

рованной соли, других продуктов питания, обогащенных йодом, имеется ли йодированная соль в их домашнем хозяйстве.

Опрос осуществлялся методом случайной выборки. Всего было опрошено 126 человек в возрасте от 18 до 22 лет.

Результаты исследования показали, что большинство лиц молодого возраста знают о проблеме йододефицита — 86%, но при этом 46,2% никогда ранее не связывали ее с зоной своего проживания.

Основным проявлением недостатка йода в организме большинство опрошенных считают зоб (увеличение щитовидной железы) — 80%. О нарушениях умственного развития детей, других йододефицитных заболеваний знают 18% опрошенных, 2,6% затруднились ответить. Регулярно употребляют продукты питания с повышенным содержанием йода 15% респондентов, а 30% периодически используют йодированную соль.

Уровень экологической информированности студентов первого курса, в том числе о проблеме йододефицита можно рассматривать как отражение общего уровня информированности населения Мозырского региона о существующей проблеме йодной недостаточности. Но в процессе обучения в университете он повышается, что говорит о

необходимости постоянно вести разъяснительную работу и среди населения.

Информация о производстве, коммерческая реклама, в том числе и в СМИ формируют общий уровень информированности населения, но он носит пассивный характер.

Повышение потребительского спроса на йодированную соль зависит от формирования у населения устойчивых ориентиров на преодоление йодной недостаточности, понимания того, что это поможет избежать многих болезней, вызванных йододефицитом, в том числе защитит детей от развития умственной отсталости и т.д.

Чтобы достичь этих целей необходимо использовать непрерывность и взаимосвязь всех звеньев образовательного процесса по вопросам экологической безопасности и преодоления йодной недостаточности у населения региона.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Де Линг, С. Ридер-Вилстайн.* Покончить с йодной недостаточностью. Сейчас и Навсегда. Перевод: Кулиев С.А. — М.: МСКИДЗ, 1997 — С. 3–80.
2. 20 лет на соляном рынке ОАО «Мозырьсоль». — Инф. бюл. — 2002. — № 1 — С. 6.
3. Bull. World Health Organization. — 1997. — Vol. 75. — № 2. — P. 95–97.

*Поступила 20.04.2005*

УДК 616.995.132.8 – 053.4: 373.2

## СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЭНТЕРОБИОЗА У ДЕТЕЙ, ПОСЕЩАЮЩИХ ДОШКОЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ Г. ГОМЕЛЯ

Е.М. Бутенкова

Гомельский государственный медицинский университет

Изучены социально-бытовые факторы риска энтеробиоза у детей, посещающих дошкольные учреждения г. Гомеля. Наиболее значимыми факторами, увеличивающими риск заражения остирицами, являются возраст ребенка больше 2 лет, количество детей в семье — 2 и больше, совместное проживание детей в детской комнате, а также факторы гигиенического воспитания: невыполнение правил пользоваться отдельным полотенцем, мыть руки перед едой и использовать кипяченую воду для питья.

Ключевые слова: энтеробиоз, факторы риска, эпидемиология энтеробиоза.

## SOCIAL RISK FACTORS OF ENTEROBIASIS AT CHILDREN VISITING PRESCHOOL ESTABLISHMENTS OF GOMEL

E.M. Butenkova

Gomel State Medical University

Social risk factors of enterobiasis at children visiting preschool establishments of Gomel are investigated. The most significant factors increasing risk of pinworm infection are the age of the child of more than 2 years, quantity of children in family — 2 and more, living together of children in a children's room, and also factors of hygienic education: default of rules to use an individual towel, to wash hands before meal, and to use boiled drinking water.

Keywords: enterobiasis, risk factors, epidemiology of enterobiasis.

Важнейшим этапом в разработке мер профилактики инфекционных болезней является оценка и выделение наиболее значимых факторов риска заболевания. В случае энтеробиоза большую роль в эпидемиологии имеют экзомикроочаги этой инвазии — семьи дошкольников, оказывающие влияние на эпидемическую ситуацию в эндомикроочагах — отдельных группах дошкольного учреждения, и в свою очередь, на эпидемическую ситуацию во всем дошкольном учреждении в целом. Поэтому представляет интерес изучение социально-бытовых факторов энтеробиоза в семьях детей-дошкольников. Целью настоящего исследования было изучение и выделение наиболее значимых социально-бытовых факторов риска энтеробиоза у городских детей-дошкольников Гомельского региона в современных условиях.

С этой целью в декабре 2003 г. было обследовано 320 детей, посещающих типовые детские сады г. Гомеля. Из них 163 мальчика и 157 девочек в возрасте от 1 до 7 лет. Обследование на энтеробиоз было проведено модифицированным методом липкой ленты (патент ВУ 1655) 3-кратно. По результатам паразитологического обследования дети были разбиты на 2 группы: основную, которую составили дети с выявленной энтеробиозной инвазией ( $n = 73$ ), и группу сравнения, в нее были включены те, у кого энтеробиоз не был выявлен ( $n = 247$ ). Информация о частоте встречаемости наиболее вероятных социально-бытовых факторов риска энтеробиоза в выделенных группах детей была получена путем анкетирования родителей обследованных детей с помощью специально разработанной анкеты. Для количественной оценки факторов риска энтеробиозной инвазии были вычислены прогностические коэффициенты и информативность [1] с использованием следующих формул:

$\text{ПК} = 100 \lg (P_1/P_2), I = \text{ПК} \cdot 0,5 (P_1 - P_2)$ ,  
где: ПК — прогностический коэффициент,  $P_1$  — встречаемость градации фактора риска среди здоровых,  $P_2$  — встречаемость градации фактора риска среди больных энтеробиозом,  $I$  — информативность градации фактора.

Знак « $-$ » перед прогностическим коэффициентом обозначает неблагоприятное воздействие градации фактора на вероятность заболевания (увеличивает вероят-

ность энтеробиоза), а знак « $+$ » обозначает благоприятное воздействие (уменьшает вероятность энтеробиоза). Общая информативность фактора вычислялась путем суммирования информативности отдельных градаций. Наиболее значимыми считали факторы с информативностью более 2,5.

Анализ полученных данных выявил различия между выделенными группами по следующим показателям. Мальчиков в основной группе было больше, чем в группе сравнения (60% и 48% соответственно,  $p = 0,036$ ). Возрастные различия касались только 1–2-летних детей: в основной группе их было 4%, достоверно меньше, чем в группе сравнения — 17% ( $p = 0,027$ ).

61% детей основной группы имели братьев или сестер, в группе сравнения таких детей было 45% ( $p = 0,009$ ). В связи с этим между группами определялись различия и в численном составе семей обследованных детей. Членами семьи из 4 человек являлись 50% детей основной группы и 38% детей группы сравнения ( $p = 0,035$ ), а членами семьи из 3 человек — 33% детей основной группы и 45% детей группы сравнения ( $p = 0,036$ ).

Выявлено, что как в основной, так и в группе сравнения большинство детей и члены их семей проживали в отдельных квартирах ( $p > 0,05$ ). А вот факт проживания в общежитии чаще встречался в основной группе (6%), чем в группе сравнения (2%,  $p = 0,04$ ). Различия в жилищных условиях между изучаемыми группами также касались количества жилых комнат. Среди детей основной группы проживание в 3-комнатной квартире встречалось чаще (48%), чем в 2-комнатной (35%), а среди детей группы сравнения, наоборот, чаще встречалось проживание в 2-комнатной квартире (49%), чем в 3-комнатной (33%) (различия между группами достоверны,  $p < 0,05$ ). Эти, казалось бы, парадоксальные различия объясняются следующим фактом: 47% детей основной группы делили детскую комнату с братом или сестрой, в группе сравнения таких детей было 29% ( $p = 0,002$ ); не имели детской комнаты 36% детей основной группы и 51% детей группы сравнения ( $p = 0,014$ ).

При изучении санитарно-гигиенических факторов риска между изучаемыми группами были получены следующие различия. Имеют перебои в водоснабжении

60% семей основной группы и 47% семей группы сравнения ( $p = 0,029$ ). В баню водят своих детей 33% родителей основной группы и 19% родителей группы сравнения ( $p = 0,012$ ). Дома у 20% детей основной группы и у 11% детей группы сравнения встречаются тараканы ( $p = 0,024$ ). Почти всегда моют руки перед едой 31% детей основной группы и 46% детей группы сравнения ( $p = 0,017$ ). Не всегда пользуются отдельным полотенцем в семье 44% детей основной группы и 26% детей группы сравнения ( $p = 0,02$ ). При этом имеют общие полотенца 6% семей основной группы и 14% семей группы сравнения ( $p = 0,035$ ). Безусловно, последний фактор является неблагоприятным, увеличивающим риск энтеробиоза в семье, несмотря на полученный результат. Следует отметить, что в изученной выборке только 10 из 35 детей,

пользующихся общими полотенцами в семье, имели братьев или сестер в возрасте от 3 до 10 лет, т.е. имели потенциальный риск заражения остицами. Кипяченую воду для питья своего ребенка чаще используют родители группы сравнения (94%), чем родители основной группы (84%,  $p = 0,004$ ), а некипяченую из-под крана, наоборот, чаще используют родители основной группы (7%), чем родители группы сравнения (2%,  $p = 0,017$ ).

Группы также отличались по частоте выездов детей на оздоровление. На оздоровление летом выезжали 31% детей основной группы и 15% детей группы сравнения ( $p = 0,004$ ), а осенью — 4% основной группы и 12% детей группы сравнения ( $p = 0,042$ ).

Для количественной оценки факторов риска энтеробиоза рассчитаны их информативность и прогностические коэффициенты (табл. 1).

Таблица 1

**Информативность и прогностические коэффициенты наиболее значимых факторов риска энтеробиоза у детей, посещающих дошкольные учреждения г. Гомеля**

Фактор	Градация фактора	ПК	I	I фактора
Возраст ребенка	1–2 года	57,86	3,36	4,27
	3 года	4,28	0,04	
	4 года	-9,60	0,26	
	5 лет	-13,08	0,61	
	6 лет и больше	-1,25	0	
Пользуется ли ребенок отдельным полотенцем	да, всегда	6,77	0,29	3,98
	не всегда	-21,95	1,90	
	нет, полотенца общие	40,77	1,79	
Выезды ребенка летом	на оздоровление	-32,21	2,61	3,56
	на отдых	15,63	0,92	
	не выезжал	2,37	0,03	
Количество детей в семье	1	15,49	1,29	3,28
	2	-16,33	1,46	
	3	24,99	0,27	
	4	-52,82	0,26	
Наличие отдельной комнаты для ребенка	имеется	6,33	0,08	3,16
	ребенок делит детскую комнату с братом или сестрой	-20,93	1,89	
	нет детской комнаты	15,52	1,19	
Какая вода используется для питья ребенка	кипяченая	4,75	0,23	2,90
	из-под крана не кипяченая	-53,79	1,34	
	фильтрованная	-42,88	1,33	
Выезды ребенка осенью	на оздоровление	52,5	2,24	2,68
	на отдых или с другой целью	-28,87	0,38	
	не выезжал	-2,48	0,06	
Выполнение правила мыть руки перед едой	всегда	-10,22	0,57	2,64
	почти всегда	17,57	1,34	
	не всегда	-6,31	0,05	
	редко или никогда	-57,50	0,68	

В 1987–1989 гг. А.В. Маркиным было проведено похожее исследование в г. Ростове-на-Дону [2]. Как наиболее значимые им были выделены следующие факторы: размер жилой площади, приходящейся на одного человека, особенно менее 5 м<sup>2</sup>, и наличие в семье других больных энтеробиозом. По нашим данным, наиболее значимыми социально-бытовыми факторами, увеличивающими риск заражения острицами детей-дошкольников г. Гомеля, являются возраст ребенка больше 2 лет, количество детей в семье — 2 и больше, совместное проживание детей в детской комнате, а также факторы гигиенического воспитания: невыполнение правил пользоваться отдельным полотенцем, мыть руки перед едой и использовать кипяченую воду

для питья. С целью профилактики энтеробиоза выезды ребенка на оздоровление предпочтительнее осенью.

Таким образом, из социально-бытовых факторов риска энтеробиоза у детей-дошкольников г. Гомеля в современных условиях на первый план выступили факторы гигиенического воспитания в семье. Это указывает направление профилактики энтеробиоза и открывает ее перспективы, так как данные факторы являются устранимыми.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. — Л.: Медицина, 1978. — 296 с.

2. Маркин А.В. Количественная оценка факторов риска при гельминтозах // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. — 1992. — № 5–6. — С. 16–19.

*Поступила 24.03.2005*

## НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

УДК 617.52-007-089.844:616.31

### ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОЙ ТЕХНИКИ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ ЛИЦА АЛЛОГЕННЫМ КОЛЛАГЕН-ФАСЦИАЛЬНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

Ф.А. Горбачев

Белорусский государственный медицинский университет

В статье изложены показания и основные принципы проведения оперативного вмешательства с использованием предложенного нами способа контурной пластики челюстно-лицевой области. В условиях клиники кафедры челюстно-лицевой хирургии БГМУ проведено 11 операций по разработанной методике с использованием аллогенного коллаген-фасциального трансплантата с получением у большинства пациентов положительного функционально-эстетического результата.

**Ключевые слова:** аллотрансплантат, контурная пластика, коллаген, фасция.

### FEATURES OF OPERATIVE TECHNIQUE OF FACE-LIFT WITH ALLOGENOUS COLLAGEN-FASCIAL TRANSPLANT

F.A. Gorbachev, S.L. Anischenko

Belarus State Medical University

The indications, main surgical principles of the performing operation for soft tissue augmentation in maxillo-facial region and postoperative follow-up are described in the article. In clinic 11 operations using collagen-fascial allograft was carried out with positive aesthetical results.

**Key words:** allograft, collagen, fascia, soft tissue augmentation.

#### *Введение*

Проблема восстановления контуров челюстно-лицевой области в комплексном лечении больных со сложными деформа-

циями лица является одной из важных проблем в воссоздании функционально-эстетически гармоничного лица. С увеличением числа пациентов с сочетанной