

на протяжении месяца находилась на обследовании и лечении по поводу анемии неясной этиологии. Больной себя считает в течение 2 лет. Периодически получала симптоматическое лечение в районной больнице. Моменты ухудшения состояния (усиление слабости, потливость, головокружение, сердцебиение объяснялись обострениями (?) малокровия, а появившиеся более года назад приступы тошноты, рвоты, чувство инородного тела в желудке, тяжести в нем — наступившей в то время беременностью.

Роды не принесли облегчения в состоянии больной. Приступы слабости, головокружения, тошноты периодически повторялись. К тому же вскоре после родов у М. появился черного цвета стул. Мелена и послужила причиной направления больной в клиническое учреждение для обследования.

В ходе поисков причин анемии ( $Hb$  — 0,62 ммоль/л, эр.  $2,8 \cdot 10^{12}$  в 1 л, тромбоц.  $250 \cdot 10^9$  в 1 л, цв. показатель — 0,7;  $CO_2$  — 43—54 мм/ч) у больной при рентгенологическом обследовании желудка обнаружен округлой формы дефект наполнения до 5 см в диаметре с довольно четкими контурами (см. рис.). Общая кислотность желудочного сока составляла 60 ммоль/л, свободная  $HCl$  — от 0 до 40 ммоль/л. Реакция Грегерсена резко положительна.

Была заподозрена доброкачественная опухоль желудка, осложненная кровотечением, и больная 20/XI 1973 г. прооперирована (Ю. А. Башков). Наряду с опухолью, расположенной в теле желудка на его передней стенке и захватывающей всю толщину последней, определились увеличенные лимфоузлы в малом сальнике и по ходу воротной вены. Произведена субтотальная резекция желудка в модификации Гофмейстера — Финстера с обоими сальниками и удалением регионарного лимфатического аппарата.

Макропрепарат: опухоль имеет вид отграниченного узла, плотного наощупь, серовато-розового цвета на разрезе. Размеры ее в поперечнике  $4,0 \times 5,0$  см, высота — 2,0 см. Слизистая в центре опухоли изъязвлена.

Патогистологическое заключение (предварительное): гломусная опухоль (?) желудка, удалена в пределах здоровых тканей. Лимфоузлы без особенностей. Сальник не изменен. Не исключается опухоль карциноидного характера.

Так как сомнения в принадлежности новообразования к карциноиду или к опухоли Барре — Массона не удалось разрешить, препараты были направлены для консультации в Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена. Заключение патологоанатомического отделения МНИОИ: карциноид желудка, частью трабекулярного, а частью аденоидного строения.

Послеоперационный период у больной протекал без осложнений, и через 2 нед она была выписана. На протяжении 3 лет систематически приезжала для контрольного осмотра. Каких-либо жалоб не предъявляла, состояние было хорошим. Анемия отсутствовала, как отсутствовали и все имевшиеся ранее неприятные ощущения субъективного характера.

Спустя 5 лет после операции М. чувствует себя хорошо, работает, как и прежде, фельдшером в районной больнице. Жалоб нет. При обследовании рецидива опухоли или метастазов не выявлено.



Рентгенограмма желудка больной М. Дефект наполнения округлой формы в теле желудка.

УДК 616—08—039.71

### Б. Х. Ахметова, А. Б. Кильдияров, В. А. Павленков (Уфа). Эффективность диспансеризации терапевтических больных

Мы изучили эффективность диспансеризации больных по пятигруппной системе цеховыми терапевтами одного из заводов Уфы в 1975—1977 гг. В работе была использована методика, предложенная Г. А. Поповым и П. П. Петровым (1976).

Установлено, что охват диспансеризацией первичных больных при различных заболеваниях растет неравномерно. Так, диспансеризация больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 100%, больных сердечно-сосудистыми заболеваниями — 94%, а больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких — лишь 73%. Своевременность обследования выявленных больных в 1975 г. составила 74%, а в 1977 г. — 84%; число активных посещений цехового терапевта — соответственно 1,50 и 1,84; охват флюорографией грудной клетки — 84% и 92%; общий анализ крови проведен соответственно у 52% и 78% больных, общий анализ мочи — у 62% и 84%, исследование крови на липиды — у 42% и 68%; электрокардиографическое исследование выполнено у 44% и 72% больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, определение силовых кислот и С-РБ — у 62% и 88% больных коллагенозами, рентгеноскопия желудка — у 53% и 87% больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

В медсанчасти завода внедрено этапное лечение (стационар — санаторий — профилакторий — поликлиника).

Число диспансеризованных больных в медсанчасти ежегодно увеличивается. Если в 1975 г. на 100 работающих приходилось 8,07 диспансеризованных больных, то в 1977 г. — 9,7. В среднем один цеховой терапевт в 1975 г. курировал 121 диспансеризованного больного, а в 1977 г. — 186. В 1977 г. по сравнению с 1975 г. число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих снизилось на 1,56, а число дней нетрудоспособности — на 27,72, или на 8,4%. В целом число дней временной нетрудоспособности терапевтических больных в 1975—1977 гг. уменьшилось на 2217 дней. Диспансеризация больных способствует не только снижению заболеваемости трудящихся, но и получению дополнительной продукции предприятием и сбережению средств социального страхования.

УДК 614.715:616.314—002—007—053.4

**Ф. К. Андаржанов, Ф. Ф. Маннанова (Уфа). Состояние зубочелюстной системы у детей раннего возраста, проживающих в условиях промышленного города**

Изучена распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний у 669 детей (356 мальчиков и 313 девочек в возрасте от 1 года до 3 лет) в 7 детских яслях г. Уфы. Проведен анализ стоматологической заболеваемости у детей, проживающих в четырех населенных районах города, расположенных на границе санитарно-защитной зоны (I зона), на расстоянии 3 км (II зона), 10 км (III зона) и 15 км (IV зона) от нефтехимических комплексов. Из числа обследованных детей у 102 (15,2%) констатировано хорошее физическое развитие, у 412 (61,6%) — удовлетворительное и у 155 (23,2%) — ухудшенное. Распространенность кариеса зубов составила соответственно  $18,6 \pm 3,5\%$ ,  $24,0 \pm 2,1\%$  и  $30,3 \pm 3,7\%$ . Различия статистически достоверно между показателями групп детей с хорошим и с ухудшенным физическим развитием ( $P < 0,05$ ). Соответственно и интенсивность поражения кариесом была равна  $3,1 \pm 0,4$ ;  $3,7 \pm 0,1$  и  $4,9 \pm 0,6$  среди детей, имеющих кариозные зубы.

У детей с хорошим физическим развитием осложненного кариеса не было, а у детей с ухудшенным физическим развитием он составлял в среднем 0,9 на одного ребенка, имеющего кариозные зубы.

Сроки прорезывания молочных зубов также зависели от степени физического развития. При хорошем физическом развитии раннее прорезывание отмечено у  $2,6 \pm 1,6\%$  детей, запоздалое — у  $1,3 \pm 1,1\%$ ; при удовлетворительном — соответственно у  $1,7 \pm 0,6\%$  и у  $3,5 \pm 0,9\%$  детей. При ухудшенном физическом развитии запоздалое прорезывание зубов наблюдалось у  $15,6 \pm 2,9\%$  детей ( $P < 0,001$ ).

Зубочелюстные аномалии выявлены у 381 ребенка (56,9%). В группе детей с хорошим физическим развитием они установлены в  $46,1 \pm 4,9\%$ , с удовлетворительным — в  $54,8 \pm 2,4\%$ , с ухудшенным — в  $69,7 \pm 3,7\%$ .

Зубочелюстные аномалии встречаются существенно чаще у мальчиков ( $68,0 \pm 2,5\%$ ), чем у девочек ( $44,4 \pm 2,8\%$ ), независимо от степени физического развития ( $P < 0,001$ ). Между отдельными видами зубочелюстных аномалий и степенью физического развития корреляции не обнаружено.

Распространенность кариеса зубов среди детей, проживающих в разных районах промышленного города, оказалась неодинаковой: у детей, живущих на границе санитарно-защитной зоны (I зона), она была большей ( $33,7 \pm 3,5$ ), чем у детей, проживающих в других зонах города (во II зоне —  $19,4 \pm 3,2\%$ , в III зоне —  $23,9 \pm 3,4\%$  и в IV зоне —  $20,8 \pm 3,1\%$ ). В I зоне отмечено также наибольшее среднее количество кариозных зубов (3,6 на одного ребенка, имеющего кариозные зубы).

Частота зубочелюстных аномалий у детей, проживающих в разных жилых массивах, колебалась от  $52,2 \pm 4,0\%$  до  $64,2 \pm 3,6\%$ . Однако не выявлено зависимости частоты зубочелюстных аномалий от дислокации жилого массива по отношению к нефтехимическому комплексу.

УДК 616.315—007.254+616.317—007.254]—089:362.147

**А. 3. Ямлиханова (Казань). Опыт диспансерного наблюдения за детьми с врожденными расщелинами губы и неба**

В детском отделении стоматологической поликлиники Приволжского района г. Казани организован учет детей с расщелинами губы и неба и диспансерное наблюдение за ними. В соответствии с приказом главврачей роддомов в случае рождения ребенка с расщелинами губы или неба врачи родильных отделений направляют в поликлинику специальные листы для принятия его на диспансерный учет. На каждого взятого на учет ребенка заводят индивидуальную историю болезни. Собирают тщательный анамнез родителей, где отмечают наследственные факторы, течение беременности, выясняют наличие болезней и травм у матери в момент беременности, жилищно-бытовые условия. В последующем ребенка обследуют педиатр, отоларинголог, психоневролог, логопед. Результаты консультаций регистрируют в истории болезни. Челюстно-лицевой хирург, ортодонт и врач детского отделения совместно обследуют стоматологический статус.