

## И. Ш. Трофимова, А. М. Хакимова (Казань). Состояние здоровья сельских школьников ТАССР

Основной целью диспансеризации детского населения является укрепление здоровья детей путем выявления групп риска и своевременного устранения отклонений в развитии и лечения заболеваний. При этом особое значение придается первичной профилактике важнейших неинфекционных заболеваний.

Нами проведено обследование сплошным методом 1134 школьников пяти сел Татарской АССР. При этом выявлены следующие отклонения в состоянии их здоровья: кариес зубов — у 83,8 на 100 обследованных; эндемическое увеличение щитовидной железы — у 54,0; эндемический зоб — у 2,9; нарушение осанки — у 30,2; сколиоз — у 12,1; остаточные явления рахита — у 11,5; соматическая патология — у 25,9.

В структуре соматической патологии из расчета на 100 обследованных на первом месте находятся заболевания желудочно-кишечного тракта (функциональные заболевания желудка, хронические гастриты, холециститы, дискинезии желчевыводящих путей и т. п.) — 6,26. Второе место занимает патология ЛОР-органов (хронические тонзиллиты, отиты, фарингиты, аденоиды и т. д.) — 6,0 и третье — нарушения сердечно-сосудистой системы (ревматизм, вегетососудистая дистония, токсико-инфекционная кардиопатия на фоне хронических очагов инфекции, врожденные пороки сердца и т. п.) — 5,0; функциональный систолический шум отмечался у 115 (10%) детей.

По группам здоровья все обследованные школьники распределялись следующим образом: в 1-ю группу (16,2%) вошли абсолютно здоровые дети; во 2-ю (69,4%) — с функциональными отклонениями в состоянии здоровья (группа риска); в 3-ю (12,8%) — с хроническими заболеваниями в стадии компенсации и в 4-ю (1,6%) — с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации. Школьников с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации не было.

Итак, основная масса обследованных была отнесена ко II группе здоровья. В структуре причин, обусловивших выделение детей в эту группу, доминировали кариес зубов, затем увеличение щитовидной железы, нарушение осанки, функциональный систолический шум. Дети, составившие III группу здоровья, страдали в основном патологией желудочно-кишечного тракта, ЛОР-органов и сердечно-сосудистой системы.

В районах ТАССР в силу особенностей содержания микроэлементов в воде и почве высок процент эндемической патологии (поражение кариесом и увеличение щитовидной железы), что значительно уменьшает число абсолютно здоровых детей.

При ознакомлении с бытом сельских школьников путем выборочного обследования домов колхозников, при беседах с родителями, школьниками и учителями выявлен недостаточный уровень знаний гигиенических норм, предъявляемых к жилищу, к организации питания и к воспитанию здорового ребенка. Часты нарушения этих правил. Например, детей первого полугодия жизни неправильно вскармливают, они недостаточно пребывают на свежем воздухе, большую часть суток находятся в редко проветриваемых помещениях. Питание детей дошкольного возраста однообразное, с недостаточным количеством в рационе овощей и фруктов и избытком мучных продуктов; мало внимания уделяется организации дневного сна, личной гигиене детей.

У большинства школьников нет достаточного представления о режиме дня, в частности сна и питания — часты недосыпания, еда всухомятку. Выявлен недостаточный уровень знаний элементов личной гигиены: в редких случаях сельские школьники спят при открытой форточке, делают утреннюю гимнастику и выполняют закалывающие процедуры. Значительная масса детей носит одежду (в частности белье) из синтетической ткани. Резиновые боты, кеды используются как основная обувь в течение дня.

Почти во всех обследованных селах отсутствует контроль со стороны школьных медсестер и учителей за соответствием школьной мебели ростовым особенностям детей, за качеством школьного питания. Недостаточно обеспечены школьники горячими завтраками, обедами; ассортимент продуктов в школьных буфетах не соответствует требованиям. Между тем эффективность профилактической работы среди населения можно повысить только проведением комплекса организационно-методических, медицинских и социальных мероприятий, включающих санитарно-гигиеническое обучение и воспитание, пропаганду здорового образа жизни, соблюдение санитарно-гигиенического режима труда и быта, диспансерное наблюдение.

УДК 616.3:612.38:577.164.16

**В. В. Трусов, Я. М. Вахрушев, Т. И. Стерхова, Б. П. Гагарин, Б. И. Мартынов (Устинов). Особенности нарушений всасывания витамина В<sub>12</sub> при заболеваниях органов пищеварения**

Мы изучали процесс всасывания витамина В<sub>12</sub> у 184 больных с различными заболеваниями системы пищеварения. 57 больных страдали хроническим атрофическим гастритом, 42 — циррозом печени, 28 — хроническим гепатитом; 12 больных перенесли

резекцию тонкого кишечника (более 1 м), 45 — резекции желудка различных типов. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц в возрасте от 22 до 47 лет.

Об усвоении витамина  $B_{12}$ — $^{58}Co$  судили по результатам пробы Шиллинга. Усвоение витамина  $B_{12}$ — $^{58}Co$  у здоровых лиц составляло  $21,2 \pm 1,1\%$  (17,8—22,5%). У 20 из 28 обследованных с хроническим гепатитом было зарегистрировано нарушение абсорбции витамина  $B_{12}$  в кишечнике, причем при легкой форме хронического гепатита усвоение витамина было снижено до  $18,6 \pm 1,2\%$  ( $P > 0,05$ ), средней тяжести —  $16,2 \pm 1,8\%$  ( $P < 0,05$ ), тяжелой форме —  $12,3 \pm 1,4\%$  ( $P < 0,001$ ); при циррозах печени —  $13,6 \pm 1,4\%$  ( $P < 0,01$ ). Наибольшие нарушения всасывания витамина наблюдались при тяжелом течении цирроза, сопровождающегося асцитом, выраженной гепатомегалией и анемией.

У больных хроническими гипоацидными гастритами также выявлено снижение всасывания витамина  $B_{12}$ — $^{58}Co$  в кишечнике до  $17,1 \pm 0,9\%$  ( $P < 0,05$ ). При сопоставлении степени нарушения всасывания витамина с концентрацией гастромукопротеина в желудочном содержимом была установлена прямая корреляционная зависимость ( $r = 0,698$ ;  $P < 0,05$ ).

У всех 12 больных, перенесших резекцию тонкого кишечника, было снижено всасывание  $B_{12}$ — $^{58}Co$  ( $10,4 \pm 1,8\%$ ;  $P < 0,001$ ). Установлено, что резорбция витамина в большей степени нарушалась после удаления дистальных отделов тонкого кишечника, чем проксимальных, причем эта закономерность проявлялась независимо от обширности резекции тонкой кишки.

Выраженность нарушений абсорбции витамина  $B_{12}$ — $^{58}Co$  зависела от типа произведенной на желудке операции. Из 18 больных, которым была выполнена операция по Бильрот I, умеренное снижение всасывания отмечено у 11 ( $17,2 \pm 1,8\%$ ;  $P < 0,05$ ). При операции типа Бильрот II отклонения от нормы определялись чаще и были выявлены у 19 из 23 обследованных ( $14,5 \pm 1,3\%$ ;  $P < 0,01$ ). После гастроэктомии (рак желудка) всасывание витамина было резко нарушено у всех 4 больных ( $5,9 \pm 0,8\%$ ;  $P < 0,001$ ).

Исследования показали, что хронические заболевания системы пищеварения, а также оперативные вмешательства на органах пищеварения сопровождаются изменениями абсорбции витамина  $B_{12}$ — $^{58}Co$  в кишечнике. Таким образом, истощение тканевых депо витамина  $B_{12}$  находится в прямой зависимости от тяжести основного патологического процесса и объема проведенных операций.

УДК 617.55—089.8

### В. Г. Сахаутдинов, Ш. Х. Ганцев, Г. Н. Ипполитов, Е. И. Сендерович (Уфа). Сочетанные операции в абдоминальной хирургии

Совершенствование хирургической техники, достижения анестезиологии и реаниматологии привели к широкому внедрению в практику сочетанных операций. Однако до сих пор не существует общепринятой оценки возможности их выполнения, выбора доступа и последовательности манипуляций на различных органах.

Нами изучены истории болезни 190 больных, которым были выполнены сочетанные операции на органах брюшной полости в 1974—1984 гг. по абсолютным и относительным (профилактические, вынужденные) показаниям.

За 1984 г. было произведено около 600 операций на органах брюшной полости, из них у 28 (мужчин — 9, женщин — 19) больных (в основном среднего возраста) — сочетанные. В экстренном порядке прооперировано 12 больных, в плановом — 16.

Особую сложность представляет диагностика хирургических заболеваний у больных, поступающих в экстренном порядке, что объясняется небольшим временем предоперационного обследования и применением ограниченного количества дополнительных методов исследования. По нашим данным, лишь у одного из 12 больных, госпитализированных экстренно, было диагностировано два заболевания, тогда как у 15 из 16 плановых больных диагноз сочетанной патологии органов брюшной полости был установлен до операции.

Широко применяемое в экстренной хирургии местное обезболивание не обеспечивает достаточных условий для выполнения сочетанных операций. Из 12 экстренных вмешательств лишь одно было начато под наркозом. В 9 случаях возникла необходимость перехода от местной анестезии к общему обезболиванию, у 2 больных операцию удалось завершить под местной анестезией. При проведении 10 плановых операций использовано общее обезболивание, при 6 — местная анестезия.

Важным условием благоприятного исхода сочетанной операции является правильно выбранный операционный доступ. Наш опыт показал рациональность широкой срединной лапаротомии: этот доступ наименее травматичен, при необходимости может быть расширен, обеспечивает проведение последовательной ревизии органов брюшной полости и забрюшинного пространства и выполнение любой, в том числе и сочетанной, операции в брюшной полости.

Последовательность операций при сочетанном хирургическом вмешательстве должна определяться известными правилами: начинать следует с операции, более сложной и менее инфицирующей брюшную полость, причем переход от одного вмешательства к другому должен сопровождаться полной сменой операционного