

заболеваниями в условиях неблагоприятной погоды выявлены и другие функциональные изменения, в частности повышение венозного давления, снижение или увеличение потребления кислорода.

2. Из медикаментозных средств в профилактике метеотропных реакций целесообразно использовать протекторы клеточных мембран и антиоксиданты, которые способствуют улучшению аэробного окисления и гемодинамики.

3. Большая чувствительность больных сердечно-сосудистыми заболеваниями к неблагоприятной погоде требует специальных организационных мероприятий по созданию при крупных медсанчастях и поликлиниках кабинетов или отделений по борьбе с метеопатиями. Затраты на создание службы по профилактике метеопатий оправданы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андропова Т. И., Деряпа Н. Р., Соломагин А. П. // Гелиотропные реакции здорового и больного человека.— Л.— 1982.— 2. Ассман Д. // Чувствительность человека к погоде.— Л., 1966.— 3. Бокиа В. Г. // Проблема адаптации и курортное лечение.— Л., 1983.— 4. Владимирская В. М. // В кн.: Влияние солнечной активности на биосферу. М., Наука, 1982.— Т. 43.— С. 174—179.— 5. Воронин Н. М. // Основы медицинской и биологической климатологии.— М., 1981.— 6. Григорьев И. И., Парамонов И. Г., Тен М. М. // Краткое руководство по составлению медицинских прогнозов погоды.— М., 1974.— 7. Жуков А. Г., Покалев Г. М. и др. // Бюллетень сибирского отделения АМН СССР.— 1982.— № 5.— С. 27—31.— 8. Покалев Г. М., Жуков А. Г. // Охрана труда и социальное страхование.— 1983.— № 4.— С. 14—15.— 9. Черныяский В. И. // Бюллетень сибирского отделения АМН СССР.— 1982.— № 5.— С. 19—23.

Поступила 04.11.85.

УДК 616.33 / 34—057.847:362.174

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ*

З. Х. Бжассо, В. П. Булатов

*Кафедра профилактики детских болезней (зав.— доктор мед. наук О. И. Пикуза) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Задачами настоящей работы были активное выявление гастроэнтерологических заболеваний у школьников, их оздоровление путем стационарного лечения и организация диспансерного наблюдения. С этой целью был осуществлен углубленный целенаправленный осмотр 4200 детей в возрасте от 7 до 14 лет в школах Приволжского района г. Казани, что составляет 38,2% от общего числа детей школьного возраста. После осмотра и установления показаний часть детей с различными поражениями пищеварительного тракта была госпитализирована.

В стационаре, наряду с общепринятым клиническим обследованием, детям были проведены рентгенография желудочно-кишечного тракта и билиарной системы, ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря, по показаниям — эзофагогастродуоденоскопия, желудочное и многофракционное дуоденальное зондирование; в крови и порции «В» дуоденального содержимого определяли активность щелочной фосфатазы, лизоцима, трансаминаз. У 346 детей были выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта: у 42,3% — хронический гастрит, у 23,4% — гастродуоденит, у 23,8% — дискинезия желчевыводящих путей, у 12,1% — хронический холецистохолангит. Более чем у половины больных диагностирована сочетанная патология гастродуоденальной и билиарной систем, у 76,1% детей — дисфункция органов пищеварения. Кроме того, были выявлены и сопутствующие заболевания, среди которых наиболее часто устанавливались хронические очаги инфекции, так называемые простудные заболевания, острые респираторно-вирусные инфекции, энтеробиоз, лямблиоз кишечника.

Основными причинами процесса в желудочно-кишечном тракте были перенесенный гепатит и кишечная инфекция (соответственно у 24,1% и 18,3%), паразитарные заболевания и дисбактериоз (у 32%), нарушения пищевого режима и низкое качество пищи (у 41%). Наследственная предрасположенность выявлена у 38,8% обследованных.

* Доложено на заседании общества детских врачей ТАССР в январе 1986 г.

Анализ данных углубленного осмотра показал, что лишь небольшая часть (около 2%) выявленных больных находилась под диспансерным наблюдением в школах и поликлинике. Среди детей, которые, по нашему мнению, нуждались в диспансерном наблюдении, 6,2% составили группу впервые выявленных больных с указанной патологией. Согласно полученным данным, частота истинной распространенности гастроэнтерологических заболеваний по обследованному региону составляет 82 на 1000 школьников. Углубленные целенаправленные осмотры привели к увеличению более чем в 4 раза числа детей, охваченных диспансерным наблюдением в школах и поликлиниках.

Главной задачей диспансерного наблюдения за больными с гастроэнтерологической патологией является организация комплекса лечебно-профилактических мероприятий. Противорецидивное лечение детям с поражением пищеварительной системы проводилось по схеме, в которой учитывались характер, длительность заболевания, выраженность клинических проявлений. Лечение проводили 2 раза в год в весенне-осенний период в течение 4 нед без отрыва от школьных занятий. Немаловажное значение в комплексной противорецидивной терапии больных, страдающих гастроэнтерологической патологией, имела организация диетического питания в школах и дома. Следует отметить, что до настоящего исследования наблюдались довольно низкая обеспеченность диетическими местами в школьных столовых и значительные погрешности в диете в домашних условиях.

Противорецидивное лечение включало назначение минеральных вод (Ессентуки, Боржоми, Арзни, Шифалы-Су) строго в возрастной дозировке и в зависимости от характера и формы патологии. Дети получали витамины группы В, аскорбиновую кислоту, желчегонные препараты и травы, антацидные средства, а также физиотерапию.

Всем детям, находящимся под диспансерным наблюдением, рекомендовали желудочное многофракционное дуоденальное зондирование 1 раз в 3 мес в течение года после обострения заболевания, а затем 1 раз в год; проведение общего анализа крови, мочи, функциональных проб печени.

В целях оказания специализированной помощи на базе 4-й детской клинической больницы г. Казани для детей с гастроэнтерологическими заболеваниями ежегодно в летнее время организуется санаторное отделение без дополнительного развертывания коек. В этом отделении детям назначают физиотерапевтическое лечение (аппликации парафина с озокеритом, СМТ-форез с сорбитом, сернокислой магниезией, индуктотермию и пр.), фитотерапию, десенсibiliзирующие средства, ЛФК, массаж. Кроме того, им проводят санацию хронических очагов инфекции. По показаниям, после консультации с детским ЛОР-врачом у части детей была выполнена тонзилэктомия.

При наблюдении в течение 3 лет за детьми, охваченными полноценным диспансерным наблюдением, улучшение состояния или полное исчезновение симптомов заболевания отмечалось у $\frac{2}{3}$ больных, а количество рецидивов заболевания уменьшилось в 3 раза.

С помощью метода сплошного осмотра установлены следующие факторы риска развития гастроэнтерологических заболеваний: наследственная предрасположенность, перенесенные заболевания и прежде всего инфекционный гепатит, лямблиоз кишечника, паразитарные заболевания, дисбактериоз. Роль разрешающих факторов в развитии поражений играют нарушения пищевого режима и плохое качество питания как в раннем, так и в более старшем возрасте, гиподинамия, хронические очаги инфекции и др. Такие дети были взяты под диспансерное наблюдение с целью воздействия на указанные факторы.

Таким образом, диспансеризация детей с заболеваниями пищеварительной системы неинфекционной этиологии позволила создать благоприятные условия для раннего и своевременного выявления больных, а проведение комплекса противорецидивных мероприятий привело к значительному снижению частоты заболеваний желудочно-кишечного тракта у школьников.

ВЫВОДЫ

1. Для своевременного выявления ранних форм поражения желудочно-кишечного тракта и организации лечения рекомендуется ежегодный сплошной осмотр детей школьного возраста, что будет способствовать профилактике хронических форм заболевания.
2. В результате сплошного осмотра школьников в 4 раза увеличилось число детей, охваченных диспансерным наблюдением.
3. Диспансерное наблюдение за выявленными больными позволило добиться

клинико-лабораторной ремиссии у $2/3$ больных, значительно сократить число рецидивов заболеваний.

4. Сплошной осмотр вполне осуществим во время углубленного осмотра детей, ежегодно проводимого школьным врачом.

Поступила 25.12.86.

УДК 616.24—002.5—078.73—053.6

ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ

З. Л. Шульгина, Е. Я. Погапова, М. Д. Горбачева, Л. С. Иванова

Кафедра туберкулеза (зав.—проф. З. Л. Шульгина) Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Мы проанализировали заболеваемость туберкулезом подростков Саратовской области в 1981—1983 гг. и сопоставили ее с заболеваемостью смежных возрастных групп — детей 12—14 лет и молодых взрослых 18—19 лет. Как видно из таблицы, в структуре форм туберкулеза у детей преобладают первичные формы, а у подростков и юношей — вторичные (у половины из них — инфильтративный туберкулез и у четверти — очаговый). Более частое возникновение экссудативного плеврита и внелегочных форм связано, очевидно, с особой реактивностью подросткового возраста. Однако резкие различия в частоте первичного и вторичного туберкулеза у детей пубертатного возраста и подростков вряд ли можно объяснить только особенностями реактивности. Нужно думать, что первичные формы туберкулеза у подростков плохо диагностируются, поэтому определяются преимущественно вторичные формы. Для решения этого вопроса мы сопоставили результаты выявления туберкулеза у детей, подростков и молодых взрослых.

Формы туберкулеза у детей, подростков и молодых взрослых

Возраст	Формы туберкулеза					
	первичный	очаговый	инфильтративный	плеврит	прочие	внелегочный
Дети (12—14 лет)	68,6	7,8	9,8	1,9	7,8	3,9
Подростки (15—17 лет)	8,0	25,0	44,3	9,6	8,0	4,8
Взрослые (18—19 лет)	1,5	21,2	55,9	7,0	12,6	1,5

Оказалось, что эффективность флюорографии в распознавании туберкулеза у детей весьма незначительна (у 29,4%), однако у подростков этот метод исследования позволяет устанавливать заболевание в 58,0% случаев, у взрослых — в 76,4%. Туберкулинодиагностика помогает обнаруживать заболевание у 49,0% детей; у подростков ее эффективность составляет лишь 4%, у взрослых — 0%. Но если у взрослых туберкулинодиагностика как метод раннего выявления туберкулеза не регламентирована, то у подростков столь низкая частота заболеваемости по пробам свидетельствует о значительно худшей по сравнению с детьми организации такой работы. Это подтверждается и слишком большой частотой заболеваемости по обращению, превышающей аналогичный показатель у детей в 1,7 раза, у взрослых — в 1,6 раза ($P < 0,001$).

С целью выяснения столь низкой распознаваемости заболевания у подростков по туберкулиновым пробам (4%) был проведен контроль качества туберкулинодиагностики. Сопоставление частоты отрицательных, сомнительных и положительных реакций показало их значительные расхождения в разных подростковых коллективах: максимальные колебания числа отрицательных реакций составили от 8 до 77%, сомнительных — от 0 до 38%, положительных — от 8 до 83%. Такая резкая разница в показателях не может быть обусловлена эпидемиологическими особенностями, она связана скорее с дефектами туберкулинодиагностики. Для выяснения истинной инфицированности в этом возрасте у 253 подростков была предпринята контрольная туберкулинодиагностика. Число отрицательных (0—1 мм) реакций составило 13%; сомнительных (2—4 мм или гиперемия) — 13%; положительных — 74%, из них гиперергических — 7,6%; средний диаметр