

всех возрастов, входящих в первую группу здоровья, уменьшилось, а во вторую группу — увеличилось (табл. 2). Вместе с тем разница в показателях основной и контрольной групп с увеличением возраста уменьшилась.

Следовательно, преимущественное наблюдение за детьми в условиях отделения раннего возраста позволяет участковой педиатрической службе более целенаправленно и дифференцированно заниматься вопросами первичной и вторичной профилактики отклонений в состоянии здоровья этого контингента детского населения, повысить уровень совместной работы с акушерской службой по антенатальной охране плода. Деятельность акушеров и педиатров в рамках акушерско-педиатрических бригад дает возможность существенно конкретизировать взаимоотношения двух служб, ответственных за подготовку женщин к беременности и родам, рождению здорового ребенка и обеспечению качественного ухода за ним на первом году жизни. Постоянный рабочий контакт между членами бригады позволяет оперативно вносить коррективы в комплекс мероприятий по реализации перечисленных выше задач, тщательно анализировать недостатки своей работы. Это, в свою очередь, положительно отражается на уровне младенческой смертности в базовой поликлинике. Так, она снизилась с 12,6% в 1986 г. (до эксперимента) до 9,7% в 1989 г. (после проведения основных организационных мероприятий в базовой детской поликлинике), что заметно ниже районных, городских и областных показателей.

Итак, новая форма медицинского обеспечения детей первых трех лет жизни — отделение раннего возраста территориальной детской поликлиники — эффективна и может быть использована в практике детского здравоохранения. Ее применение позволяет повысить уровень профилактической работы со здоровыми детьми, улучшить качество диспансеризации групп риска и совместной работы с акушерской службой по антенатальной охране плода и в итоге добиться снижения детской заболеваемости и смертности — главных показателей здоровья подрастающего поколения.

УДК 616.33—002.44—06:579.835.12]—08

А.Н. Сошин (Йошкар-Ола). Лечение хронических гастродуоденальных язв, ассоциированных с *Helicobacter Pylori*-инфекцией

Лечение хронических гастродуоденальных язв остается одной из наиболее сложных и нерешенных проблем. Основной трудностью, которую пытаются при этом преодолеть, является их рецидивирующее течение.

В настоящее время основными направлениями медикаментозной терапии язвенной болезни являются снижение интрагастральной кислотности и санация гастродуоденальной слизистой от *Helicobacter Pylori*. Лечение, направленное на уничтожение *Helicobacter Pylori*, позволяет свести частоту рецидивов почти к нулю при условии успешного их подавления.

Базисным средством медикаментозной терапии является коллоидаль-субцитрат висмута в сочетании с одним или двумя антибиотиками. Последние свое действие в отношении инфекции реализуют главным образом местно, а де-нол в результате связывания с белками дна язв образует нерастворимое защитное покрытие. Их

действие на возможно большей поверхности инфицированной гастродуоденальной слизистой можно добиться с помощью лечебной эндоскопии.

Мы использовали в качестве аппликации на язвы луковицы двенадцатиперстной кишки и слизистой оболочки желудка суспензию из де-нола (3-4 таблетки), оксациллина (1 г), метронидазола (1 г) и 96° этилового спирта (10-15 мл). Местное лечение заключалось в орошении дна язвенного дефекта, слизистой пилороантрального отдела и тела желудка до полной эпителизации язвы. Предварительно при помощи электроотсоса через канал фиброгастроскопа эвакуировали содержимое желудочного «озерка».

Под наблюдением находились 32 пациента в возрасте от 21 года до 65 лет с длительным язвенным анамнезом (от 3 до 20 лет) и частыми рецидивами. Всем больным проводили множественную биопсию для исключения злокачественного характера патологического процесса в желудке, для оценки состояния слизистой вокруг язвы, а также для выявления бактерии *Helicobacter Pylori* гистологическим методом до и в процессе лечения.

Процент уничтожения бактерии в течение первой недели достигал 90-95, а сроки рубцевания сократились в 1,5 раза. Лечебная эндоскопия входила в комплекс общепринятого курса противоязвенной терапии.

Таким образом, рациональное использование современных препаратов, направленное на санацию слизистой оболочки, инфицированной *Helicobacter Pylori*, позволяет успешно лечить обострение язвенной болезни как в стационарных, так и в поликлинических условиях.

УДК 616.711—001.1—02:616.34—007.272—053.2—09

В.И. Морозов, Н.Г. Филиппова (Казань). Случай функциональной кишечной непроходимости у ребенка с травмой позвоночника

В приемный покой ДМЦ г. Казани была доставлена больная Б., 12 лет, с жалобами на приступообразные боли в животе, многократную рвоту, вздутие живота. Заболела остро.

При осмотре: температура — 36,5°C, общее состояние средней тяжести; сознание ясное; кожные покровы сухие; язык обложен белым налетом; частота пульса — 120 уд./мин. Живот симметричен, в акте дыхания участвует ограниченно, напряженный и болезненный при пальпации, в нижних отделах вздут. Симптом Шеткина-Блюмберга отрицательный. Накануне больная была выписана на амбулаторное лечение из травматологического отделения БСМП с диагнозом: компрессионный перелом VII грудного позвонка. В БСМП поступила в день получения травмы. После установления диагноза была наложена гипсовая повязка-корсет.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости: газовый пузырь перерастянут, большой горизонтальный уровень жидкости. Справа от позвоночника второй горизонтальный уровень соответствует двенадцатиперстной кишке. Последняя значительно растянута.

Больная госпитализирована в хирургическое отделение. На 2-е сутки: состояние тяжелое, глаза несколько запавшие, кожа и слизистые бледные. Живот значительно увеличен в размерах, напряженный, умеренно болезненный, вздут преимущественно верхний этаж. Повторная рентгенограмма показала ту же картину. После перево-