

правлении полного отказа от спиртного. При анонимном лечении не надо стремиться к авторитарному воздействию на пациента; как норму следует воспринимать кратковременность контактов с ним (несколько месяцев), так как больной посещает врача столько, насколько ощущает в этом необходимость. Взаимоотношения с больным должны быть такими, чтобы в случае рецидива заболевания он не имел препятствий к повторному обращению. Эмоциональный контакт, доступность лечения, откровение — вот основные формы индивидуального психотерапевтического воздействия на больного; их необходимо сочетать с принципиальностью и бескомпромиссностью врача в вопросах лечения и утверждения в сознании больного трезвеннических установок.

Как показал наш опыт, обратившиеся

за анонимной лечебной помощью имели установку на индивидуальное лечение, поэтому в групповом процессе они отличались вялостью, отсутствием взаимного интереса и стремления к интеракциям. Следовательно, в психотерапевтических приемах лечение должно быть построено на праве больного иметь ту или иную форму психотерапевтического контакта.

Тот факт, что основным контингентом кабинета анонимного лечения являются больные со II стадией хронического алкоголизма, свидетельствует о недостаточной профилактической работе среди населения, малой информированности в вопросах алкоголизма и пьянства. Предполагается значительно большее вовлечение лиц с бытовыми формами пьянства к наблюдению и лечению в условиях существующей анонимной службы.

Поступила 02.06.87.

УДК 616.361—053(470.51)

О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ УДМУРТСКОЙ АССР

Р. Н. Ямолдинов, Л. С. Мякишева

*Кафедра детских болезней № 1 (зав. — проф. Л. С. Мякишева) Ижевского
ордена Дружбы народов медицинского института*

К числу болезней, распространенность которых за последние годы существенно увеличилась как среди взрослых, так и детей, относятся неинфекционные заболевания органов пищеварения. С целью изучения распространенности заболеваний билиарной системы у детей мы провели исследование по методу А. А. Баранова и О. В. Грининой [1] в пяти городах и рабочих поселках Удмуртской АССР. Всего было обследовано 2249 детей в возрасте от 7 до 14 лет. На каждого ребенка заполняли карту по изучению распространенности заболеваний органов пищеварения у детей, содержащую сведения о жалобах, перенесенных и сопутствующих заболеваниях, характере наследственности. На следующем этапе для выявления заболеваний органов пищеварения детей осматривал педиатр и при необходимости привлекал к этому специалиста-гастроэнтеролога. По результатам анкетирования и осмотра отбирали детей для целенаправленного обследования в условиях стационара или поликлиники.

Диагноз заболевания основывали на характерной клинической симптоматике [2], результатах холецистографии, многофракционного дуоденального зондирования с биохимическим, морфологическим, бактериологическим анализом, с определением уровня лизоцима дуоденального содержимого, а также на данных исследования функционального состояния печени. Дифференциальную диагностику дискинезий и воспалитель-

ного процесса в желчных путях проводили на основе тщательного анализа клинической картины (наличие или отсутствие симптомов интоксикации, признаков полигиповитаминоза, субфебрилитета, характер и длительность болевого синдрома, наличие и выраженность гепатомегалии) и результатов комплекса лабораторно-инструментальных исследований (нарушение сократительной и концентрационной функции желчного пузыря по данным холецистографии, биохимического состава желчи, активности лизоцима, морфологического и цитологического анализа дуоденального содержимого).

Хроническая патология желчевыделительной системы была диагностирована у 190 детей. Распространенность гепатобилиарных заболеваний составила $84,5 \pm 5,9$ на 1000 детей, что превышало результаты исследования, проведенного Л. И. Дзубич в 1976 г. среди школьников г. Горького ($64,4 \pm 2,8$) с учетом основного и сопутствующего диагнозов [3].

У значительного большинства школьников (87%) заболевание было обнаружено впервые. Между тем у 31% выявленных давность заболевания составляла 5 и более лет. Все это свидетельствует как об отсутствии должной настороженности родителей при первых проявлениях заболевания у ребенка, так и о недостаточном внимании педиатров к состоянию органов пищеварения у детей.

По нашим данным, в структуре гепатобилиарных заболеваний у детей преобладают дискинезии — $55,6 \pm 4,8\%$ (см. табл.), что соответствует мнению большинства педиатров, согласно которому болезни желчевыведительной системы у детей носят преимущественно функциональный характер [4, 5, 6]. У 73% детей была диагностирована дискинезия гипомоторного типа, у 27% — гипермоторного. Вместе с тем нельзя категорически исключать у детей возможность развития воспалительного процесса в желчных путях. Более того, некоторые авторы придерживаются мнения, что холецистит в детском возрасте встречается столь же часто, как и дискинезия желчевыводящих путей [7]. По результатам наших исследований, распространенность воспалительных заболеваний желчевыводящих путей составила $15,1 \pm 2,5\%$. Дискинезии и воспалительный процесс нередко возникали на фоне деформаций желчных путей (см. табл.). Сравнительно немного было больных хроническим гепатитом.

Распространенность и структура гепатобилиарных заболеваний среди школьников 7—14 лет

Заболевания	Частота заболеваний, %	Удельный вес (в % гепатобилиарным заболеваниям)
Болезни желчевыведительной системы:		
дискинезии	$84,5 \pm 5,9$	100,0
холецистит,	$55,6 \pm 4,8$	65,8
холецистохолангит	$15,1 \pm 2,5$	17,9
деформации (пороки развития)	$12,5 \pm 2,3$	14,8
хронический гепатит	$1,3 \pm 0,2$	1,5

Комплексное исследование гастродуоденальной зоны у больных с патологией билиарной системы, включавшее (по показаниям) рентгеноскопию желудка и двенадцатиперстной кишки, гастродуоденофиброскопию, фракционное желудочное зондирование, позволило диагностировать хроническую патологию желудка и двенадцатиперстной кишки у 59% больных, что опять-таки указывает на преимущественно сочетанный характер гастроэнтерологической патологии у детей.

Распространенность гепатобилиарных заболеваний среди девочек оказалась существенно выше ($101,5 \pm 8,9\%$), чем среди мальчиков ($66,2 \pm 7,5\%$; $P < 0,01$). Данная особенность наиболее выражена у детей 13—14 лет, в то время как в младших возрастных группах (7, 9, 11, 12 лет) заболеваемость среди мальчиков и девочек существенно не различалась. Значительный подъем заболеваемости отмечен у мальчиков с 11—12 лет и у девочек с 10-летнего возраста, что в основ-

ном совпадает с препубертатным периодом жизни детей.

Настораживает довольно высокая заболеваемость среди 7-летних детей, что свидетельствует о формировании указанной патологии уже в дошкольном возрасте. Подтверждают изложенное выше и сведения о возрасте детей в момент появления болей в органах пищеварения. Установлено, что 42% больных детей жаловались на боли в животе еще в дошкольном возрасте. Педиатрам необходимо тщательнее проводить углубленный осмотр как в школах, так и в дошкольных учреждениях. В процессе ежегодной диспансеризации детского населения следует стремиться к возможно более полному выявлению гастроэнтерологической патологии, назначать во всех необходимых случаях дополнительное обследование для уточнения характера заболевания.

Вызывает озабоченность и резкий подъем заболеваемости среди девочек 14 лет. Нужен более тесный контакт в работе педиатров и врачей подростковых кабинетов. Несомненно, эффективность борьбы с болезнями органов пищеварения может быть более высокой при рациональной организации медицинской помощи подросткам и должной преемственности в работе педиатров и терапевтов.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что заболевания желчевыведительной системы у детей являются важной социально-гигиенической проблемой. Высокий уровень их распространенности среди детей школьного возраста, тенденция к росту за последние годы требуют более пристального внимания со стороны врачей-педиатров и свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования системы профилактики гепатобилиарных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Гринина О. В. // Болезни органов пищеварения у детей: принципы профилактики и медицинского обслуживания. — Горький, 1981.
2. Булатов В. П. // Педиатрия. — 1986. — № 8. — С. 40—42.
3. Дзюбич Л. И. // Вопросы этапного лечения детей с заболеваниями желчевыведительной системы. — Автореф. канд. дисс. — Горький, 1976.
4. Дружинина Э. И. // Дискинезии желчных путей у детей. — Автореф. докт. дисс. — М., 1980.
5. Запруднов А. М., Мазурин А. В. // В кн.: Болезни печени и желчевыводящих путей у детей. — Л., 1981.
6. Клайшович Г. И., Левецкая С. В., Колобашкина И. М. и др. // В кн.: Материалы VI Всероссийского съезда детских врачей. — Горький, 1981.
7. Шабалов Н. П. // Педиатрия. — 1982. — № 5. — С. 67—69.

Поступила 07.04.87.