ показал, что число острых заболеваний на каждого ребенка в контрольной группе оказалось равным 1,5, тогда как в опытной – 3,1 (в два раза больше). Число пропущенных дней на каждого в контрольной

группе составило 12,6, а в опытной – 34,3 (в 2,5 раза больше). На основании вышеизложенного видно, что только одна медикаментозная профилактика не дает желаемого результата. Причины видятся в следующем: первое – в опытной группе оказались дети, не посещавшие детский комбинат по болезни от 45 до 117 дней с числом перенесенных инфекций от 4 до 9 (за 7 мес. наблюдения). По всей вероятности, эти дети требуют индивидуальных санитарных и реабилитационных мероприятий на базе оздоровительных (санаторных) групп; второе – имеются отдельные замечания по тактике ведения и наблюдения детей (несвоевременно saniруются хронические очаги инфекции, не проводится лечение хронических состояний); третье – не соблюдаются сроки изоляции инфекционных больных, а именно: дети с ОРВИ лечатся дома 3–5–7 дней в среднем, что приводит к суперинфицированию реконвалесцентов; четвертое – необходим комплексный подход, включающий наряду с повышением резистентности ребенка и оздоровление среды его обитания и образа жизни.

Таким образом, практически в каждом комбинате есть часто болеющие дети (ЧБД) и дети, составляющие группы риска по той или иной патологии, для которых оптимальный метод оздоровления – санаторная группа. Преимущества последних неоспоримы, и на основании собственных исследований мы подтверждаем это положение, произведя расчет экономической эффективности работы санаторной группы ($n = 34$ чел.) по алгоритму Горьковского НИИ педиатрии. Оказалось, что за год число сэкономленных дней нетрудоспособности матерей по уходу за детьми в пересчете на одного ребенка после оздоровления сократилось в 1,5 раза. Если же малыш находился в санаторной группе не один, а два года, то этот показатель становился равным 2,5.

Одним из критериев здоровья является оценка иммунного статуса ребенка. Нами изучены показатели иммунитета у 15 здоровых и 20 часто болеющих детей (табл. 2). Обобщая представленные данные, следует сказать, что показатели клеточного и гуморального иммунитета здоровых существенно не отличались от возрастных норм.

Как видно из таблицы, у часто болеющих детей наблюдалась В-лимфопения ($p < 0,01$), а у 1/3 даже Т- и В-лимфопения. В гуморальном звене иммунитета у 70% отмечена дисгаммаглобулинемия: снижение одного класса выявлено у 35%, двух – у 30%, трех – у 10%. В этой же группе уровень ЦИК был достоверно выше дока-

зателей здоровых ($p < 0,05$). Более чем у половины обследованных (55%) отмечено повышение НСТ-теста и у каждого третьего ребенка – возноидия.

Таблица 2.

Результаты иммунологического обследования здоровых и часто болеющих детей ($M \pm m$)

Показатели	Обследованные дети	
	Здоровые	Часто болеющие
Лимфоциты, $I \cdot 10^9$	$3,58 \pm 0,21$	$3,20 \pm 0,23$
Т-лимфоциты, $I \cdot 10^9$	$1,54 \pm 0,05$	$1,53 \pm 0,17$
В-лимфоциты, $I \cdot 10^9$	$0,49 \pm 0,07$	$0,26 \pm 0,05^*$
ТФР, $I \cdot 10^9$	$1,15 \pm 0,10$	$1,26 \pm 0,11$
ТФЧ, $I \cdot 10^9$	$0,53 \pm 0,10$	$0,49 \pm 0,09$
НСТ-тест, %	$14,2 \pm 1,7$	$16,4 \pm 1,23$
ЦИК, ед	$26,13 \pm 2,79$	$48,36 \pm 9,9^*$
IgG, г/л	$9,03 \pm 0,46$	$8,68 \pm 0,67$
IgM, г/л	$0,87 \pm 0,07$	$0,76 \pm 0,05$
IgA, г/л	$0,85 \pm 0,1$	$0,77 \pm 0,05$
Эозинофилы, $I \cdot 10^9$	$0,21 \pm 0,04$	$0,23 \pm 0,03$
Моноциты, $I \cdot 10^9$	$0,34 \pm 0,05$	$0,4 \pm 0,06$

* – достоверные различия с показателями здоровых

Таким образом, развернутое иммунологическое исследование дает полную информацию врачу о состоятельности иммунной системы, нацеливает на поиск причин возникающих нарушений, предоставляет право на обоснование корригирующей терапии. Часто болеющие дети имеют в большинстве своем приобретенный иммунодефицит по клеточному звену в виде В-лимфопении, реже Т- и В-лимфопения. Это приводит к дисбалансу синтеза иммуноглобулинов при трансформации В-лимфоцитов в плазматические клетки. Увеличение уровня ЦИК в русле крови наряду с повышением НСТ-теста подтверждает наличие у детей хронических очагов инфекции.

ВЫВОДЫ

1. Среди организованных детей дошкольного возраста выявлен высокий уровень патологической пораженности с возникновением наиболее распространенных очагов инфекции в полости рта и рото-носоглотке, что сопровождается отчетливыми клиническими проявлениями хронической гипоксии, интоксикационного синдрома. На основе полученного материала сформированы группы риска по преобладающей патологии для углубленного параклинического обследования и ранней диспансеризации.

2. В группе ЧБД установлены дефекты клеточного и гуморального иммунитета, отмечена корреляция иммунологических и клинических данных: наличие хронического очага сопровождается повышением содержания ЦИК, НСТ-теста на фоне стойкой В-лимфопении.

3. В целях повышения эффективности методов оздоровления детей целесообразно создание в детских учреждениях санаторных и реабилитационных групп.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные аспекты частой респираторной заболеваемости у детей /Обзор информ. НПО "Союзмединоформ". Серия "Педиатрия". М., 1989. № 3.
2. Сергеева К.М., Ганичева Е.И., Сиротенко Е.А. Острые респираторные заболевания у детей. Л.: Медицина, 1979. 184 с.
3. Альбицкий В.Ю. Образ жизни и состояние здоровья детей дошкольного возраста // Здравоохран. Рос. Федерации. 1985. № 12. С. 12-15.
4. Празников В.П. Закаливание детей дошкольного возраста. Л.: Медицина, 1988. 224 с.
5. Неспецифическая профилактика респираторных заболеваний в педиатрии / Обзор информ. НПО "Союзмединоформ". Серия "Педиатрия". М., 1990. № 1.