

($r = 0,37$, $P < 0,001$) и возраста ($r = 0,12$, $P < 0,001$), и не зависит от роста военнослужащих ($r = 0,03$, $P > 0,05$).

Наилучшие показатели адаптации имеют военнослужащие с содержанием жира в организме 12–18%. У лиц с различным сроком службы показатели АП существенных различий не имеют.

Таким образом, путем оптимизации фактического питания военнослужащих можно добиться их скорейшей адаптации к условиям военной службы.

КАУЗАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАК НАПРАВЛЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Глазко С.С., Глебов М.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра военной эпидемиологии и военной гигиены

Научный руководитель – Белоногов И.А.

Своевременность устранения конкретных причин заболеваний военнослужащих составляет ключевой момент в предупреждении их новых случаев в реальных условиях воинской части. Оперативное реагирование на возникновение санитарного неблагополучия и связанных с ним заболеваний, выявление «в реальном масштабе времени» и устранение причинного фактора чаще всего находятся в компетенции и возможностях сил самой воинской части, а первополучателем исходной информации, необходимой для организации и проведения профилактических мероприятий, как правило, является врач воинской части, принимающий больного. Между тем значение такой информации как сигнальной часто недооценивается, а потому получаемые данные используются в недостаточной мере, бессистемно и в основном при подготовке периодических докладов и отчетов.

Ежедневный систематизированный сбор детальных анамнестических данных об обстоятельствах и причинах возникновения заболеваний с текущим обобщением сведений, проверкой на местах и докладом командованию для срочного принятия соответствующих мер – одна из наиболее доступных форм увеличения вклада медицинской службы в предупреждение заболеваний, связанных с влиянием неблагоприятных условий военной службы. Из этого следует, что в работе войскового звена медицинской службы особое внимание необходимо уделять проведению анализа причин и обстоятельств (каузальный анализ) возникновения экзогенных заболеваний. В отличие от причинно-следственного анализа заболеваемости, проводимого ретроспективно и дающего в значительной мере обобщенные сведения, каузальный анализ позволяет предельно конкретизировать профилактическую работу, делает ее оперативной и более целенаправленной.

В каузальном анализе объединяются два направления каждодневной работы войскового врача – лечебное и профилактическое. Наряду с диспансеризацией, здесь, а не в попытках навязать гарнизонным специалистам лечебного профиля выполнение элементов санитарно-эпидемиологического надзора, получают свое воплощение призывы к объединению этих фундаментальных начал медицины во врачебной практике.

Признание необходимости повышения роли аналитического аспекта гигиенической работы в воинской части требует формирования методических подходов к его реализации. В качестве таковых могут быть использованы составленные по гигиеническим рекомендациям схемы опроса больных и изучения на месте условий, приведших к заболеваниям. В основу такой схемы логично было бы включить блоки основных причин, отнесенных к группам «недостатки материальных условий службы и быта» и «недостатки организации службы и быта», что облегчит задачу определения существа и обстоятельств возникновения санитарного неблагополучия и лиц, ответственных за невыполнение требований к охране здоровья военнослужащих.

Таким образом, дальнейшее развитие методических приемов каузального анализа заболеваний у военнослужащих должно опираться на гигиенические регламенты основных видов

военно-профессиональной деятельности, необходимость создания которых подтверждается практикой санитарно-эпидемиологического надзора в Вооруженных Силах. Реализация таких исследовательских принципов в войсковой медицинской практике позволит преодолеть негативное отношение войсковых врачей к первичной профилактике заболеваний и способствовать сохранению и укреплению здоровья военнослужащих.

МЕХАНИЗМЫ ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА В КРОВИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ В ПЕРИОД ОЖОГОВОГО ШОКА

Глуткин А.В., Ковальчук Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Ковальчук В.И.

Ожоговый шок представляет собой патологический процесс, который развивается при обширных термических повреждениях тканей, длящийся в зависимости от площади и глубины поражения, а также своевременности и адекватности лечения 72 часа и более, проявляется нарушениями микроциркуляции, гемодинамики, водно-электролитного равновесия, функции почек, желудочно-кишечного тракта и нарушениями психо-эмоциональной сферы [Лавров В.А., Виноградов В.Л., 2000]. Дисфункция ведущих регуляторных систем организма вызывает возникновение в раннем послешоковом периоде разнообразных дезадаптационных синдромов и инфекционных осложнений, обусловленных проявлениями гипоксии и синдрома эндогенной интоксикации [Самойленко Г.Е. и др., 2001]. Глубина поражения газообменных функций лёгких отчётливо коррелирует с тяжестью ожоговой травмы и сроками начала респираторной крови степень нарушений кислородтранспортной функции может служить критерием напряжения компенсаторных сил организма и является показанием к проведению активной респираторной терапии [В.М. Егоров и др., 1999]. Целью данной работы явилось изучение механизмов кислородтранспортной функции крови у детей в период ожогового шока.

На базе клиники детской хирургии УЗ «ГОДКБ» были обследованы больные, средний возраст которых составил $16,20 \pm 2,56\%$ (в месяцах) в период ожогового шока. У всех пациентов на момент получения термической травмы отсутствовали какие-либо интеркуррентные заболевания. В исследования не включали детей, получивших острое отравление продуктами горения и угарным газом, ожог дыхательных путей, химические ожоги или электротравму, а также ожог в комбинации со скелетной или черепно-мозговой травмой. Все исследованные получали травму только кипятком. В зависимости от возраста, механизма поражения, площади и глубины поражённого участка выставляли клинический диагноз. Значения газовых показателей: парциального давления кислорода (pO_2), парциального давления диоксида углерода (pCO_2) и отрицательного десятичного логарифма концентрации водородных ионов (рН) в исследуемых пробах (0,185 мл) крови измеряли на микрогазоанализаторе ABL-800 Flex фирмы «Radiometr». Их реальные значения, т.е. с учётом температуры тела, а также показатели кислотно-основного состояния: рН, реальный избыток или дефицит буферных оснований (АВЕ), концентрация гидрокарбонатных ионов (HCO_3^-), общее содержание диоксида углерода в крови (TCO_2), концентрация стандартного бикарбоната (SBC). Расчёты, статистическая обработка и визуализация полученных данных выполнялись на персональном компьютере с помощью прикладных программ.

Средняя площадь поражённого участка – $16,20 \pm 1,69\%$. Все больные с ожоговым шоком поступали в отделение интенсивной терапии. Трое больных поступали с I степенью ожогового шока, двое – II степенью. Со стороны механизмов транспорта кислорода наблюдается уменьшение таких показателей, как напряжение кислорода в крови, степени насыщения кислорода в крови, содержания кислорода в крови, и другие, что свидетельствует о развитии гипоксии. Также, судя по кислотно-основным показателям отмечаются признаки компенсированного метаболического ацидоза.