степени риска по развитию заболеваний органов дыхания.

В соответствии с поставленной целью были изучены факторы риска по высокой заболеваемости острой патологией органов дыхания и сформированы соответственно группы высокого и низкого риска. Группу высокого риска составили 42 ребенка и группу низкого риска – 46 детей. Возраст обследованных колебался от 1 года до 7 лет. В работе были использованы методы клинических, функциональных и иммуноцитологических исследований.

В результате проведенных исследований, была установлена прямая зависимость величины и характера структурно-функциональных сдвигов в системе МФЗ слизистой оболочки ВДП от степени риска, были выявлены достоверные различия по ряду изучаемых показателей. У детей с высоким и низким риском развития острых болезней дыхательной системы показатели общей цитограммы достоверно не отличались по составу, количеству и соотношением клеточных элементов ВДП. Парциальные цитограммы цилиарного эпителия (ЦЭ) у детей с высокой степенью риска отличались более высокими значениями цитопатологических показателей, включая средний показатель деструкции (СПДЦЭ), индекс цитолиза, индекс метаплазии, индекс вакуолизации, индекс мукоцилиарных нарушений (ИМЦН). При высокой степени риска в парциальных цитограммах нейтрофилов (Н) определяли большие значения индекса деструкции (ИДН), среднего показателя деструкции (СПДН), индекса вакуолизации (ИВН), индекса фагоцитоза (ИФН), дифференцированных цитограмм деструкции (ДЦДН) II-го типа с правильным характером распределения клеток, нуклеограмм, с дисрегенеративными сдвигами, повышение активности миелопероксидазы (МПОН).

У детей с высоким риском определяли снижение двигательной функции ЦЭ (ДФУЭ), замедление мукоцилиарного транспорта и нарушение эндоназального клиренса.

Следовательно, выявленные нарушения системы местных факторов защиты слизистой оболочки верхних дыхательных путей у детей дошкольных образовательных учреждений находятся в прямой зависимости от степени риска в развитии острой патологии органов дыхания и являются взаимообусловленными процессами по клинико-патогенетической сущности.

Структура показателей здоровья у детей дошкольных образовательных учреждений

Климкина Т.Н., Осин А.Я.
Владивостокский государственный медицинский университет, Дальневосточный государственный университет

Цель этого исследования заключалась в изучении структуры показателей здоровья у детей дошкольных образовательных учреждений (ДОУ).

Для решения поставленных задач нами было обследовано 642 ребенка из детских образовательных учреждений. Возраст их колебался от 1 года до 7лет. Из них в возрасте 1-3 лет было 322 ребенка и 3-7 лет – 320 детей. Все обследованные дети были разделены по группам здоровья, уровню заболеваемости и группам риска по острой патологии органов дыхания.

В результате комплексной оценки состояния здоровья детей I-я группа здоровья была установлена у 21,1 –21,6 % , II-я – у 47,2 – 49,7 % и III –я группа здоровья - у 29, 2- 31, 2% обследованных. Интегральная оценка состояния здоровья детей проводилась по среднему показателю здоровья (СПЗ) , предложенному А. Я. Осинным (1988). В группе детей 1-3 лет величины СПЗ составили 2,08 ± 0, 02, а в группе детей 3-7 лет СПЗ достигали 2,10 ± 0,02 ($p>0,05$).

После комплексной оценки состояния здоровья все обследованные в зависимости от показателей заболеваемости острой патологией органов дыхания были разделены на группы детей с низким, средним и высоким уровнем заболеваемости. С этой целью был использован центильный метод , который позволил провести градацию показателей заболеваемости по числу случаев болезни на 3 уровня: P0-25 (низкий уровень), P26-75 (средний уровень) и P76-100 (высокий уровень).В результате проведенного анализа было установлено, что низкий уровень заболеваемости (P0-25)определялся у 18-19 % детей, средний уровень (P26-75) – у 44-45% и высокий уровень (P76-100) – 35-38% обследованных.

Структура острой патологии органов дыхания была представлена преимущественно ОРЗ (89,5- 90,3%), значительно реже – острыми бронхитами (8,1-9,1%) и в отдельных случаях – острой пневмонией (1,4-1,6%).

Факторы риска изучали по методике определения относительного и атрибутивного риска (ОР и АР), рекомендованной ВОЗ (Женева, 1984). Из 106 было выделено 18 наиболее информативных признаков со значениями АР более 1,0. На основании правил простого ранжирования величин АР было выделено 4 уровня прогностической их значимости.

Группу высокого риска составили 22 (54,2%) ребенка 1-3 лет и 20 (47,6 %) детей 3-7 лет, а группу низкого риска- 22 (47,8%) ребенка 1-3 лет и 24 (52,2%) ребенка 3-7 лет.

Следовательно, изучение структуры здоровья у детей ДОУ позволило выявить особенности групп здоровья, уровня заболеваемости , групп риска и их взаимосвязи.

Реакции клеток воспаления периферической крови при рецидивирующеем бронхите у детей

Козлова М.А., Осин А.Я.
Владивостокский государственный медицинский университет

Цель настоящего исследования состояла в изучении характера реакций клеток воспаления периферической крови, происходящих в течение рецидивирующего бронхита (РБ) у детей.

Для этого нами было обследовано 75 детей с рецидивирующим необструктивным бронхитом и 60 детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом (РОБ) в возрасте 3-7 лет. Диагноз заболевания устанавливался по общепринятым критериям (Москва, 1996). Характер реакций клеток воспаления периферической крови устанавливали на основании изменений состава лейкоцитов в динамике течения РБ (период рецидива, период стихания рецидива, межрецидивный период). Исследования лейкоцитов проводились по общепринятым в лабораторной практике методикам.

Полученные результаты исследований позволили установить фазовый характер реакций клеток воспаления в динамике патологического процесса.

В разгар заболевания, чаще на 3-5 день наблюдалась нейтрофильная реакция сопровождающаяся увеличением числа нейтрофилов (Н) в относительных (%) и абсолютных (1х10 9/л) величинах. На 5-7 день с начала обострения у большинства пациентов отмечалась моноцитарная реакция с повышением относительных (%) и абсолютных (1х10 9/л) величин моноцитов (М). Стихание остроты патологического процесса на 2-ой неделе (8-14-й день) характеризовалось наличием лимфоцитарной реакции с повышенным уровнем числа лимфоцитов (Лф) в относительных (%) и абсолютных (1х10 9/л) их значениях. В конце 2-й и начале 3-ей недели (на 12-15-й день) у значительной части больных выявлялась относительная (%) и абсолютная (1х10 9/л) эозинофилия. Следовательно, фазовый характер изменений состава клеток воспаления периферической крови у детей с РБ заключался в последовательной смене нейтрофильной, моноцитарной, лимфоцитарной и эозинофильной реакций. Существенных различий в характере клеточного реагирования крови у больных РНБ и РОБ не выявлялось. Полученные данные указывают на защитнокомпенсаторное значение выявленных типов реакций клеток воспаления, которые расширяют представление о патогенезе РБ и могут использоваться для мониторинга его течения.

Показатели стадий эндогенной интоксикации при пищевых токсикоинфекциях

Маржохова М.Ю., Афашагова М.М.
Кабардино-Балкарский госуниверситет, Нальчик

В качестве основного критерия, определяющего тяжесть и прогноз инфекционных заболеваний, в настоящее время часто используют содержание в биологических жидкостях организма веществ низкой и средней молекулярной массы (ВН и СММ), как показателей эндогенной интоксикации. Это касается и пищевых токсикоинфекций (ПТИ) – группы самых распространенных кишечных инфекций. Однако при интерпретации полученных результатов возникают некоторые трудности в их оценке, т.к. они представляют собой довольно обширный цифровой материал. С целью увеличения информативности полученных данных были введены коэффициенты К1 и К2.

При острых патологических процессах выявлены закономерные фазы развития эндогенной интоксикации, заключающиеся в количественном нарастании и перераспределении ВН и СММ между плазмой и эритроцитами. К1 равен отношению концентрации ВН и СММ в плазме крови к концентрации ВН и СММ эритроцитов – показатель распределения изучаемых веществ между белками крови и гликокаликсом эритроцитов. В норме К1= 0,5±0,02 усл.ед. К2 равен отношению концентрации ВН и СММ в моче к сумме концентраций в плазме крови и эритроцитах – характеризует процесс элиминации токсинов почками. У здоровых К2±0,4 усл.ед. Опираясь на литературные данные и собственные исследования развитие эндогенной интоксикации мы разделили на 4 стадии: 1-я – стадия компенсации; 2-я стадия накопления токсинов; 3-я- стадия декомпенсации и 4-я – стадия необратимых изменений.

Целью работы явилась оценка стадий эндотоксикоза в периоде разгара у больных ПТИ путем изучения содержания ВН и СММ в плазме крови, эритроцитах и моче и вычисления коэффициентов интоксикации К1 и К2.