

7-78

ISSN 0490—1177

6

1985

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КИРГИЗИИ

1985

НОЯБРЬ — ДЕКАБРЬ

ФРУНЗЕ

**«СЧИТАТЬ ДАЛЬНЕЙШЕЕ УЛУЧШЕНИЕ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ
ВАЖНЕЙШЕЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
ЗАДАЧЕЙ».**

**[Из Постановления ЦК КПСС и
Совета Министров СССР]**

Редакционный совет: И. А. АСАНБЕКОВ (Фрунзе), К. А. АТАХАНОВ (Ош), А. Б. БЕИШЕНАЛИЕВ (Нарын), Н. А. ГАЛУШКО (Фрунзе), Н. И. ДЕРЕВЯНКИНА (Фрунзе), Т. Д. ДЮШЕБЕКОВ (Фрунзе), А. А. ИЛЬИН (Фрунзе), Г. Е. КАТКОВ (Фрунзе), И. Е. МИХАЙЛЕНКО (Фрунзе), У. М. МОЛДОКАНОВ (Пржевальск), А. М. МЫРЗАБЕКОВ (Нарын), Н. М. МЫРЗАКАНОВ (Пржевальск), Н. Н. ПОНОМАРЕВ (Фрунзе), Ю. П. ПОПОВ (Фрунзе), В. П. СЕРГЕЕВ (Ош).

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КИРГИЗИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Редакционная коллегия:

Главный редактор — В. А. ПЕТРОСЬЯНЦ
А. А. АЙДАРАЛИЕВ, Д. А. АЛЫМКУЛОВ, С. Б. ДАНИЯРОВ (зам. главного редактора),
Н. Д. ДЖУМАЛИЕВ, И. Т. КАЛЮЖНЫЙ (зам. главного редактора),
М. М. МАМАКЕЕВ, М. М. МИРРАХИМОВ, Т. И. ПОКРОВСКАЯ
Л. Д. РЫБАЛКИНА, А. И. САЕНКО, Н. Л. СНЕГАЧ (ответственный секретарь)

6 НОЯБРЬ-ДЕКАБРЬ
г. ФРУНЗЕ **1985**

Основан
в 1938 году

СОДЕРЖАНИЕ

В ЦК Компартии Киргизии и Совете Министров Киргизской ССР	3
Доклад министра здравоохранения Киргизской ССР О. Т. Тургунбаева	7
Речь секретаря ЦК Компартии Киргизии А. К. Нарыпнулова	18
Резолюция	25
Т. И. Покровская, Н. П. Толстых — Особенности психологической структуры личности здоровых детей и подростков	27
В. С. Кононов, А. А. Адамалиев — Лечение и профилактика ортопедических осложнений при остром гематогенном остеомиелите у детей	32
Г. А. Комаров, Ю. В. Борякин, Л. Г. Осадчая — Рентген-функциональное исследование площади легких у детей, больных бронхиальной астмой	36
М. А. Асанова, С. Т. Кыштобаева, Г. М. Попова — Клинические проявления латентного дефицита железа (преданемического состояния) у детей в разновысотных зонах Киргизии	40
М. Д. Субанбеков — Особенности диагностики и течения туберкулеза у детей	42
Л. Д. Рыбалкина — Тактика врача при угрозе преждевременного прерывания беременности	45
А. А. Джумалиева, В. Н. Федосеева, С. Н. Лебедев — Иммунная система слизистых дыхательного и пищеварительного тракта у детей с симптомами аллергии	49
С. Т. Тобокалова, Б. Н. Липкин, Г. Т. Осмоналиева, Р. М. Кадырова, М. А. Соснова — Бактериальная микстинфекция при энтероколитах у детей раннего возраста и применение биолакта с лизоцимом в их комплексной терапии	51
Л. М. Мунькин, И. М. Лебедева, Е. М. Есин — Степени анестезиологического риска при акушерских и гинекологических операциях	55
Н. Н. Куинджи, Т. П. Бобренко — Физиолого-гигиеническая оценка обучения 6-летних детей в школах Киргизии	60

Техн. редактор **Л. Лазарева**.
Корректор **Э. Кульматова**.

Адрес редакции:
720000, ГСП, Фрунзе,
ул. Боконбаева, 104.

Сдано в набор 9. 10. 1985 г. Подписано к печати 10. 11. 1985 г.
Формат издания 70×100¹/₁₆. 5,6 усл. печ. л. 6,2 уч. изд. Высокая печать.
6,17 усл. кр.-отт. Заказ 3125. Тираж 7033. Д—06812. Цена 40 коп. Индекс 77393.

Издательство «Ала-Тоо»

720040, ГСП, г. Фрунзе, типография издательства ЦК Компартии Киргизии.
Проспект Дзержинского, № 45.

© Издательство «Ала-Тоо», 1985 г.

Усилить заботу о матери и ребенке

ЦК Компартии Киргизии и Совет Министров Киргизской ССР рассмотрели вопрос о мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья женщин и детей в республике.

В принятом постановлении отмечается, что в республике проводится определенная работа по улучшению охраны здоровья женщин и детей, развитию материально-технической базы родовспомогательных и детских лечебно-профилактических учреждений. Расширяется сеть медицинских учреждений, больниц, поликлиник, женских и детских консультаций, родильных домов. В текущей пятилетке введено около 900 детских и 450 родильных коек. За счет госкапвложений, а также средств Всесоюзных коммунистических субботников и средств колхозов сданы в эксплуатацию детская больница в г. Оше, детские отделения в гг. Нарыне, Джалал-Абаде, Кок-Янгаке, в Ала-Букинском, Сузакском, Таласском районах, родильный дом на 170 коек с женской консультацией на 250 посещений в г. Фрунзе, родильные отделения во Фрунзенском, Ляйлякском, Тонском, Московском и других районах. В текущем году ведется строительство пяти врачебных амбулаторий за счет средств, выделяемых на развитие сельского хозяйства.

В республике в последние годы практикуется передача административных и других зданий под медицинские учреждения. В 1984 году органам здравоохранения передано 82 здания, в которых развернуты детские и родильные отделения; сельские врачебные амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты. В настоящее время развернуто 12 тысяч педиатрических и более шести тысяч акушерско-гинекологических коек. Амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам и детям оказывают 380 консультаций и поликлиник. Несколько улучшилась обеспеченность детскими родильными койками. В 1984 году она составила соответственно 30,5 и 11,2 коек на 10000 населения.

В настоящее время в учреждениях здравоохранения работают сотни акушеров-гинекологов и педиатров. Численность их за последние пять лет возросла.

Вместе с тем, говорится в постановлении, в вопросах охраны здоровья женщин и детей имеются серьезные недостатки. Не отвечает современным требованиям существующая материально-техническая база многих акушерско-гинекологических и лечебно-профилактических учреждений. Половина родовспомогательных и детских лечебных учреждений размещена в приспособленных помещениях, не имеющих горячего водоснабжения и канализации, 30 процентов не обеспечены централизованным водоснабжением. Площадь на одну родильную койку составляет 3,5 кв. м. вместо 7,5 кв. м. по норме, на одну койку новорожденного

— 1,8 кв. м. вместо 3,6 кв. м. Переуплотнение в родильных отделениях не позволяет поддерживать в них санитарно-гигиенический режим, разместить современное медицинское оборудование, а следовательно оказывать на современном уровне лечебно-диагностическую медицинскую помощь. Несмотря на то, что установленные на XI пятилетку задания по строительству детских и родовспомогательных учреждений выполнены, дефицит акушерских коек в республике составляет более полутора тысяч. С 1982 года строится родильный дом в г. Пржевальске при сроке строительства два года. За это время на объекте освоено лишь 0,8 млн. рублей при сметной стоимости 3,5 млн. руб. (заказчик — Иссык-Кульский облисполком, подрядчик — Минстрой). Из выделенных Таласскому облисполкому на строительство детского корпуса больницы в с. Покровке Манасского района в 1984—1985 гг. 0,5 млн. рублей Минсельстроем освоено только 0,1 млн. рублей.

Капитальный ремонт зданий лечебно-профилактических учреждений предприятиями Министерства жилищно-коммунального хозяйства, как правило, проводится в осенне-зимний период, сроки его значительно затягиваются. В результате больничные койки используются недостаточно эффективно.

Имеются существенные упущения в подборе и расстановке медицинских кадров. Министерство здравоохранения и его органы на местах, отдельные местные партийные и советские органы не приняли необходимых мер по обеспечению женских и детских лечебно-профилактических учреждений медицинскими кадрами. Острый недостаток во врачах акушерах-гинекологах и педиатрах ощущается в сельских районах, где обеспеченность ими в несколько раз ниже, чем в городах; высока их текучесть.

Министерство здравоохранения республики глубоко не изучает и слабо контролирует вопросы охраны материнства и детства на местах, недостаточно повышает ответственность руководителей, органов здравоохранения за порученный участок работы. В результате не на должном уровне проводится лечебная и профилактическая работа среди женщин и детей, слабо развивается специализированная медицинская помощь, показатели материнской и детской смертности остаются все еще высокими. Все это следствие того, что значительное количество детей страдает гипотрофией и рахитом. Несмотря на это во многих городах и районах неудовлетворительно организовано правильное вскармливание детей. Министерства мясной и молочной промышленности и плодоовощного хозяйства до сих пор не осуществили строительство цехов детского питания при гормолзаводах городов Ош, Пржевальск, Нарын, Токмак, а также не наладили производство овощных и фруктовых соков, консервов в мелкой расфасовке.

Министерства легкой, мясо-молочной, пищевой промышленности, плодоовощного хозяйства, бытового обслуживания населения, где трудится значительное число женщин, не в полной мере используют возможности оздоровления беременных женщин и многодетных матерей в профилакториях, пансионатах и санаториях. Недостатки в охране здоровья материнства и детства, слабая материально-техническая база детских и родовспомогательных учреждений во многом объясняются отсутствием должного внимания к этому важному вопросу со стороны партийных комитетов, исполкомов Советов народных депутатов, руководителей ряда министерств, ведомств, предприятий, учреждений, колхозов и совхозов.

Исполкомами Советов народных депутатов недостаточно контролируют

ется выполнение на местах законодательства об охране материнства и детства.

Обкомы, горкомы, райкомы партии, облгоррайисполкомы недостаточно мобилизуют партийные, советские и общественные организации, руководителей предприятий, колхозов, совхозов на выполнение задач по улучшению условий труда и быта женщин, охраны материнства и детства.

В постановлении отмечено, что работа партийных и советских органов, министерств, ведомств, руководителей колхозов, совхозов по охране здоровья матерей и детей не соответствует современным требованиям. Обкомам, горкомам и райкомам партии, исполкомам городских и районных Советов народных депутатов, министерствам и ведомствам, руководителям колхозов и совхозов республики предложено проявлять постоянное внимание к нуждам и запросам многодетных матерей, принять меры по созданию необходимых условий для воспитания и ухода за малолетними детьми, усилить заботу по исполнению законодательства по охране материнства и детства. А также принять конкретные и действенные меры, направленные на строительство новых и реконструкцию существующих детских больниц, родильных домов, детских и родильных отделений, обеспечить их централизованным водоснабжением, горячей водой и канализацией.

Осуществлять постоянный контроль за расширением сети акушерских и гинекологических коек с доведением их числа до установленных нормативов, женских и детских консультаций. Предусмотреть широкое использование санаториев, профилакториев, домов отдыха для оздоровления беременных женщин и детей. Обеспечить в первую очередь переоснащение родовспомогательных и детских учреждений современным медицинским оборудованием и аппаратурой, мягким и твердым инвентарем, выделяя на эти цели необходимые ассигнования в соответствующих бюджетах.

Строго указано министрам строительства т. Исанову, сельского строительства т. Кондрашову за необеспечение возведения объектов здравоохранения в установленные сроки, низкое качество строительных работ. От них потребовано безусловное выполнение заданий по строительству объектов здравоохранения.

Утверждено задание по строительству родовспомогательных учреждений на XII пятилетку за счет государственных капитальных вложений.

В постановлении одобрена инициатива колхозов о строительстве колхозных родильных домов (отделений) и детских лечебных учреждений на 1986—1992 гг.

Приняты предложения Ошского обкома партии, Хайдарканского ртутного комбината, Таш-Кумырского горкома, треста «Разрезуглестрой» о строительстве в двенадцатой пятилетке родильных отделений по 50 коек каждое в пгт. Хайдаркан и в г. Таш-Кумыре. Госплану и Минздраву Киргизской ССР предложено обеспечить строительство предусмотренных объектов лимитами проектных и подрядных работ.

Министерствам легкой, мясо-молочной, пищевой промышленности и плодоовощного хозяйства вменено в обязанность в месячный срок по согласованию с Госпланом и Минздравом республики внести предложения в ЦК Компартии Киргизии и Совет Министров Киргизской ССР о строительстве родильных и детских отделений, женских и детских консультаций за счет лимитов этих министерств.

Постановление рекомендует партийным и советским органам широко распространять практику передачи под учреждения здравоохранения административных и других зданий.

Госплану и министерствам мясной и молочной промышленности, плодовоовощного хозяйства Киргизской ССР предложено осуществить строительство в 1985—1986 гг. цехов детского питания при гормолзаводах городов Ош, Пржевальск, Токмак, Нарын и наладить производство овощных и фруктовых соков, консервов в мелкой расфасовке.

Обкомам, горкомам, райкомам партии, облгоррайисполкомам, Министерству здравоохранения республики необходимо улучшить работу с медицинскими кадрами детских и женских лечебно-профилактических учреждений, повысить персональную ответственность за порученный участок работы, принять необходимые меры по укомплектованию женских и детских лечебных учреждений акушерами-гинекологами и педиатрами, особенно сельских районов, созданию им надлежащих жилищных и бытовых условий; осуществить конкретные меры по коренному улучшению лечебно-профилактической помощи женщинам и детям, повышению качества и культуры работы женских и детских консультаций, родильных домов и отделений, детских больниц, внедрению достижений медицинской науки в практику здравоохранения; обеспечить в 1986—1990 годах подготовку необходимого количества врачей акушеров-гинекологов и педиатров.

Госплан, Министерство местной промышленности Киргизской ССР должны рассмотреть вопрос об организации с 1986 года выпуска специальной медицинской мебели по заказу Министерства здравоохранения республики.

ИНФОРМАЦИОННОЕ СООБЩЕНИЕ

14 сентября 1985 года в г. Фрунзе состоялось собрание республиканского актива медицинских работников «О задачах органов и учреждений здравоохранения республики по дальнейшему улучшению охраны здоровья женщин и детей в республике».

В работе собрания приняли участие секретари обкомов, горкомов и райкомов партии, заместители председателей исполкомов областных, городских и районных Советов народных депутатов, руководители министерств и ведомств, промышленных предприятий, колхозов и совхозов, районных, городских, областных и республиканских учреждений здравоохранения, ученые.

На собрании выступили: С. Мамбетакунова — секретарь Нарынского обкома Компартии Киргизии; А. Д. Абдраимов, — главный врач Кенес-Анархайской участковой больницы; К. А. Бектурганова — зам. председателя Таласского облисполкома; Н. Токтомаев — главный врач г. Джалал-Абад; К. М. Орозалиева — секретарь Иссык-Кульского обкома партии; Л. С. Кричевская — главный врач Кантского района; С. Б. Данияров — ректор КГМИ; Г. К. Качкынтаева — главный врач роддома № 4 г. Фрунзе; А. К. Кузнецов — зам. министра строительства Киргизской ССР; Т. Ш. Шайназаров — главный врач Ошской областной детской больницы; К. Д. Дуйшалиева — директор Фрунзенского производственного швейного объединения им. ВЛКСМ; А. А. Ильин — директор Киргизского НИИ акушерства и педиатрии; А. Карымшаков — председатель колхоза им. Карла Маркса Тонского района; М. Э. Эсенаманов — зам. председателя Фрунзенского горисполкома; К. Дыйканбаев — секретарь Киргизсовпрофа.

С докладом выступил министр здравоохранения Киргизской ССР **О. ТУРГУНБАЕВ**.

С речью на собрании актива выступил секретарь ЦК Компартии Киргизии **А. К. Карыпкулов**.

Доклад

министра здравоохранения Киргизской ССР **О. Т. ТУРГУНБАЕВА**

Планы и начинания, с которыми партия идет к своему XXVII съезду, вызывают у советских людей прилив творческих сил, решимость добиваться ускорения социально-экономического развития страны, укрепления порядка и организованности во всех звеньях производства и управления.

ЦК КПСС сосредоточивает внимание и усилия партии, советского народа на успешное завершение 1985 года и одиннадцатой пятилетки в целом, своевременной и всесторонней подготовке к выполнению планов двенадцатой пятилетки.

Исключительно глубокие по содержанию доклады и выступления Генерального секретаря ЦК КПСС Михаила Сергеевича Горбачева буквально всколыхнули страну. Их положения и выводы вооружают нас конкретными ориентирами в организаторской, политической и экономической работе и являются развернутой программой действий на ответственный предсъездовский период и последующие годы.

Охрана здоровья народа — предмет особой заботы и внимания Коммунистической партии и Советского государства. Это с новой силой подтверждено на апрельском (1985 г.) Пленуме ЦК КПСС.

В материалах Пленума подчеркнута необходимость существенного улучшения материально-технической базы здравоохранения, качества медицинского обслуживания, обеспечения населения лекарствами. Это придает нашей сегодняшней работе особый смысл. Необходимо не только закрепить, но и приумножить те положительные сдвиги, которые достигнуты в развитии здравоохранения республики за последние годы.

Реалистический подход к проблемам, стремление не уклоняться от возникающих трудностей, находить пути их устранения, выполнение намеченных планов в срок и с высокой оценкой должны стать девизом и нормой жизни всех трудовых коллективов, всех медицинских работников. Каждому из нас надо настроиться на новый лад, подтянуться, работать с величайшей ответственностью и энергией.

В настоящее время здравоохранение республики располагает подготовленными медицинскими кадрами, широкой сетью лечебно-профилактических, аптечных и других учреждений, оснащенных современным оборудованием и аппаратурой. Все это позволяет своевременно предупреждать болезни и обеспечивать население всеми видами медицинской и лекарственной помощи. Особое внимание уделяется охране здоровья женщин и детей.

Республику отличает высокая рождаемость, которая за это пятилетие возросла на десять процентов и в полтора раза превышает союзный показатель.

В народном хозяйстве республики почти половина взрослого населения — женщины; они вносят огромный вклад в развитие экономики, науки и культуры Советского Киргизстана.

Большим вниманием и заботой пользуются у нас многодетные матери. Они активно участвуют в хозяйственном и культурном строительстве и успешно воспитывают своих детей.

Стране нужно здоровое, физически крепкое молодое поколение. Сейчас уже никого не нужно убеждать в том, что здоровье будущих поколений зависит, в первую очередь, от состояния здоровья женщин.

Поэтому Центральный Комитет Компартии Киргизии и правительство республики так остро ставят перед нами вопросы дальнейшего улучшения охраны материнства и детства.

В этой связи в республике проводится определенная работа по укреплению материально-технической базы родовспомогательных, детских и других лечебно-профилактических учреждений.

В текущей пятилетке введено в строй около девятисот детских и четырехсот пятидесяти родильных коек. За счет государственных капитальных вложений, средств колхозов, совхозов и предприятий сданы в эксплуатацию детские многопрофильные больницы в гг. Ош, Джалал-Абад, детские отделения в гг. Нарын, Кок-Янбак, Ала-Букинском, Сузакском, Таласском, Базар-Курганском, Аламединском районах; родильный дом на 170 коек с женской консультацией на 250 посещений в смену в г. Фрунзе, родильные и наблюдательные отделения во Фрунзенском, Ляйлякском, Тонском, Московском и других районах.

Ведется строительство родильного дома в г. Пржевальске, родильных и детских отделений в Сузакском, Наукатском, Ленинском, Советском, Токтогульском районах и в городе Каракуле.

Сейчас в республике функционируют 12 тысяч детских и более шести тысяч акушерско-гинекологических коек,

Однако существующий коечный фонд вообще, и в частности, акушерских и детских сегодня не удовлетворяет потребности населения.

Многие детские и родовспомогательные учреждения размещены в приспособленных помещениях, где имеет место большая скученность, где невозможно соблюдать элементарные санитарные нормы и правила, отсутствует централизованное водоснабжение, что нередко приводит к возникновению внутрибольничных инфекций.

В этих учреждениях негде разместить аппаратуру и оборудование, трудно организовать на современном уровне лечебно-диагностическую работу, внедрение новых форм и методов лечения.

К сожалению, приходится признать, что на фоне вышеперечисленных трудностей мы еще не сумели полностью использовать имеющиеся резервы. В детских и родовспомогательных учреждениях все еще допускаются грубые нарушения санэпидрежима, несвоевременно проводится ремонт, санпропускники не отвечают своему назначению; в них не всегда представляется возможность проводить полную санитарную обработку, что нередко способствует токсикосептическим осложнениям.

Здесь следует сделать серьезный упрек органам санитарного надзора, которые проявляют либерализм, беспринципность, зачастую ограничивая свою работу составлением актов, предписаний или, в лучшем случае, — наложением штрафов, не добиваясь конечных результатов. С такими методами работы надо кончать.

Много ошибок и недостатков допускают и аптечные работники. Не на должном уровне проводится работа по планированию потребности, рациональному распределению и использованию лекарственных средств. Нередки случаи, когда не хватает нужных медикаментов, особенно для выхаживания тяжелобольных детей.

По этим и другим причинам во многих сельских районах республики уровень оказания медицинской помощи детям и матерям остается низким, что в значительной мере влияет на заболеваемость и смертность.

О недостатках в работе родовспомогательных и детских учреждений, а также по итогам проверки бригады ЦК КПСС состоялся серьезный разговор в Центральном Комитете Компартии Киргизии.

Принято соответствующее постановление о мерах по дальнейшему улучшению службы охраны здоровья женщин и детей и укреплению материально-технической базы этих учреждений.

Постановлением предусмотрено строительство родильных и детских отделений на 1900 коек, женских и детских консультаций на 1800 посещений в смену стоимостью более тридцати семи миллионов рублей.

Это составит свыше пятидесяти процентов всех государственных капитальных вложений, выделяемых в целом на здравоохранение в XII пятилетке.

Если в текущей пятилетке за счет государственных капитальных вложений мы ожидаем ввод всего двух тысяч коек, то в XII пятилетке столько же будет построено и введено одних только детских и родильных коек.

Как видите, планируется коренное улучшение материально-технической базы этих учреждений, что даст возможность значительно улучшить состояние дел в охране здоровья матери и ребенка.

В связи с этим руководителям органов и учреждений здравоохранения республики предстоит большая и ответственная работа по выполнению установленных заданий.

Необходимо уже сейчас решать вопросы проектирования, отвода земельных участков, заблаговременного обеспечения заявок на техническое и медицинское оборудование и многое другое.

Короче говоря, от того, как мы с вами ответственно, по-партийному будем решать эти вопросы, зависит успех дела, и мы надеемся, что и строители отнесутся к нуждам здравоохранения с большим пониманием и изменят наконец свое отношение к строительству больниц и поликлиник.

Конечно, укрепление материально-технической базы, расширение сети, реконструкцию, невозможно осуществить только за счет государственных капитальных вложений. За последние годы за счет других источников финансирования построены и введены в строй десятки объектов здравоохранения.

В районах и городах Ошской области появился одобренный ЦК Компартии Киргизии такой опыт, как передача административных зданий колхозов, совхозов, промышленных предприятий лечебно-профилактическим учреждениям.

Только за последние полтора года передано нам более семидесяти зданий, в которых размещены два роддома, 25 врачебных амбулаторий, 14 женских и детских консультаций, 18 фельдшерско-акушерских пунктов и другие учреждения.

Пользуясь случаем, позвольте выразить областной партийной организации и всем трудящимся Ошской области нашу искреннюю признательность.

К сожалению, этот почин получил распространение пока только в районах Иссык-Кульской и Нарынской областей; еще ничего не сделано в этом направлении в Таласской области и в городах и районах республиканского подчинения.

Не менее важным фактором в укреплении материально-технической базы лечебных учреждений является реконструкция существующих помещений.

Эту проблему можно решить в короткие сроки путем пристроек к имеющимся детским и родильным отделениям, ибо стоимость таких объектов не превышает ста пятидесяти — двухсот тысяч рублей.

В условиях современного ритма работы производственных предприятий очень важно приблизить медико-санитарную помощь к работающим, непосредственно к промышленному предприятию с тем, чтобы ритм работы медицинского учреждения был приспособлен к режиму работы предприятия. Таким учреждением является медико-санитарная часть. Это — целый комплекс профилактических, лечебных мероприятий, организация санитарного контроля, создание инженерно-врачебных бригад, развитие сети санаториев-профилакториев. Медицинское обеспечение в медсанчастях должно слиться в один непрерывный процесс, направленный на профилактику заболеваний, сокращение сроков лечения и восстановления трудоспособности, что, в конечном итоге, позволит повысить производительность труда.

Вместе с тем, в организации медицинской помощи непосредственно на производстве имеются еще серьезные недостатки и нерешенные вопросы. Остается высоким уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности во многих отраслях народного хозяйства. Промышленными предприятиями не выполняются задания по строительству и расширению действующих поликлиник, здравпунктов за счет капитальных вложений, выделяемых на строительство объектов производственного назначения.

В связи с отсутствием медико-санитарных частей на ряде промышленных предприятий, территориальные поликлиники городов работают со значительной перегрузкой, и рабочие вынуждены терять много времени

на их посещение. Больничные учреждения не могут обеспечить своевременную госпитализацию нуждающихся в стационарном лечении.

Каких бы успехов в развитии материальной базы мы ни добивались, как бы ни возрастала техническая оснащенность, решающим фактором остаются кадры, определяющие уровень и качество лечебно-профилактической помощи.

Имеющиеся сегодня кадровые ресурсы позволяют успешно решать стоящие перед здравоохранением задачи по охране здоровья населения.

Однако в работе с кадрами все еще имеются нерешенные проблемы, недостатки и упущения. В медицинских учреждениях отдельных сельских районов еще низка обеспеченность врачебными кадрами; в них не хватает акушеров-гинекологов, педиатров, «узких» специалистов; там плохая закрепляемость кадров, что приводит к большой их текучести.

Так, в 1984 году в Калининский район прибыло 12 врачей, убыло — 21; в Аламединский район прибыло 27, выбыло — 26; такое же положение в Панфиловском, Кара-Суйском районах, в городах Ош, Майли-Сай и других.

Это объясняется, прежде всего, тем, что на местах не занимаются вопросами закрепления кадров, особенно молодых специалистов, которые стремятся переехать туда, где условия труда и быта лучше, где с ним проявляется внимание, где о них заботятся.

По-разному подходят к решению вопроса закрепления молодых специалистов на местах. В Иссык-Атинском районе, например, в течение нескольких лет отмечалась большая текучесть кадров среди врачей, но как только исполком занялся этим вопросом по-настоящему и принял меры, только за один год число врачей увеличилось на 15 человек, что, естественно, сказалось на улучшении показателей здравоохранения.

Большую заботу о медиках проявили в Наукатском районе. Решением райкома и райисполкома в текущем году строящийся 16-квартирный жилой дом полностью передан медицинским работникам.

Надо признать, что текучесть медицинских кадров связана не только с жилищно-бытовыми вопросами, но с недостатками в воспитательной работе, особенно среди молодых специалистов.

Успешное решение задач по улучшению охраны здоровья женщин и детей неразрывно связано с совершенствованием руководства учреждениями, улучшением подбора и расстановки руководящих кадров, повышением профессиональной ответственности за порученный участок, укреплением дисциплины.

Недостатки в работе медицинских, аптечных и других учреждений, в основном, являются следствием слабой организаторской работы отдельных руководителей.

В своем докладе на Пленуме ЦК Компартии Киргизии по совершенствованию работы с кадрами Турдакун Усубалиевич Усубалиев отметил: там, где руководители не требовательны к себе и подчиненным, подменяют живую работу с людьми администрированием, порой сами не соблюдают порядка, где на низком уровне состояние контроля и исполнительская дисциплина, там низки производственные показатели, и это в полной мере относится к руководителям лечебно-профилактических учреждений.

Слабо поставлена в наших учреждениях работа с резервом руководящих кадров. Порой из большого списка в общем-то хороших работников трудно выбрать кандидатуру на ту или иную должность. Поэтому вопросам подбора руководящих кадров всех рангов и степеней и впредь необходимо уделять особое внимание.

Сама жизнь заставляет нас более требовательно, шире смотреть на состояние здравоохранения сегодня, намечать новые перспективы его развития, вести активную подготовку для решения ключевых задач.

«Способность заниматься будничными делами, добиваться реальных результатов, постоянно сверять их с ходом жизни, — вот суть идеологической и организаторской работы», — указывает Михаил Сергеевич Горбачев.

Однако не все руководители рассматривают участие в идеологической и воспитательной работе как свою прямую обязанность.

Серьезной проверкой деловых и нравственных качеств, политической зрелости руководителей, общественным контролером их практической деятельности являются отчеты руководителей перед трудовыми коллективами. Они являются действенным средством усиления гласности о деятельности учреждения, помогают каждому члену коллектива яснее и четче ощутить свою кровную причастность ко всему, что совершается по воле партии, еще активнее бороться за претворение в жизнь ее предначертаний.

Между тем, отчеты многих руководителей нередко носят формальный характер, не вскрывают допущенных ошибок, вносят в настрой коллектива успокоение и благодушие, совершенно лишены самокритики, тем самым не пробуждают активность и инициативу масс. Такие отчеты приносят делу скорее вред, нежели пользу.

К сожалению, еще не изжиты факты снисходительного отношения к работникам, нарушающим нормы социалистической законности, морали и этики.

Всему этому должна даваться принципиальная партийная оценка, дабы ни один из подобных фактов не оставался без внимания и строгого осуждения коллектива.

Так, за допущенные организационные недостатки, ослабление требовательности и контроля, ухудшение воспитательной работы в коллективах коллегия освободила от занимаемых должностей главных врачей Сокулукского и Калининского районов. А врач-терапевт Ново-Николаевской врачебной амбулатории Калининского района за невыполнение своих прямых обязанностей на 3 месяца переведен на работу фельдшером.

Отдельные руководители не проявляют должной требовательности к повышению профессиональных знаний специалистов.

Последняя аттестация показала, что во многих коллективах она еще не стала действенной формой повышения их квалификации; довольно большое количество врачей недостаточно работают над собой, слабо повышают свои профессиональные знания, между тем объективная оценка знаний каждого должна стать критерием при расстановке кадров.

Не будет ошибкой сказать, что почти в каждом коллективе есть врачи, которые длительное время не проходят усовершенствования и, естественно, уровень их знаний не соответствует современным требованиям.

Особо следует отметить значение повышения квалификации фельдшеров, акушерок, патронажных сестер, работающих на фельдшерско-акушерских пунктах, являющихся передним краем здравоохранения. Именно от них, от уровня их знаний во многом зависит состояние медицинской помощи детям и матерям.

Между тем, руководители учреждений здравоохранения не проводят систематической целенаправленной работы по повышению профессиональной грамотности среди медицинских работников, не используют доступные им формы обучения, даже неполностью используется возможность их усовершенствования в специально созданном во Фрунзе меди-

цинском училище. Установленное задание по повышению квалификации средних медицинских работников отдельными районами Ошской и Таласской областей выполняется только на 40—60%.

А ведь именно в этих областях неблагополучно с детской заболеваемостью и смертностью.

Одной из причин непрочных знаний врачей и средних медицинских работников являются недостатки в подготовке их в учебных заведениях. Ибо там закладываются основы профессиональных знаний, формируется личность врача, медицинской сестры или фельдшера — как человека и гражданина.

В учебных заведениях еще недостаточно предъявляются требования к нравственным и этическим качествам медика. Все еще имеются серьезные дефекты в учебно-воспитательной работе.

Медицинский институт и училища, руководители лечебно-профилактических учреждений не проводят целенаправленной работы по профориентации школьников на будущую профессию. В результате нередко в учебные заведения попадают случайные люди, которые вскоре разочаровываются в выбранной профессии, в конечном счете они становятся весьма посредственными специалистами.

В медицинском институте мало внимания уделяется подбору абитуриентов по направлению колхозов и совхозов. Поэтому ректорату института, директорам училищ, особенно руководителям органов и учреждений следует обратить самое серьезное внимание на подбор абитуриентов. Это — один из важных моментов в подготовке и закреплении медицинских кадров на местах.

Здоровье детей — наша общая забота и обязанность. Мы должны вырастить и воспитать здоровое, физически крепкое поколение.

Улучшение показателей здоровья достигается там, где медицинские работники под руководством партийных и советских органов, совместно с руководителями колхозов, совхозов, предприятий и других организаций, с широким участием общественности проводят своевременно и в полном объеме мероприятия, направленные на дальнейшее улучшение охраны здоровья матери и ребенка.

У нас имеется немало примеров, подтверждающих, что уже сегодня при комплексном решении этих задач можно добиться стабильных показателей в укреплении здоровья детей как в городе, так и в сельской местности. К ним можно отнести города Фрунзе, Джалал-Абад, Токмак, Джанги-Джольский, Чуйский и другие районы.

К сожалению, так поставлена работа не везде.

В республике, хотя и имеется тенденция к снижению детской заболеваемости и смертности, эти показатели в течение ряда лет держатся на высоких цифрах. Недопустимо высоки они в Ошской и Таласской областях, а в Ленинпольском, Ляйлякском, Советском, Базар-Курганском, Таласском и других районах — почти в полтора раза превышают республиканские. Такое же положение в Тонском, Тогуз-Тороуском, Араванском, Баткенском, Панфиловском районах.

Понятно, что на показатели детской заболеваемости и смертности оказывает влияние целый ряд факторов, одним из которых является уровень общей и санитарной культуры населения.

В нашей повседневной жизни немало примеров, когда под влиянием обычаев, привычек, а иногда ради моды, в ущерб здоровью растрачиваются большие средства, определяющие бюджет семьи.

Медико-социальные обследования населения, проведенные в Базар-Курганском, Наукатском, Баткенском, Тонском и других районах, пока-

зали, что многодетные семьи здесь составляют около семидесяти процентов.

Подавляющее большинство из них имеют хорошо обставленные, добротные трех-четырёхкомнатные дома с приусадебными участками, крупный и мелкий рогатый скот, личные автомашины, мотоциклы и т. д. В этих семьях, как правило, питание оказалось однообразным, в рационе недостаточно мяса, молочных продуктов, овощей и фруктов. Выявлен большой процент ослабленных детей, страдающих рахитом и гипотрофией, и матерей с выраженным малокровием. Больше того, в Тонском районе более четверти родителей в той или иной мере злоупотребляли спиртными напитками.

Как видно, эти отклонения в здоровье женщин и детей складываются не за счет материальных затруднений в семье, а ввиду недостаточно проводимой пропаганды образа жизни.

В пропаганде здорового образа жизни, особенно в вопросах подготовки будущей матери к рождению и воспитанию здорового ребенка, неопенимая роль принадлежит медицинским работникам. Следует признать, что такая пропаганда ведется еще слабо, как впрочем и санитарно-просветительная работа по борьбе с вредными пережитками, пьянством и алкоголизмом. Недостаточно используется в этих целях многотысячный отряд активистов общества Красного Креста, которые могли бы оказать большую практическую помощь в патронаже беременных, детей раннего возраста, в проведении внутрисемейной пропаганды здорового образа жизни.

Охрана здоровья населения связана со многими бытовыми, хозяйственными, производственными факторами и выходит далеко за рамки чисто медицинских мер. В статье 3 «Закона о здравоохранении Киргизской ССР» записано, что «охрана здоровья населения является обязанностью всех государственных органов, предприятий, учреждений и организаций».

Министерствами и ведомствами принимались определенные меры по созданию здоровых и безопасных условий труда, по уменьшению вредного воздействия производственных факторов, переводу женщин с вредных и тяжелых участков производства. Между тем, на многих промышленных предприятиях, в строительстве, сельском хозяйстве положение Закона не выполняется. На предприятиях Министерства пищевой промышленности большое количество женщин продолжает трудиться в условиях, вредных для здоровья. На некоторых предприятиях легкой промышленности остается высоким уровень шума, загазованность в рабочих помещениях в два раза превышает допустимый уровень; не обеспечиваются нормальные условия труда женщин в сельскохозяйственном производстве.

Ряд технологических операций по обработке табака зачастую проводится вручную, причем к труду привлекаются беременные и кормящие женщины, а иногда даже дети. Нередко нарушаются правила техники безопасности и санитарные нормы в работе женщин с ядохимикатами и минеральными удобрениями.

В ряде хозяйств республики все еще недостаточно механизмируются процессы работ, связанных с протравкой семян, которая производится вручную, увеличивая тем самым контакт с вредными веществами.

Слабо внедряются средства механизации, медленно вводятся новые нормы предельно допустимых нагрузок, где женщины заняты перемещением тяжестей вручную. До сих пор не везде созданы комнаты личной гигиены женщин, совершенно недостаточно выделяется рабочей одежды,

не обеспечивается спецпитание для занятых на работе с производственными вредностями и т. д.

Все это способствует не только росту заболеваемости с временной утратой трудоспособности, но и отражается на состоянии здоровья женщин и будущего потомства.

Чрезвычайно важное значение имеет дальнейшее развитие дошкольных учреждений республики.

В связи с тем, что существующие дошкольные учреждения переуплотнены, количество детей в группах в полтора-два раза превышает нормативы (а в большинстве из них даже не организованы изоляторы), среди детей отмечается повышенная заболеваемость.

Создание нормальных условий в дошкольных учреждениях — это забота не только о здоровье детей, но и один из резервов снижения временной нетрудоспособности среди женщин.

Можно привести пример положительного опыта работы детского сада Каиндинского сахарного завода, где, благодаря организации санаторных групп, в 15 раз снизилась заболеваемость, улучшилось физическое развитие детей; тем самым на производстве получен значительный экономический эффект.

Одним из серьезных факторов оздоровления женщин, тем более беременных и матерей, являются санатории и профилактории. Однако министерства, ведомства, хозяйственные органы, отраслевые комитеты профсоюзов, колхозы, совхозы, где преобладает женский труд, вопросу организации профилакториев не уделяют никакого внимания.

В Министерстве легкой промышленности, где работает около 50 тысяч женщин, имеется один маленький санаторий-профилакторий на 50 мест, в котором в течение года можно оздоровить лишь один процент работающих. А большинство министерств, в системе которых также преобладает труд женщин, вообще не имеют санаториев-профилакториев. А если даже и имеют, то там, как правило, в основном, оздоравливаются мужчины...

Вот как мы проявляем заботу о здоровье женщин и матерей!

Между тем, профилактории-санатории не только сохраняют здоровье трудящихся, но и сберегают трудовые ресурсы. Вот наглядный пример: анализ изучения эффективности оздоровления в санатории-профилактории приборостроительного завода показал, что среди прошедших лечение в профилактории заболеваемость снизилась на 30—35 процентов.

Одним из определяющих факторов в комплексе профилактических мероприятий по укреплению здоровья детей, снижению заболеваемости является организация рационального питания.

Во многих городах и районах дети в яслях, больницах и школах до сего времени не обеспечиваются достаточным количеством молока и молочными продуктами.

По-прежнему молокоперерабатывающими предприятиями отпускается молоко с пониженной жирностью, из которого невозможно вырабатывать для детей первого года жизни сливки, творог и другие продукты нужного качества.

В республике не решается вопрос выпуска плодоовощных консервов и соков в мелкой расфасовке, а в городах Ош, Пржевальск, Нарын, Токмак на молокозаводах не организованы цехи детского питания.

Несмотря на неоднократные замечания со стороны Центрального Комитета и правительства республики, Министерства мясомолочной промышленности и плодоовощного хозяйства до сих пор не решают эти вопросы.

Все еще неудовлетворительна база молочных кухонь во многих городах и районах республики. Так, совершенно не соответствуют элементарным санитарно-гигиеническим нормам молочные кухни в Ленинпольском, Карасуйском, Ак-Талинском, Тянь-Шаньском районах, в г. Фрунзе и др.

В рационе питания детей преобладают мучные и кондитерские изделия, а такие основные продукты питания, как молоко, мясо, масло, овощи выделяются для них в недостаточном количестве, что снижает защитные реакции организма. Например, в колхозе «Чаяк» Джумгалского района (председатель тов. Кыдыралиев) для детских дошкольных учреждений в 1984 году было выдано вместо 1224 кг мяса только 130 кг, а в колхозе «Орнок» этого же района (председатель тов. Джусупов) вместо семи с половиной тысяч литров молока выделено только 163 литра. А вот директор совхоза Нижне-Чуйский Сокулукского района тов. Орел не только не интересуется состоянием здоровья руководимого им коллектива, но и отказывает в молоке даже маленьким детям.

А как можно расценивать действия председателя колхоза им. Жданова Тянь-Шаньского района тов. Хакематова, когда в хозяйстве была закрыта молочная кухня, в связи с отправкой медицинского работника на сельскохозяйственные работы?

В день проверки на одном из полевых станций колхоза «Комсомол» Базар-Курганского района находилось 12 детей в возрасте от двух месяцев до 5 лет. На питание им были выделены только один литр 10-процентной манной каши и 400 гр. печенья! А матери этих детей и другие женщины, работающие на табаке, не были обеспечены не только горячим питанием, но даже и доброкачественной питьевой водой. А ведь за эти факты никто не понес наказания!

В охране здоровья детей и матерей определяющее значение имеют первичные звенья здравоохранения, в частности фельдшерско-акушерские пункты.

Именно в зоне обслуживания этих учреждений проживает более шестидесяти процентов женщин и детей. Тем не менее, материально-техническая база большинства фельдшерско-акушерских пунктов не отвечает элементарным санитарно-гигиеническим нормам, они не телефонизированы, плохо отапливаются, не обеспечены транспортом. Достаточно сказать, что в Тонском районе из 22 фельдшерских пунктов 20 ютятся в двухкомнатных помещениях (тогда как по существующим нормам фельдшерско-акушерский пункт должен иметь минимум 7—8 комнат), 19 из них требуют ремонта. При этом только 5 пунктов телефонизированы. По этим и другим причинам показатель детской заболеваемости и смертности в районе в полтора-два раза выше, чем по области.

Такое положение не только в Тонском районе.

К сожалению, ни исполкомы местных Советов, ни руководители колхозов и совхозов до сих пор не хотят вплотную заниматься этими делами.

А руководители органов и учреждений здравоохранения мирятся с таким положением, редко бывают в этих учреждениях, не ставят остро и принципиально эти вопросы перед партийными и советскими органами.

В этом смысле серьезные претензии следует предъявить областным отделам здравоохранения, научно-исследовательским институтам и другим республиканским учреждениям, работники которых очень редкие «гости» на фельдшерских пунктах.

Не менее важной формой в улучшении медицинской помощи сельско-

му населению являются формы медицинск

В организации, однако руководители, ответственности этого дела обслуживания населения порт зачастую порт техники не обеспечивают частей.

Кстати, сегодня до сорока пр

В дальнейшем, но значение им

В интенсификации в практику достижений совершенствовани

Тесный союз годняшнего дня

Вместе с тем, ниим их из лабораторного времени; руется.

И сегодня многие учреждений (особенно кафедр медицинских и санитарно-гигиенических здравоохранения) еще внедряются рекомендаций отечественными специалистами институтами здравоохранения процесса.

Ученому медицинскому пересмотреть тем, связанные со здоровьем и другие.

В заключение заверить Центральную республику в том, что будущее для дальних детям.

му населению является дальнейшее совершенствование передвижных форм медицинского обслуживания.

В организации этой работы в республике накоплен большой опыт, однако руководители многих районов не понимают всей важности и серьезности этого дела. По их вине часто срываются графики выездов в зону обслуживания ФАПов. Специально выделенный для этих целей транспорт зачастую простаивает из-за неисправности, а учреждения сельхозтехники не обеспечивают ФАПам первоочередное выделение запасных частей.

Кстати, сегодня по этой причине в республике простаивает от двадцати до сорока процентов санитарного автотранспорта!

В дальнейшем повышении уровня и качества медицинской помощи важное значение имеет ускорение научно-технического прогресса.

В интенсификации отрасли здравоохранения, быстрейшем внедрении в практику достижений науки и техники заложены огромные резервы совершенствования службы здоровья.

Тесный союз с практическим здравоохранением — вот формула сегодняшнего дня для медицинской науки.

Вместе с тем, разрыв между уровнем научных достижений и внедрением их из лабораторий в работу больниц и поликлиник занимает очень много времени; эффективность внедряемых рекомендаций не анализируется.

И сегодня мы должны сказать в адрес научно-исследовательских учреждений (особенно института акушерства и педиатрии), профильных кафедр медицинского института: они в большом долгу перед практическим здравоохранением. Имеющиеся ценные научные разработки пока еще внедряются плохо, большое количество диссертаций и методических рекомендаций оседают в библиотеках или, в лучшем случае, используются самими авторами. Поэтому медицинскому и научно-исследовательским институтам необходимо внедрение научных достижений в практику здравоохранения рассматривать как конечный этап исследовательского процесса.

Ученому медицинскому совету Минздрава следует, не откладывая, пересмотреть тематику научных исследований, направив их на проблемы, связанные со снижением детской заболеваемости, социальной медицины и другие.

В заключение разрешите от имени участников настоящего собрания заверить Центральный Комитет Компартии Киргизии, правительство республики в том, что медицинские работники сделают все от них зависящее для дальнейшего улучшения медицинской помощи женщинам и детям.

Речь секретаря ЦК Компартии Киргизии А.К.Карыпкулова

Товарищи!

Коммунистическая партия и советское государство всегда считали и считают развитие народного здравоохранения одним из важнейших направлений своей социальной политики.

На апрельском (1985 г.) Пленуме ЦК КПСС Генеральный секретарь ЦК КПСС Михаил Сергеевич Горбачев подчеркнул, что в настоящее время «все большее значение в жизни общества и каждого человека, а значит и в социальной политике партии, приобретают такие сферы как здравоохранение и народное образование».

Широкий комплекс мер по дальнейшему развитию и совершенствованию работы системы народного здравоохранения закреплен в Конституции СССР, Основах законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении, предусмотрен в решениях XXVI съезда партии, последующих постановлениях ЦК КПСС.

Неуклонно руководствуясь решениями партии, республиканская партийная организация уделяет постоянное внимание развитию народного здравоохранения. В последние годы принят ряд постановлений ЦК Компартии Киргизии и Совета Министров Киргизской ССР по таким важным вопросам, как улучшение всей работы по охране здоровья населения, укрепление материальной базы здравоохранения и воспитание медицинских работников, создание условий для более широкой организации специализированной помощи, расширение санаторно-курортного лечения и отдыха трудящихся, оздоровление окружающей среды и другим.

Последовательное выполнение принятых решений обусловило значительное улучшение практически всех показателей здравоохранения: совершенствуется его организация, расширилась сеть лечебно-профилактических учреждений, укреплена их материально-техническая база, повысился уровень профессионального мастерства медработников, качество медицинской помощи населению, в практику здравоохранения все больше входят новейшие достижения медицинской науки.

Повседневное внимание уделяется одной из наиболее важных отраслей здравоохранения — совершенствованию службы охраны здоровья матери и ребенка. И это закономерно. Женщина-мать, женщина-труженица всегда была окружена заботой партии и правительства, ей предоставлены большие права и льготы. Особым уважением у нас пользуются многодетные матери.

Как уже здесь отмечалось, свыше 28 тысяч женщин республики удостоены почетного звания «Мать-героиня», более 170 тысяч многодетных матерей получают пособия и пользуются установленными льготами, на что расходуется свыше 70 миллионов рублей ежегодно.

Только за четыре с половиной года текущей пятилетки награждены орденами и медалями около 780 тысяч женщин, а свыше четырех тысяч восьмисот из них стали «матерями-героинями».

Постоянно раз-
учреждений позн-
полноценным тр-

Как и в целом
та по дальнейше
щи женщинам и
здравоохранения
ций, родильных
учреждений.

Определенны
работы детских
шей республике,

Вместе с тем,
ЦК КПСС, а та
Компартии Кирг
в республике все

Прежде всего
ется сеть детских
сультаций и роди
но-техническая б
шениях, особенно
родильными кой
того в городах.

Немало недос
лактической раб
специализирован
лем в организаци
ной мере обуслов
который все еще

В принятом п
Киргизии и Со
комплекс конкрет
териально-технич
больниц и поликли
повышение качес
ние организации
развитие семейно

Обсуждение в
ников республики
в указанном пост
этой проблеме за
взгляд, сегодня с
ствовании охраны
здравоохранения
ательно проанали
охранения, вскры
ных предложений
замечания будут
партии Киргизии
приняты практич
шего улучшения

Особую озабо
базы детских н
прозвучало и во

Постоянно развивающаяся сеть детских садов и яслей, медицинских учреждений позволяет женщинам успешно сочетать воспитание детей с полноценным трудом во всех отраслях народного хозяйства.

Как и в целом по стране, в республике проведена значительная работа по дальнейшему совершенствованию организации медицинской помощи женщинам и детям. С каждым годом расширяется сеть учреждений здравоохранения, больниц, поликлиник, женских и детских консультаций, родильных домов, детских дошкольных и санаторно-курортных учреждений.

Определенные достижения в развитии здравоохранения, улучшении работы детских и женских лечебно-профилактических учреждений в нашей республике, безусловно, имеются.

Вместе с тем, как показало изучение состояния этой работы бригадой ЦК КПСС, а также рассмотрение в августе текущего года на бюро ЦК Компартии Киргизии, в организации охраны здоровья женщин и детей в республике все еще имеются серьезные недостатки и упущения.

Прежде всего, медленнее, чем этого требуют интересы дела, развивается сеть детских лечебно-профилактических учреждений, женских консультаций и родильных домов, недостаточно укрепляется их материально-техническая база. Нередко они размещены в приспособленных помещениях, особенно в сельской местности, где обеспеченность детскими и родильными койками все еще значительно отстает от уровня, достигнутого в городах.

Немало недостатков допускается в организации лечебной и профилактической работы среди женщин и детей, все еще слабо развивается специализированная медицинская помощь им, много нерешенных проблем в организации полноценного детского питания. Все это в значительной мере обуславливает медленное снижение уровня детской смертности, который все еще выше среднесоюзного показателя.

В принятом по данному вопросу развернутом решении ЦК Компартии Киргизии и Совета Министров республики предусмотрен широкий комплекс конкретных мероприятий, направленных на укрепление материально-технической базы женских консультаций, родильных домов, больниц и поликлиник, детских медицинских и дошкольных учреждений, повышение качества медицинской помощи женщинам и детям, улучшение организации детского питания, особенно на селе, дальнейшее развитие семейного отдыха.

Обсуждение этого вопроса на собрании актива медицинских работников республики должно способствовать решению задач, определенных в указанном постановлении. Такой представительный форум медиков по этой проблеме за последние годы у нас проводится впервые. И, на наш взгляд, сегодня состоялся деловой, взыскательный разговор о совершенствовании охраны здоровья женщин и детей. В докладе министра здравоохранения республики т. Тургунбаева О. Т. и выступлениях обстоятельно проанализировано положение дел в этой важной сфере здравоохранения, вскрыты имеющиеся недостатки, прозвучало много конкретных предложений по их устранению. Высказанные здесь предложения и замечания будут тщательно изучены, обобщены и доложены ЦК Компартии Киргизии. По их реализации соответствующими органами будут приняты практические меры. Это, безусловно, поможет делу дальнейшего улучшения медицинского обслуживания детей и женщин.

Особую озабоченность вызывает состояние материально-технической базы детских и женских лечебно-профилактических учреждений. Это прозвучало и во многих выступлениях на сегодняшнем активе. В нас-

тоящее время в республике не хватает свыше трех тысяч акушерских и около тысячи гинекологических коек, а существующие крайне переуплотнены.

Несмотря на создавшееся положение, строительство объектов здравоохранения ведется неудовлетворительно.

Судите сами. Из 62 миллионов рублей капитальных вложений, выделенных на строительство объектов здравоохранения в текущей пятилетке, освоено всего около 35 миллионов рублей, или 55 процентов.

Министерством строительства (т. Исанов Н.) за годы одиннадцатой пятилетки по отрасли здравоохранения при плане 26 с половиной миллионов рублей выполнено работ только на 15 миллионов рублей.

Три года не обеспечивается ввод завода по ремонту медицинской техники, не обеспечен ввод морфологического корпуса в г. Фрунзе, родильного дома в г. Пржевальске.

Министерством сельского строительства (министр т. Кондрашов И. П.) за полтора года на строительстве детского корпуса в селе Покровка Манасского района освоено только 24 процента выделенных средств.

К сожалению, нередко случаи, когда строительство медицинских учреждений неоправданно затягивается, объекты сдаются с большими недоделками, а подрядные строительные организации и заказчики вместо делового решения пытаются свалить вину друг на друга.

Так, больница в селе Иваново-Алексеевке Таласского района при норме строительства два с половиной года строилась в течение 8 лет. В 1983 году объект сдан с большими недоделками. Сейчас больница находится в аварийном состоянии и подлежит закрытию.

Другой пример. Больница скорой медицинской помощи г. Фрунзе строилась 10 лет, сдана с большими недоделками в 1978 году. Отдельные отсеки все последующие годы не эксплуатировались из-за недоделок, до сих пор устраняется брак строителей.

Сложилась очень тревожная ситуация с родильными домами в г. Фрунзе. Обеспеченность родильными койками здесь ниже республиканской, многие годы не было строительства родильных домов, несмотря на значительный рост населения. Сданный в эксплуатацию в текущем году роддом из-за недоделок не может нормально функционировать.

Министерство сельского хозяйства республики не выполнило задания по строительству в 1983—1985 годах 12 сельских врачебных амбулаторий — до настоящего времени не введена ни одна амбулатория. Надо прямо сказать, что те руководители, которые расценивают свои производственные дела в отрыве от здоровья народа, проявляют не только хозяйственную, но и политическую близорукость.

Неудовлетворительно строились молочные кухни. Из предусмотренных к вводу до 1986 года молочных кухонь на 44 тысячи порций в сутки открыто только на пять с половиной тысяч порций в сутки (не построено в Манасском, Чаткальском, Тянь-Шаньском, Ак-Суйском, Иссык-Кульском районах, в г. Фрунзе — на 25 тысяч порций).

Плохо выполняются задания по строительству детских санаториев, открытию специализированных дошкольных учреждений, не построено ни одного цеха детского питания из предусмотренных четырех (Ош, Пржевальск, Нарын, Токмак).

Здесь виноваты и руководители медицинских учреждений, которые обязаны оказывать существенное влияние на ход строительства объектов здравоохранения, своевременно информировать партийные и советские органы о ходе строительства, в необходимых случаях бить тревогу при невыполнении задания.

Строительные и советским органам разобраться с причинами и всеми мерами для быстрого выполнения работ.

Это тем более напряженные задачи, которые возлагаются на строительные организации, которые призваны вводить в эксплуатацию коек, а поликлиники и смену.

Кроме того, в СССР одобрили бы решения Советов народных депутатов о значительном числе родильных домов, кооперированных с местными органами здравоохранения.

И выполненные работы стать первостепенными организационными задачами и второстепенными для нас — о здоровье населения.

С другой стороны, существующих архитектурных учреждений помещений, местных партийных комитетов, водителей медицинских учреждений, в настоящее время.

Это привело к тому, что даже водопроводные работы. До настоящего времени в фельдшерско-акушерскими пунктами. Каждый зимний период, задерживаются, пользуются.

Думается, для республиканских органов необходимо хозяйственно в этих словах, а на деле, в партийных, в цинских учреждениях.

В последние годы шилась организационного вида, не все нуждающихся кухонь и чашек (т. Каним), детского питания, одна из главных обязанностей — разъяснить сельским районам факты, когда они

Строительным министерствам и ведомствам, Минздраву, партийным и советским органам на местах необходимо безотлагательно и детально разобраться с положением дел на каждом строящемся объекте, принять все меры для безусловного выполнения плана строительно-монтажных работ.

Это тем более важно, что указанным постановлением утверждены напряженные задания на XII пятилетку по строительству детских и родовспомогательных учреждений. Только за счет госкапвложений планируется ввести детских больниц и родильных домов и отделений на 1240 коек, а поликлиник и женских консультаций — на 1800 посещений в смену.

Кроме того, ЦК Компартии Киргизии и Совет Министров Киргизской ССР одобрили предложения исполкомов областных, городских и районных Советов народных депутатов о строительстве в текущей пятилетке значительного числа детских отделений в больницах и поликлиниках, родильных домов и отделений, детских дошкольных учреждений за счет кооперированных средств предприятий и хозяйств.

И выполнение этой напряженной строительной программы должно стать первостепенной заботой партийных, советских органов, строительных организаций и органов здравоохранения. Здесь не должно быть мелочей и второстепенных дел, ибо речь идет о самом дорогом для всех нас — о здоровье детей, нашего будущего.

С другой стороны, надо навести должный, хозяйский порядок в существующих акушерско-гинекологических и детских лечебно-профилактических учреждениях, особенно в тех, что расположены в приспособленных помещениях, а их у нас более половины. Надо прямо сказать, что местные партийные и советские органы, да и областные и районные руководители медицинских учреждений не занимаются этим вопросом по настоящему.

Это привело к тому, что 30 процентов таких учреждений не имеют даже водопровода, половина — горячего водоснабжения и канализации. До настоящего времени более половины сельских врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов не имеют телефонной связи с районными центрами. Капитальный ремонт их, как правило, проводится в осенне-зимний период, когда повышается заболеваемость населения, сроки его затягиваются, в результате имеющиеся больничные койки не используются.

Думается, ликвидация этих недостатков не требует вмешательства республиканских органов, здесь не нужны какие-то указания сверху. Необходимо хозяйское, рачительное отношение к делу, забота о детях не на словах, а на деле. И ЦК будет строго спрашивать с руководителей местных партийных, советских и хозяйственных органов, руководителей медицинских учреждений за решение всех этих важных вопросов.

В последние годы в сельской местности республики несколько улучшилась организация питания детей раннего возраста. Однако из-за ограниченного выделения средств на эти цели исполкомами местных Советов не все нуждающиеся семьи обеспечены бесплатным питанием из молочных кухонь и через торговую сеть. К тому же Минмясомолпром республики (т. Каниметов) не выполняет задание по строительству цехов детского питания в городах Ош, Пржевальск, Токмак, Нарын. Пожалуй, одна из главных причин высокой смертности детей — это неудовлетворительное обеспечение детским питанием. С другой стороны, из-за слабой разъяснительной, пропагандистской работы, особенно в отдаленных сельских районах, не используется имеющееся детское питание, и есть факты, когда оно тоннами списывается.

Не на должном уровне проводится лечебная и профилактическая работа среди женщин и детей. Слабо развивается специализированная детская медицинская помощь.

Все эти недостатки приводят к тому, что показатели детской и материнской смертности остаются еще высокими, в полтора раза выше среднесоюзного показателя. Наиболее высокая детская смертность в Ошской и Таласской областях, материнская — в Иссык-Кульской и Ошской областях. Местным партийным и советским органам, Министерству здравоохранения и его органам на местах необходимо проявить максимум усилий в ее снижении, в полной мере использовать такие рычаги, как реконструкцию материальной базы лечебно-профилактических учреждений с учетом современных требований, насыщение их современным медицинским оборудованием, развитие специализированной помощи женщинам и детям, повышение ответственности медицинских кадров за результаты своей работы, за санитарную культуру населения.

Иного пути кардинального улучшения медицинского обслуживания матерей и детей нет. Здесь зарождается жизнь, здесь закладывается фундамент здоровья населения, и нужно, чтобы фундамент этот был прочным смолоду.

Этой же задаче должна быть подчинена вся работа с кадрами здравоохранения. Необходимо добиться, чтобы каждый медицинский работник трудился с полной отдачей, с максимальным использованием накопленных знаний и передовых достижений медицинской науки, имел возможность их периодически пополнять, осознавая ответственность, важность и сложность доверенного участка работы, проявлять чуткое и внимательное отношение ко всем тем, кто обращается за медицинской помощью.

К сожалению, далеко не все руководители учреждений здравоохранения и сами врачи в полной мере осознают всю меру своей ответственности, социально-политической значимости своей работы, не принимают должных мер к использованию всех имеющихся резервов ее улучшения, не всегда остро, грамотно и аргументированно ставят вопросы улучшения охраны здоровья женщин и детей перед советскими, партийными органами, не проявляют должной настойчивости в их решении.

Еще немало фактов бездушного отношения к больным, о чем говорят многочисленные жалобы трудящихся, факты неудовлетворительного руководства здравоохранением, низкий уровень профессионального мастерства и отсутствие стремления повышать свои знания, грубые ошибки в диагностике и лечении, подчас заканчивающиеся трагически. В известной мере это является результатом слабой подготовки медиков в вопросах этики, деонтологии, да и в специальных вопросах тоже.

В настоящее время в лечебно-профилактических учреждениях трудится около 12 тысяч врачей и более 32 тысяч средних медицинских работников, т. е. на каждые десять тысяч человек населения приходится 30 врачей и 81 средний медработник. Ежегодно в учреждении здравоохранения республики направляется до 700 врачей и около трех тысяч средних медицинских работников.

Однако обеспеченность и врачами, и средними медработниками остается ниже союзного уровня, особенно в сельской местности, где обеспеченность врачами-педиатрами и акушерами-гинекологами в четыре раза ниже, чем в городах. Вызывает тревогу большая текучесть кадров внутри республики. Например, в 1984 году сменили место работы 782 врача и 2850 средних медицинских и фармацевтических работников.

Во многом текучесть их, особенно молодых специалистов, объясняется

отсутствием должных условий.

Местным учреждениям здравоохранения необходимо использовать возможности строителей, использовать возможности специалистов, в том числе архитекторов, в том числе архитекторов, в том числе архитекторов,

Другая причина недостатков — в учебных заведениях, в том числе в техникумах, в том числе в техникумах, в том числе в техникумах, в том числе в техникумах, в том числе в техникумах,

Важной задачей является организация работы, сохранение здоровья населения, улучшение условий жизни, улучшение условий жизни, улучшение условий жизни,

В этом направлении необходимо использовать все возможности, использовать все возможности, использовать все возможности, использовать все возможности, использовать все возможности,

Недостатком является отсутствие необходимых кадров, отсутствие необходимых кадров, отсутствие необходимых кадров, отсутствие необходимых кадров, отсутствие необходимых кадров,

Мы остаемся не обеспеченными кадрами, не обеспеченными кадрами, не обеспеченными кадрами, не обеспеченными кадрами, не обеспеченными кадрами,

Имея Иссык-Кульское море, пор не построили, пор не построили, пор не построили, пор не построили, пор не построили,

Ни Киргизские горы, ни Киргизские горы, ни Киргизские горы, ни Киргизские горы, ни Киргизские горы,

Важнейшим условием является санитарная культура, санитарная культура, санитарная культура, санитарная культура, санитарная культура, санитарная культура,

Санитарная культура является основой здоровья населения, санитарная культура является основой здоровья населения, санитарная культура является основой здоровья населения, санитарная культура является основой здоровья населения, санитарная культура является основой здоровья населения,

отсутствием должного внимания к ним и надлежащих жилищно-бытовых условий.

Местным партийным, советским органам, руководителям здравоохранения необходимо принять все меры по закреплению молодых специалистов на местах, обеспечению их жильем, добиваться выделения ссуд на строительство собственных домов и хозяйственное обустройство, шире использовать возможности хозяйств по строительству жилья для специалистов, в том числе и медицинских работников.

Другая причина большой текучести кадров кроется в существенных недостатках комплектования учебных заведений. В мединститут и медицинские училища практически не принимается молодежь по направлениям колхозов и совхозов, особенно из тех районов, где наиболее низка обеспеченность медицинскими кадрами. Между тем, другие вузы республики уже широко практикуют прием студентов по рекомендациям трудовых коллективов. Минздраву и ректорату мединститута (г. Данияров) пора развернуть эту работу в полной мере, конкретнее заниматься профориентацией молодежи, привлечь к этому медицинских работников.

Важной частью работы по охране здоровья женщин и детей является организация охраны труда женщин-тружениц от повреждающих воздействий, сохранить и приумножить ее здоровье, поскольку от этого в решающей степени зависит здоровье грядущих поколений.

В этом направлении делается немало. Однако еще не везде в должной мере используются возможности планового оздоровления женщин через санатории-профилактории, особенно на промышленных предприятиях с преимущественным использованием женского труда, где продолжает оставаться высокой заболеваемость с временной потерей трудоспособности.

Недостаточно настойчиво решаются вопросы выведения женщин с тяжелых и вредных работ (особенно в табачном производстве). Из-за технологических нарушений допускается высокий уровень профзаболеваний на Ошском шелковом комбинате, Фрунзенском обувном объединении. И в этих вопросах существенную помощь медикам должны оказать профсоюзы.

Мы остаемся в большом долгу перед женщинами-матерями в вопросах обеспечения санаторно-курортным лечением вместе с детьми.

Имея Иссык-Куль — один из уникальнейших водоемов, мы до сих пор не построили там своего детского легочного курорта. А между тем, половина умерших детей погибли от легочных заболеваний.

Ни Киргизсовпроф, ни его отраслевые профсоюзные комитеты, ни Совет по управлению курортами не решают этого вопроса, как, кстати и другие вопросы охраны труда, отдыха и оздоровления женщин.

Важнейшим условием охраны здоровья населения является повышение санитарной культуры, широкая пропаганда гигиенических знаний, здорового образа жизни, борьбы с вредными привычками, создание необходимых условий на производстве, неукоснительное соблюдение трудового законодательства.

Санитарная или медицинская культура населения не может рассматриваться в отрыве от общей культуры, и тот факт, что на сегодня наше население нерационально питается при хорошей обеспеченности семей, не всегда соблюдает гигиену жилищных мест и помещений при наличии больших домов и приусадебных участков, нерационально одевает детей, не занимается с ними с первых дней жизни спортом и закаливанием говорит о том, что нужно серьезно задуматься не только медицинским работникам, но и руководителям партийных, советских, хозяйственных ор-

ганов, органов культуры, образования, просвещения, пропаганды, общественных организаций.

Все эти вопросы были отражены в комплексном плане основных мероприятий по санитарному обеспечению и воспитанию населения Киргизской ССР. К его выполнению было привлечено более 30 министерств, ведомств и общественных организаций.

Однако уровень общей и санитарной культуры населения продолжает оставаться низким, особенно на селе, руководителями министерств, ведомств, общественных организаций слабо осуществляется контроль на местах по выполнению намеченных мероприятий.

Сегодня профилактика заболеваний, борьба за здоровье населения должна вестись повсеместно, широким фронтом, с активным участием всех министерств, ведомств, профсоюзных органов, женских советов на местах, под постоянным контролем партийных комитетов, Советов народных депутатов.

Всем, кто в своей практической деятельности связан с охраной здоровья трудящихся, следует приложить максимум усилий, чтобы выполнить наказ партии, прозвучавший на XXVI съезде партии: «Надо сделать все, чтобы советский человек всегда и повсюду мог получать своевременную, квалифицированную и чуткую медицинскую помощь».

Сейчас, как вы знаете, товарищи, наша партия и советский народ переживают важный и ответственный период — период непосредственной подготовки к очередному XXVII съезду КПСС. Вся жизнь партии и страны проходит под знаком неуклонного выполнения решений апрельского (1985 г.) Пленума ЦК КПСС, утвердившего курс партии на ускоренное социально-экономическое развитие страны на основе внедрения достижений научно-технического прогресса, интенсификации производства, повышения качества работы, укрепления трудовой дисциплины и порядка.

Неуклонное выполнение этих ключевых, основополагающих требований партии имеет решающее значение и для эффективной работы всей системы здравоохранения. Повышение качества медицинской помощи, профессионального уровня медицинских работников, эффективности работы лечебно-профилактических учреждений, широкое внедрение новейших достижений медицинской науки в практику здравоохранения, наведение должного порядка и четкости в работе всех звеньев — эти задачи являются наиболее актуальными и в организации охраны здоровья женщин и детей.

И в их практическом решении должны принимать самое активное участие местные Советы, хозяйственные органы, предприятия и хозяйства, профсоюзные и комсомольские организации, вся наша общественность. Их усилия должны быть четко скоординированы партийными комитетами.

В улучшении партийного руководства всей работой по дальнейшему улучшению охраны здоровья женщин и детей — одно из главных условий успеха. Эти вопросы надо чаще рассматривать на бюро и секретариате обкомов, горкомов и райкомов партии, в партийных организациях. Надо добиваться, чтобы каждый коммунист из числа медицинских работников был по-настоящему достойным представителем этой гуманной профессии, активным бойцом за все новое, передовое, непримиримым ко всякого рода негативным проявлениям, порочащим высокое звание медика.

Кардинальное улучшение охраны здоровья женщин и детей — дело общегосударственное, общепартийное. Именно здесь начинается практическое воплощение в жизнь лозунга партии «Все лучшее — детям!» Поэтому всеобщее деловое, действенное внимание к этой важной сфере здравоохранения — это не просто проявление доброй воли, а обязан-

ность, долг всех общественных организаций. Разрешите, товарищи, обратиться к вам с просьбой о помощи в решении этой задачи. Мы будем признательны вам за любую помощь, которую вы сможете оказать.

собрания

«О задачах здравоохранения по дальнейшей работе»

Заслушав доклад тов. Тургунова о состоянии здравоохранения по данным республиканского обследования, что партийными органами здравоохранения, м.б. определенная работа.

Благодаря деятельности материнских комитетов, созданными кадрами технической базы, лечебно-профилактических учреждений, поликлиниками, кабинетами акушер-гинекологов.

Несколько лет, особенно в последние годы, получили передовую медицинскую помощь возросла.

Вместе с тем отмечается, что в организации охраны здоровья женщин и детей. Несмотря на значительные средства систем здравоохранения, млн. рублей как объектов здравоохранения. Многие объекты.

Существуют недостатки, недостаточно охватывает свыше 50% крайне недостаточного педиатрических работниками еще Советскими и не слабо решаются на местах, обеспечения жизни.

В значительной мере шероховатости гинекологической помощи.

ность, долг всех наших партийных, советских, хозяйственных органов, общественных организаций.

Разрешите, товарищи, выразить уверенность в том, что работники здравоохранения республики приложат все свои знания, опыт и энергию для претворения в жизнь решений партии и правительства по вопросам здравоохранения и обеспечат дальнейшее улучшение охраны здоровья женщин и детей.

РЕЗОЛЮЦИЯ

собрания республиканского актива медицинских работников
от 14 сентября 1985 года

«О задачах органов и учреждений здравоохранения республики
по дальнейшему улучшению охраны здоровья женщин и детей
в республике»

Заслушав и обсудив доклад министра здравоохранения Киргизской ССР тов. Тургунбаева О. Т. «О задачах органов и учреждений здравоохранения по дальнейшему улучшению охраны здоровья женщин и детей в республике», собрание актива медицинских работников отмечает, что партийными, советскими, хозяйственными органами, органами здравоохранения, министерствами, ведомствами республики проводится определенная работа по улучшению здоровья женщин и детей.

Благодаря постоянной заботе партии и правительства, система охраны материнства и детства в республике располагает сегодня подготовленными кадрами, значительным научным потенциалом и материально-технической базой. В настоящее время функционируют 12 тысяч педиатрических и более 6 тысяч акушерско-гинекологических коек; амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается 153 женскими и 228 детскими поликлиниками и консультациями, где работают свыше 2,5 тысяч врачей-гинекологов и педиатров.

Несколько улучшилось качество медицинской помощи женщинам и детям, особенно в условиях сельской местности. Дальнейшее развитие получили передвижные формы обслуживания, специализированная медицинская помощь женщинам и детям. За последние пять лет рождаемость возросла с 29,6 до 32,1 (на 7,8%) на 1000 населения.

Вместе с тем, собрание актива медицинских работников республики отмечает, что в работе по дальнейшему улучшению охраны здоровья женщин и детей все еще имеются серьезные недостатки и упущения. Несмотря на слабую базу лечебно-профилактических учреждений, неудовлетворительно ведется их строительство, выделяемые на эти цели средства систематически не осваиваются. Так, в XI пятилетке из 62 млн. рублей капитальных вложений, предусмотренных на строительство объектов здравоохранения, освоено всего около 35 млн. рублей (55%). Многие объекты здравоохранения сдаются с большими недоделками.

Существующие родильные и детские учреждения переуплотнены, недостаточно обеспечены современной аппаратурой. В республике не хватает свыше трех тысяч акушерских, около 1000 гинекологических, крайне недостаточно детских инфекционных коек. Обеспеченность населения педиатрами, акушерами-гинекологами, средними медицинскими работниками еще отстает от союзного уровня; высока текучесть кадров. Советскими и хозяйственными органами, органами здравоохранения слабо решаются вопросы закрепления кадров медицинских работников на местах, обеспечения их жильем, улучшения бытовых условий их жизни.

В значительном повышении нуждается квалификация кадров акушеров-гинекологов, педиатров и средних медицинских работников.

Медицинским институтом и училищами слабо осуществляются отбор абитуриентов и их профессиональная ориентация. Серьезные недостатки допускаются в организации лечебной и профилактической работы среди женщин и детей. Внедрение современных достижений науки в практическое здравоохранение осуществляется не в полной мере. Сотрудниками кафедр и научно-исследовательских институтов оказывается недостаточная помощь первичным звеньям здравоохранения. Крайне медленно снижается детская смертность.

Требует значительного повышения уровень санитарной культуры населения, особенно на селе, слабо ведется пропаганда здорового образа жизни, борьбы с вредными привычками, по созданию гигиенических условий на производстве, неукоснительному соблюдению трудового законодательства.

Собрание актива медицинских работников республики считает важнейшей и неотложной задачей всемерную активизацию работы по укреплению материально-технической базы родовспомогательных и детских учреждений, выполнению планов строительства и реконструкции родильных домов, детских и инфекционных отделений, женских и детских консультаций и поликлиник.

Необходимо улучшать оснащение родовспомогательных и детских учреждений современным оборудованием и аппаратурой, создавать акушерско-терапевтическо-педиатрические комплексы, способствующие проведению всесторонних мероприятий по оздоровлению женщин и новорожденных.

Совершенствовать формы организации медицинской помощи беременным женщинам, родильницам, новорожденным и детям всех возрастов. Развивать сеть специализированных кабинетов в детских поликлиниках, женских консультациях по гигиене брака и семьи.

Необходимо обеспечить быстрее внедрение достижений науки в практическое здравоохранение, широко распространять передовой опыт лучших учреждений республики.

Собрание актива обращает особое внимание партийных комитетов, советских органов, Киргизсовпрофа, министерства здравоохранения на необходимость всемерного укрепления родовспомогательных и детских учреждений, особенно в сельской местности, квалифицированными кадрами. Необходимо принять меры по закреплению врачей акушеров-гинекологов и педиатров на селе, созданию им надлежащих жилищно-бытовых условий.

Улучшить качество преподавания в медицинских учебных заведениях с учетом современных требований практического здравоохранения, больше направлять в них стипендиатов колхозов и совхозов.

Улучшить санитарное просвещение, пропаганду здорового образа жизни, усилить борьбу с вредными привычками среди населения, широко используя средства массовой информации, привлекая к этой работе работников культуры, народного образования, общественных организаций, женских советов и депутатских групп.

Неукоснительно соблюдать законодательство по охране труда женщин, занятых во всех отраслях народного хозяйства, контролировать своевременный перевод беременных на более легкую работу, проводить их оздоровление до наступления родов.

Собрание актива медицинских работников выражает уверенность, что партийные, советские, профсоюзные и комсомольские организации, органы и учреждения здравоохранения республики мобилизуют все силы и средства для дальнейшего улучшения охраны здоровья женщин и детей в республике, обеспечат достойную встречу XXVII съезда КПСС.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ

Т. И. Покров

Кафедра педиатрии
медицинского



Детский и юношеский периоды жизни человека исключительными особенностями на протяжении этого периода времени формируются личностные качества (Л. Г. Апанасович, Ковалев, 1976).

Исследователи считают важным оценивать личность человека в течение его жизни, выделяя психологические особенности действительности, цели и задачи, а также характер активного поведения (Ю. М. Губачев, Е. С. 1981).

Большой интерес представляет исследование психологии детей всех возрастов, т. к. в этот период возникает и формируется морфологических, психологических и психологических особенностей, существенно отличающих детей и взрослых.

Процессы физиологической перестройки организма вызывают значительные изменения в его реакции на внешние факторы, которые влияют на формирование состояния здоровья и роста (Л. Ф. Березин, 1979).

В литературе освещены вопросы психологических особенностей личности (Л. Ф. Березин, 1968, 1981; А. Е. Л.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Т. И. Покровская, Н. П. Толстых

Кафедра педиатрии № 1 Киргизского государственного медицинского института



Детский и юношеский возраст являются исключительно важными периодами жизни человека, потому что на протяжении этого короткого отрезка времени формируется его личность (Л. Г. Апанасенко, 1964; В. В. Ковалев, 1976).

Исследователи считают возможным оценивать личность как складывающуюся в течение всей жизни человека психологическую систему, определяющую стереотип отношений к действительности, основные намерения и цели, а также форму и характер активного поведения в среде (Ю. М. Губачев, Е. М. Стабровский, 1981).

Большой интерес представляют исследования психологического статуса детей всех возрастов, но особенно подростков, т. к. в подростковый период возникает и завершается ряд морфологических, физиологических и психологических процессов, существенно отличающих подростков от детей и взрослых.

Процессы физиологической и морфологической перестройки организма вызывают значительные изменения в его реакции на различные факторы внешней среды и отражаются на формировании личности и состоянии здоровья детей этого возраста (Л. Ф. Бережков, В. М. Левин, 1979).

В литературе достаточно подробно освещены вопросы особенности акцентуаций личности (Leonghard 1968, 1981; А. Е. Личко, 1976; В. В.

Ковалев, 1981). Термин «акцентуированная личность» был предложен Leonghard (1968), который подчеркивает, что речь идет о крайних вариантах нормы, а не о зачатках патологии, и эта крайность сказывается в усилении, акцентуации отдельных черт. А. Е. Личко (1976) считает, что правильнее говорить не об акцентуированных личностях, а об акцентуациях характера. Именно типы характера, а не личности в целом с ее способностями, склонностями и другими структурными компонентами отличают ее от других. Деформация личности возникает во время пубертатного периода в силу возрастных биологических пертурбаций, благодаря эндокринной перестройке, когда влияние стереотипа внешней среды и, тем более, психические травмы или неблагоприятные ситуации предъявляют повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления» в характере данного подростка.

Под нашим наблюдением находилось 100 практически здоровых подростков 12—15 лет (50 мальчиков и 50 девочек) — школьников 5—8 классов общеобразовательных школ г. Фрунзе.

Для характеристики их психологического статуса применялись две стандартизированные методики: методика сокращенного многофакторного исследования личности — СМОЛ (В. П. Зайцев, 1981) и патохарактерологический диагности-

ческий опросник для подростков — ПДО (А. Е. Личко, 1976). (СМОЛ — сокращенная форма теста ММР1-71 вопрос).

Отобранные на основе факторного анализа вопросы СМОЛ обеспечивают оценку психологического статуса обследуемого по одиннадцати шкалам (L, F, K, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Графическое выражение совокупности шкал составляет профиль личности (точнее — профиль СМОЛ), поскольку измеряемыми параметрами не исчерпывается все разнообразие личностных характеристик.

ПДО предназначен для определения в подростковом возрасте типов акцентуации характеров, являющихся крайними вариантами нормы, а также психопатий.

По мнению большинства психологов, подобный выбор методик позволяет оценить психическое состояние, особенности личности и обеспечивает достаточно полную и разностороннюю характеристику психосоциального статуса обследованных детей и подростков. Кроме того, эти методики имеют количественное выражение результата, что делает сопоставимыми полученные данные с любыми переменными величинами.

Результаты обследования здоровых мальчиков 12—15 лет (с помощью теста СМОЛ) определялись следующими показателями: оптимистичностью, общительностью, способностью к высокой активности (9 шкала). Отмечается некоторая ригидность установок (6 шкала), а сочетание этих шкал отражает дисгармоничность черт характера, которые типичны для данного возраста. Отсутствие ипохондрических тенденций (низкая 1 шкала) в сочетании с высокой активностью (9 шкала) свидетельствуют об энергичности, деятельности и целенаправленности.

Профиль здоровых девочек этого же возраста характеризовался некоторым снижением активности, легко возникающим чувством вины и часто — недостаточностью оценки собственных возможностей (сниже-

ние профиля на 9 шкале). Незначительное повышение профиля на первой шкале объясняет их ипохондрические тенденции. Девочки-подростки отличались низким уровнем ситуационной тревожности (понижение на 2 шкале). Поведение их характеризовалось пониженной активностью, что объясняется достаточно высоким уровнем аутизации, а порой — и шизотимности (повышение на 8 в сочетании с понижением профиля на 9 шкалах).

Таблица 3

Распределение здоровых детей и подростков по типам акцентуации характера (по данным шкалы объективной оценки ПДО) в зависимости от пола

Типы акцентуации	Количество (%)	Девочки (%)	Мальчики (%)
Гипертимный	2	2	—
Циклоидный	5	2	3
Лабильный	7	5	2
Астено-невротический	4	3	1
Сенситивный	10	5	5
Психостенический	2	1	1
Шизоидный	5	1	4
Эпилептоидный	7	4	3
Истероидный	1	—	1
Неустойчивый	17	6	11
Конформный	2	1	1
Смешанный	6	3	3
Без акцентуаций	32	16	16

При обследовании нами детей по методике ПДО (табл.) у 32% тип акцентуации не диагностирован (т. е. не было акцентуаций характера). В 17% случаев встретился неустойчивый тип акцентуации характера, причем у мальчиков чаще, чем у девочек. Главная черта этого типа — нежелание трудиться (т. е. у многих из них нет стремления учиться и работать). Они нехотя подчиняются при постоянном и строгом контроле, но всегда ищут случай отлынивать от любого труда. У большинства из них наблюдается тяга к развлечениям, удовольствиям, праздности. Они не питают любви и привязанности к родным, семья для них, прежде всего, — источник средств для существования и развлечений. Многие из

них тянутся к у...
В рассуждениях...
любые трудности...
своему будущему...
внут настоящим, п...
нов не строят.

Сенситивный...
характера диаг...
случаев. Для этог...
две главные черт...
чатливость, чув...
чувство собственн...
ти. В себе видят...
статков, особенно...
ских и волевых. О...
чатление замкнути...
годаря робости и...
торые особенно за...
сторонних или в н...
новке. С незнаком...
формальные конта...
с теми, к кому при...
статочно общител...
порой непосильной...
них ситуация, в ко...
вятся объектом не...
ного внимания окр...
на их репутацию и...
они подвергаются...
обвинениям.

В 7% случаев...
нами подростков в...
ный и эпилептоидн...
туации характера.

Подросткам с...
характерна крайня...
настроения даже с...
незаметных для о...
чин. От настроения...
все — и самочувств...
тит, и работоспос...
общительность. Чу...
ности — всегда ис...
особенно к тем, от...
любовь, внимание...
очень велика потре...
живании. Как прав...
эксцессы они избег...
венна своеобразная...
интуиция, которая...
вовать, каково к н...
ружающих; они бы...
к себе симпатно...
безразличие или...
приятнь. Эти подро

9 шкале). Незначительные профили на переняет их ипохондрики. Девочки-подростки с низким уровнем ситуационности (понижен). Поведение их ха- пониженной актив- яснивается достаточно м аутизации, а порой сти (повышение на 8 юнижением профиля

Таблица 3

овых детей и подростков акцентуации характера шкалы объективной зависимости от пола

	Колличес-тво (%)	Девочки (%)	Мальчи-ки (%)
	2	2	—
	5	2	3
	7	5	2
ский	4	3	1
	10	5	5
	2	1	1
	5	1	4
	7	4	3
	1	—	1
	17	6	11
	2	1	1
	6	3	3
	32	16	16

овании нами детей по (табл.) у 32% тип не диагностирован акцентуаций характеру случаев встретился не- п акцентуации харак- мальчиков чаще, чем вная черта этого типа грудиться (т. е. у мно- стремления учиться и нехотя подчиняются м и строгим контроле, т случай отлынивать да. У большинства из гся тяга к развлечени- вням, праздности. Они бви и привязанности гья для них, прежде ник средств для суще- азвлечений. Многие из

них тянутся к уличным компаниям. В рассуждениях стараются избегать любые трудности и неприятности. К своему будущему равнодушны, живут настоящим, перспективных планов не строят.

Сенситивный тип акцентуации характера диагностирован в 10% случаев. Для этого типа характерны две главные черты — большая впечатлительность, нерешительность и чувство собственной неполноценности. В себе видят множество недостатков, особенно морально-этических и волевых. Они производят впечатление замкнутых, но это — благодаря робости и застенчивости, которые особенно заметны среди посторонних или в необычной обстановке. С незнакомыми трудны даже формальные контакты, тем не менее с теми, к кому привыкли, бывают достаточно общительными. Трудной, порой непосильной оказывается для них ситуация, в которой они становятся объектом недоброжелательного внимания окружающих, когда на их репутацию падает тень или они подвергаются несправедливым обвинениям.

В 7% случаев у обследованных нами подростков выявлены лабильный и эпилептоидный типы акцентуации характера.

Подросткам с лабильным типом характерна крайняя изменчивость настроения даже от ничтожных и незаметных для окружающих причин. От настроения у них зависит все — и самочувствие, и сон, и аппетит, и работоспособность, и даже общительность. Чувства привязанности — всегда искренни и глубоки, особенно к тем, от кого чувствуют любовь, внимание и заботу. У них очень велика потребность в сопереживании. Как правило, всякого рода эксцессы они избегают. Им свойственна своеобразная избирательная интуиция, которая позволяет чувствовать, каково к ним отношение окружающих; они быстро распознают к себе симпатию и расположение, безразличие или затаенную неприязнь. Эти подростки тяжело пе-

реносят психические травмы и особенно утрату или эмоциональное отвержение со стороны значимых для них лиц. Самооценка у них отличается искренностью, критичностью, т. е. умением правильно оценить черты своего характера. Лабильный тип акцентуации чаще встречался среди девочек.

У подростков с эпилептоидным типом характера главной чертой является склонность к состояниям злобно-тоскливого настроения с постепенно накапливающимся раздражением и поиском объекта, на котором можно было бы сорвать зло. Эти состояния могут длиться часами и днями, постепенно нарастая и ослабевая, в зависимости от ситуации. Для них характерна аффективная взрывчатость. Аффекты у них не только сильны, но и продолжительны. Большим напряжением характеризуется их инстинктивная жизнь. Любовь и привязанность почти всегда окрашены ревностью. Они неплохо адаптируются в условиях строго дисциплинарного режима, где стараются произвести хорошее впечатление и завладеть положением, дающим власть над другими подростками. Тем не менее вязкость, тугоподвижность, порой агрессивность, скрупулезность и дотошность в ущерб делу откладывают отпечаток на всем поведении этой группы подростков. Самооценка у них довольно однозначная: они считают, что у них — особая склонность к порядку и аккуратности, критическое отношение к пустым мечтаньям, предпочтение жить реальной жизнью. Они считают себя более конформными, чем это есть на самом деле.

Циклоидный и шизоидный типы диагностированы нами только в 5% случаев.

Для циклоидного типа акцентуации характерны фазы гипертивности и субдепрессии, которые чередуются друг с другом. Длительность каждой из них 1—2 недели. В субдепрессивной фазе выявляется падение работоспособности, ко всему утрачивается интерес, появляется

стремление к уединению. В этот период они избегают компаний и даже общения. Неудачи и мелкие неурядицы ими очень тяжело переживаются. Серьезные нарекания, особенно унижающие самолюбие, часто наводят на мысли о собственной неполноценности и могут подтолкнуть к суицидальным мыслям и даже попыткам. В субдепрессивной фазе они плохо переносят крутую ломку стереотипа. Самооценка у циклоидных подростков формируется постепенно, по мере накопления опыта «хороших» и «плохих» периодов. При недостатке опыта самооценка бывает еще неточной (т. е. в 12—13 лет она слабо выражена, а в 14—15 лет уже выражена).

У обследованных подростков шизоидного типа выявлены замкнутость и недостаток интуиции в процессе общения. Они трудно устанавливают неформальные эмоциональные контакты, что нередко тяжело ими переживается. Быстрая истощаемость при общении побуждает к еще большему уходу в себя. Недостаток интуиции проявляется неумением понять чужие переживания, тем более догадаться о невысказанном вслух. Им не свойственны сопереживания. Внутренний мир у подростков шизоидного типа почти всегда закрыт для других и заполнен увлечениями и фантазиями, которые предназначены только для самих себя и служат утешением честолюбия или носят эротический характер. Их увлечения отличаются силой, постоянством и нередко необычностью. Они трудно переносят ситуации, в которых надо быстро устанавливать множество неформальных контактов, а также насильственное вторжение посторонних в их внутренний мир. Самооценка у них тоже неполная — хорошо констатируют замкнутость, трудность контактов, непонимание окружающих.

В четырех процентах случаев нами диагностирован астеноневротический тип акцентуации, главными чертами которого являются повышенная утомляемость и склонность

к ипохондричности. Утомляемость особенно проявляется при умственном напряжении и в обстановке соревнований. При утомлении аффективные вспышки у подростков этого типа возникают по ничтожному поводу. Раздражение легко сменяется раскаянием и слезами. Самооценка обычно отражает ипохондрические установки.

В одинаковом проценте случаев (2%) диагностированы гипертимный, психостенический и конформный типы акцентуаций.

У подростков с гипертимным типом преобладают хорошее, даже слегка приподнятое настроение, высокий жизненный тонус, постоянное стремление к лидерству, причем неформальному. Любознательность, выраженный интерес к новому сочетаются у них с неустойчивостью интересов, а большая общительность, порой, — с неразборчивостью в выборе знакомств. Подростки этого типа легко осваиваются в незнакомой обстановке; они плохо переносят одиночество, размеренный режим, однообразную обстановку, монотонный и требующий мелочной аккуратности труд, вынужденное безделье. Им присущи переоценка своих возможностей и чрезмерно оптимистические планы на будущее. Короткие вспышки раздражения бывают вызваны стремлением окружающих подавить их активность и лидерские тенденции. Самооценка у них обычно неплохая, но нередко они стараются показать себя более конформными, чем есть на самом деле.

Главными чертами подростков психостенического типа являются нерешительность, склонность к рассуждениям, тревожная мнительность в виде опасений за будущее — как свое, так и своих близких, склонность к самоанализу и легкость возникновения навязчивостей. Эти черты характера обычно обнаруживаются в первых классах школы, когда безмятежное детство сменяется первыми требованиями к чувству ответственности. Отвечать за себя и особенно за других для них

порой — самая трудной задачей от постоянного раздражаемого неприязнью становятся выдуманные ритуалы. Нерешительность особенно тогда, когда приходится отстаивать самостоятельную оценку, далеко не всегда с правильной оценкой.

Главная черта подростков конформного типа — постоянная привычка к привычному и общепринятому окружению. Это проявляется в том, что их жизненная установка «как все», попытка стараться, чтобы было «как у всех» — отсюда и трудности по животрепещущим вопросам. Они становятся «зеркалом» своего окружения: в хороших школах хорошо учатся и в плохой среде — со временем привыкают к ней. Конформные подростки сочетают с конформностью некритичность, стараются все, что поступает по привычному каналу информации, для них характерно, новое не любят, могут к нему быстро привыкнуть, трудно осваивают новую обстановку. Неприязнь к окружающим. Наиболее успешно не требуется постоянной активности. Подростки конформного типа характера плохо переносят ломку жизненного уклада, перемены, лишние требования. Самооценка неплохой.

Резюмируя наблюдения, следует отметить

ости. Утомляемость является при умственных и в обстановке сорри утомлении аффекти у подростков этого т по ничтожному поение легко сменяется слезами. Самооценка ет ипохондрические

ом проценте случаев гированы гипертимический и конформтуаций.

эв с гипертимным тидают хорошее, даже нятое настроение, выный тонус, постоянное пидерству, причем не-

Любознательность, интерес к новому сочет неустойчивостью инышая общительность, разборчивостью в выв. Подростки этого тидаются в незнакомой и плохо переносят размеренный режим, обстановку, монотонций мелочной акку-, вынужденное бездещи переоценка своих и чрезмерно оптимны на будущее. Коротраздражения бывают глением окружающих стивность и лидерские самооценка у них обычно нередко они стара себя более конформь на самом деле.

чертами подростков того типа являются ть, склонность к растревожная мнительпасений за будущее— и своих близких, с самоанализу и легзвення навязчивостей. актера обычно обнапервых классах школятежное детство смеи требованиями к чувности. Отвечать за о за других для них

порой — самая трудная задача. Защитой от постоянной тревоги за воображаемые неприятности и несчастья становятся выдуманные приметы и ритуалы. Нерешительность проявляется особенно тогда, когда надо сделать самостоятельный выбор. Самооценка далеко не всегда отличается правильностью и полнотой.

Главная черта характера подростков конформного типа — чрезмерная и постоянная конформность к привычному и непосредственному окружению. Это — люди своей среды, их жизненное правило — думать «как все», поступать «как все», стараться, чтобы у них было «все, как у всех» — от одежды до суждений по животрепещущим вопросам. Они становятся «продуктом» своего окружения: в хороших условиях старательно учатся и работают, в дурной среде — со временем усваивают ее обычаи, привычки, манеры поведения. Конформность у этих подростков сочетается с поразительной некритичностью: истиной считается все, что поступает через привычный канал информации. Кроме того, для них характерен консерватизм, новое не любят, потому что не могут к нему быстро приспособиться, трудно осваиваются в новой обстановке. Нелюбовь к новому прорывается неприязнью к «чужакам». Наиболее успешно работают, когда не требуется постоянной личной инициативы. Подростки с конформным типом характера плохо переносят ломку жизненного стереотипа, крутые перемены, лишения привычного общества. Самооценка может быть неплохой.

Резюмируя собственные исследования, следует отметить, что среди

детей и подростков акцентуации характера встречаются достаточно часто (68%). Причем, анализ акцентуаций по полу и возрасту в диапазоне подросткового периода вскрыл некоторые особенности. Среди мальчиков чаще встречается неустойчивый тип, тогда как среди девочек — лабильный (сопоставление возраста и пола особенностей не вскрыли).

Неустойчивый тип акцентуации встречается довольно часто, что нельзя не учитывать в педагогической практике, потому что каждый из таких ребят (особенно в этот критический возрастной период) нуждается в индивидуальном подходе со стороны семьи и школы, действия которых должны быть согласованы. Врач, который также будет ориентироваться в психологии личности подростка, может не только глубже разобратся в его болезни, но, что не менее важно, целенаправленно определять психотерапевтические средства.

Учитывая несомненное влияние состояния психики на соматический статус больного, и, напротив, патологические отклонения в любом органе — на состояние психики очень важно понять, почему и как люди в любом возрастном периоде реагируют на жизненные ситуации, какие черты характера им свойственны и как они проявляются в тех или иных условиях.

Подростковый период жизни человека — период особый, период физиологической и психологической ломки. Поэтому так важно ориентироваться в этих вопросах, стремиться невилировать крайние черты, не допуская перерастания акцентуаций в невроты различного характера,

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ

В. С. Кононов, К. А. Адамалиев

Кафедра детской хирургии Киргизского государственного
медицинского института

Острый гематогенный остеомиелит у детей в силу его тяжести, длительности клинического течения, трудности диагностики занимает ведущее место в структуре современной гнойно-септической хирургии. Основной проблемой комплексного лечения острого гематогенного остеомиелита, по данным многочисленных авторов (В. М. Державин, 1965; В. С. Кононов, 1966; К. П. Алексюк, 1968; А. П. Биезинь, 1971; В. Н. Каркашин, 1975; С. Мишарев с соавт., 1976; К. С. Ормантаев с соавт., 1977; М. В. Гринев, 1978; Ю. Б. Губов, 1984 и др.), является недостаточная эффективность санационных мероприятий при хирургической обработке местного очага.

Вопросы комплексного лечения острого гематогенного остеомиелита у детей в клинике детской хирургии Киргосмединститута изучаются с 1962 года. Наш опыт лечения свидетельствует о том, что успех лечения во многом зависит от срока поступления больных в стационар, а также от тактики хирурга при первичной обработке пораженной кости. До настоящего времени большинство хирургов районных центров республики при вскрытии остеомиелитической флегмоны и при выполнении декомпрессионной трепанации различных трубчатых костей с воспалительным очагом допускают технические и тактические ошибки. В основном, они касаются произведения лампасных разрезов на всем протяжении мягких тканей при первичном вскрытии остеомиелитической флегмоны, оголении надкостницы на значительном участке и необоснованных широких трепанаций здоровых участков кости. Несоблюдение в отношении всех элементов кости и окружающих мягких тканей щадящей и экономной тактики, как показывают наши наблюдения, приводят к оголению кости, в итоге которого — распространение воспалительного процесса по всей длине кости, переход острой стадии в подострую, затем — в хроническую. Последствие таких технических и тактических ошибок — ранние осложнения: патологические переломы, тотальная или субтотальная секвестрация, вывихи и подвывихи головок костей, контрактуры и анкилозы суставов, ложные суставы, дефекты, деформации, а также укорочения конечности.

Появление ранних ортопедических осложнений, по нашим данным, происходит на протяжении первых трех месяцев от начала заболевания. Поэтому особенности патогенеза ранних ортопедических осложнений остеомиелитического процесса определяют тактику лечения острого гематогенного остеомиелита у детей с целью их профилактики.

Настоящая работа обобщает опыт лечения острого гематогенного остеомиелита за 10 лет (1973—1983) у 538 больных в возрасте от 12 дней до 15 лет. Мальчиков — 402 (74,7%), девочек — 136 (25,3%). У 538 больных было поражено 596 костей (табл. 1).

Поражения различных костей у детей, поступивших из районов республики, отмечено в 440 случаях, из города Фрунзе — у 156. В первые 6 суток заболевания из сельской местности в стационар поступило всего 22 больных (10,2%), в те же сроки от начала заболевания из г. Фрунзе

Локализация ост
поступив

Локализация

Бедренная кость
Большеберцовая к
Плечевая кость
Кости таза
Кости предплечья
Кости стопы
Повреждения ребер
Множественные пор
и септикопемия

Всего:

Из них:

а) из г. Фрунзе
Процент

б) сельских
Процент

поступили 142
данне числа по
нашим данным,
точностью сана
участковые и ра

Локализа

Локализация
процесса в различ
ных костях

Бедренная
кость
Большеберцовая
кость
Плечевая кость
Кости
предплечья
Множественные
поражения

Итого:

Процент

Проведенн
паления (1—3
ные метафизы

Локализация остеомиелитического процесса и давность заболевания у больных, поступивших в стационар из районов республики и из г. Фрунзе

Локализация	Давность заболевания в сутках						Итого		Всего
	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	более 10	сельских	из г. Фрунзе	
Бедренная кость	—	10	16	25	39	53	96	47	143
Большеберцовая кость	9	13	15	37	58	20	101	51	152
Плечевая кость	1	3	5	6	2	3	12	8	20
Кости таза	—	—	6	7	6	9	21	7	28
Кости предплечья	6	20	7	8	7	2	34	16	50
Кости стопы	1	3	5	9	5	4	18	9	27
Повреждения ребер	—	—	3	5	7	3	14	4	18
Множественные поражения и септикопиемия	4	16	22	15	16	85	144	14	158
Всего:	21	65	79	112	140	179	440	156	596
Из них:									
а) из г. Фрунзе	21	61	60	9	3	2	—	—	—
Процент	13,5%	39,1%	38,4%	5,8%	1,9%	1,3%			
б) сельских	—	4	19	103	137	177	—	—	—
Процент		0,9%	4,3%	23,4%	31,2%	40,2%			

поступили 142 (90,1% больных из 156 госпитализированных). Преобладание числа поздно поступивших больных из районов республики, по нашим данным, связано с запоздалым обращением к врачу и с недостаточностью санационных мероприятий при первичной госпитализации в участковые и районные больницы (табл. 2).

Таблица 2

Локализация остеомиелитического процесса и зон формирования надкостничных флегмон в трубчатых костях

Локализация процесса в различных костях	Интрамедулярная фаза		Субпериостальная фаза		Фаза межмышечных флегмон		Итого
	апифиз	метафиз	проксимальный метафиз	дистальный метафиз	субтотальные поражения	тотальные поражения	
Бедренная кость	7	42	28	32	24	10	143
Большеберцовая кость	6	52	12	46	21	15	152
Плечевая кость	3	1	7	6	2	1	20
Кости предплечья	4	22	14	7	3	—	50
Множественные поражения	9	63	17	14	39	16	158
Итого:	29	180	78	105	89	42	523
Процент	5,7	34,4	14,9	20,0	17,0	8,0	100,0

Проведенный анализ показывает, что в фазе интрамедулярного воспаления (1—3 дня), в основном, поражаются дистальные и проксимальные метафизы длинных трубчатых костей. В этой стадии у грудных де-

тей большей частью поражаются эпифизы и эпиметафизарные зоны с вовлечением близлежащих суставов.

В фазе субпериостального воспаления (4—6 дней) воспалительный процесс на ограниченном участке распространяется в эпиметафизарную зону и в слабофиксированные участки надкостницы, которые часто встречаются в верхней трети плечевой, нижней трети бедренной и в проксимальном метафизе большеберцовой кости.

В фазе межмышечных флегмон отмечается субтотальное и тотальное поражение всех элементов кости, при этом степень деструктивных изменений прямо пропорциональна сроку, прошедшему от начала заболевания, и эффективности произведенных санационных мероприятий после госпитализации больных. Чем позже больные поступали в стационар, тем чаще встречались тотальные формы поражения кости с обширными флегмонами и частыми осложнениями. Между тем, при остром гематогенном остеомиелите у детей успех или безуспешность лечения зависит от своевременного выполнения местных санационных мероприятий, назначения антибактериальной, дезинтоксикационной, десенсибилизирующей терапии и иммуностимуляции с учетом клинических проявлений болезни, фазы и активности воспаления, степени сенсibilизации, а также аллергической настройки организма.

В наших наблюдениях 213 детей (39,4%) в клинику поступили без иммобилизации пораженной конечности. Лампасные разрезы от 8 до 20 см с оголением кости на значительном участке были произведены у 146 больных (27,1%).

У 42 (7,8%) при госпитализации отмечались дистензионные или деструктивные вывихи и подвывихи головки бедра, у 28 (5,2%) — патологические переломы; тотальная и субтотальная секвестрация костей — у 86 (16%) детей.

Через три месяца от начала заболевания в этой группе больных у 22 отмечались контрактуры тазобедренного, у 18 — коленного и у 12 — голеностопного суставов. Осевые деформации диафизов отмечены у 31 ребенка.

Эти явления возникают из-за того, что под нагрузкой веса тела ребенка суставная поверхность головок костей расширяется, в результате чего могут возникнуть вывихи, контрактуры и анкилозы.

Работа Ю. П. Кукуруза и В. И. Стуцелла (1977) свидетельствует о том, что решающим условием возникновения коксита и патологического вывиха бедра являются циркуляторные нарушения в области сустава, а мышечная контрактура становится причиной деструктивных изменений в суставных концах в местах наибольшего давления.

В нашей клинике в комплексе лечения острого гематогенного остеомиелита общепринятым считается ранняя фрезевая остеоперфорация с вставлением в зону поражения двух канюль с боковыми отверстиями или игл, к одной из которых для внутрикостного промывания присоединяется шприц или капельница, а через второй производится вакуумное дренирование. Опыт работы нашей клиники свидетельствует о высокой эффективности первичной остеоперфорации, ставившей целью своевременное и полное удаление гнойно-некротических очагов, расположенных как в костномозговом канале, так и в мягких тканях.

При операциях в фазе субпериостальных и межмышечных флегмон для лучшего оттока гноя мы использовали дополнительные экономные разрезы (до 2 см). Доступ к проксимальному метадиафизу плечевой кости обеспечивали передним разрезом, к шейке бедра — передним (Гюнтера) и задним (Войно-Ясенецкого), к проксимальному метафизу большеберцовой кости — внутренним продольным доступом, а в дистальном

отделе — в заднем или переднем

Общий прирост по поводу острой перфорации мышц (0,4 см), при вскрытии надкостницы. В среднем 0,5 см, перфорация надкостницы не была осуществлена. Остеоперфорация надкостницы проводилась дренированием полости межмышечной через проколы, что позволило избежать осложнений от фазы острой фазы остеомиелита и фасциального лизиса.

Для профилактики детей до 5 лет в последние годы проводилась операция Кирри. При поражении проксимального конца

У грудных детей разведения, у новорожденных на голени назначаются ЛФК.

Таким образом, в последние годы в процессе, по нашим наблюдениям, осложнений, осложнений, осложнений,

Сравнение

Поступившие	Фс
Из районов республики	Се ж М
Из г. Фрунзе	В П Т С ч М
	Вс П

афизарные зоны с

й) воспалительный
эпиметафизарию
ы, которые часто
ти бедренной и в

тотальное и тоталь-
чень деструктивных
му от начала забо-
нных мероприятий
ступали в стацно-
ния кости с обшир-
тем, при остром
пешность лечения
ционных мероприя-
ионной, десенсиби-
клинических про-
епени сенсibiliза-

нику поступили без
разрезы от 8 до 20
произведены у 146

истензионные или
28 (5,2%) — пато-
встрация костей —

группе больных у
коленного и у 12 —
зов отмечены у 31

рузкой веса тела
ширяется, в резуль-
нкилозы.

) свидетельствует о
и патологического
в области сустава,
руктивных измене-
ния.

ематогенного остео-
остеоперфорация с
выми отверстиями
мывания присоеди-
зводится вакуумное
льствует о высокой
цей целью своевре-
гов, расположенных

мышечных флегмон
тельные экзостозы
ифизу плечевой кос-
— передним (Гюн-
ому метафизу боль-
ом, а в дистальном

отделе — в зависимости от локальной симптоматики — задне-внутренним или передне-наружным экзостозным разрезом.

Общий принцип минимальной травматизации тканей при операциях по поводу острого гематогенного остеомиелита у детей приобретает особое значение по отношению к надкостнице. В связи с этим для остеоперфорации мы пользовались сверлами малого диаметра (0,2—0,3—0,4 см), при использовании которых нет необходимости отслаивать надкостницу. В случаях, требовавших применения сверл с диаметром 0,5 см, перфорацию кости производили через продольный разрез надкостницы не более 0,5 см. У больных с поднадкостничными флегмонами остеоперфорационные отверстия накладывали после продольного рассечения надкостницы до 1 см. Оперативное вмешательство обычно завершали дренированием костномозгового канала специальной канюлей, полости межмышечной флегмоны — ниппельным дренажом отдельно, через проколы кожи в других местах. На операционную рану, независимо от фазы остеомиелитического процесса, накладывали первичный шов фасциального листка и кожи. Конечность иммобилизовали гипсовой повязкой.

Для профилактики ортопедических осложнений иммобилизацию у детей до 5 лет осуществляем гипсовой лангетой, у старших детей в последние годы применяем скелетное вытяжение на ортопедической койке. Спицы Киршнера проводились через дистальный метафиз бедра при поражении проксимального конца его, а при тотальном поражении дистального конца — через бугристость большеберцовой кости.

У грудных детей применяем манжетное вытяжение в положении разведения, у новорожденных при угрозе вывиха бедра — шину — распорку на голень, в положении по Ланге. К концу 1-й недели больным назначаются ЛФК, массаж и физиолечение.

Таким образом, индивидуальная иммобилизация пораженной конечности у детей в зависимости от возраста и локализации воспалительного процесса, по нашему мнению, позволяет предупреждать ортопедические осложнения, которые обычно наступают в начале лечения (табл. 3).

Сравнительные результаты лечения больных, поступивших из районов республики и из г. Фрунзе

Поступившие	Форма клинического течения	Результаты лечения				Итого
		хорошие	удовлетворительн.	переход в хронич. течение	число умерших	
Из районов республики	Септикопиемическая	72	90	127	4	293
	Местноочаговая	36	17	36	—	89
	Всего:	108	107	163	4	382
	Процент	28,2	28,0	42,7	1,0	100
Из г. Фрунзе	Токсическая	2	4	—	1	1
	Септикопиемическая	49	37	4	—	90
	Местноочаговая	32	26	1	—	59
	Всего:	83	67	5	1	156
Процент	53,2	42,95	3,2	0,65	100	

афизарные зоны с

ей) воспалительный
в эпиметафизарную
ы, которые часто
ети бедренной и в

тотальное и тоталь-
чень деструктивных
ему от начала забо-
нных мероприятий
поступали в стацно-
ния кости с обшир-
тем, при остром
спешность лечения
ационных мероприя-
ционной, десенсиби-
клинических про-
пени сенсбилизаци-

нику поступили без
разрезы от 8 до 20
произведены у 146

цистензионные или
28 (5,2%) — пато-
страция костей —

группе больных у
коленного и у 12 —
зов отмечены у 31

рузкой веса тела
ируется, в резуль-
и килозы.

) свидетельствует о
и патологического
в области сустава,
руктивных измене-
ния.

ематогенного остео-
остеоперфорация с
выми отверстиями
смывания присоеди-
зводится вакуумное
льствует о высокой
цей целью своевре-
гов, расположенных

мышечных флегмон
тельные экзостозы
физи плечевой кос-
— передним (Гюн-
му метафизу боль-
ом, а в дистальном

отделе — в зависимости от локальной симптоматики — задне-внутренним или передне-наружным экзостозным разрезом.

Общий принцип минимальной травматизации тканей при операциях по поводу острого гематогенного остеомиелита у детей приобретает особое значение по отношению к надкостнице. В связи с этим для остеоперфорации мы пользовались свёрлами малого диаметра (0,2—0,3—0,4 см), при использовании которых нет необходимости отслаивать надкостницу. В случаях, требовавших применения сверл с диаметром 0,5 см, перфорацию кости производили через продольный разрез надкостницы не более 0,5 см. У больных с поднадкостничными флегмонами остеоперфорационные отверстия накладывали после продольного рассечения надкостницы до 1 см. Оперативное вмешательство обычно завершали дренированием костномозгового канала специальной канюлей, полости межмышечной флегмоны — ниппельным дренажом отдельно, через проколы кожи в других местах. На операционную рану, независимо от фазы остеомиелитического процесса, накладывали первичный шов фасциального листка и кожи. Конечность иммобилизовали гипсовой повязкой.

Для профилактики ортопедических осложнений иммобилизацию у детей до 5 лет осуществляем гипсовой лангетой, у старших детей в последние годы применяем скелетное вытяжение на ортопедической койке. Спицы Киршнера проводились через дистальный метафиз бедра при поражении проксимального конца его, а при тотальном поражении дистального конца — через бугристость большеберцовой кости.

У грудных детей применяем манжетное вытяжение в положении разведения, у новорожденных при угрозе вывиха бедра — шину — распорку на голень, в положении по Ланге. К концу 1-й недели больным назначаются ЛФК, массаж и физиолечение.

Таким образом, индивидуальная иммобилизация пораженной конечности у детей в зависимости от возраста и локализации воспалительного процесса, по нашему мнению, позволяет предупреждать ортопедические осложнения, которые обычно наступают в начале лечения (табл. 3).

Сравнительные результаты лечения больных, поступивших из районов республики и из г. Фрунзе

Поступившие	Форма клинического течения	Результаты лечения				Итого
		хорошие	удовлетворительн.	переход в хронич. течение	число умерших	
Из районов республики	Септикопиемическая	72	90	127	4	293
	Местноочаговая	36	17	36	—	89
	Всего:	108	107	163	4	382
	Процент	28,2	28,0	42,7	1,0	100
Из г. Фрунзе	Токсическая	2	4	—	1	1
	Септикопиемическая	49	37	4	—	90
	Местноочаговая	32	26	1	—	59
	Всего:	83	67	5	1	156
Процент	53,2	42,95	3,2	0,65	100	

Анализ непосредственных результатов лечения показал, что у больных, поступивших из районов республики, по сравнению с данными у больных из г. Фрунзе, значительно хуже. Так, в первой группе переход острой формы в хроническую отмечен у 163 больных (42,7%), тогда как у детей, поступивших из г. Фрунзе в ранние сроки, — только у 5 (3,2%). Соответственно были короче сроки лечения (26,5 койко-дней). В первой группе умерли 4 детей, во второй — один ребенок. Они поступили в клинику в состоянии тяжелом с явлениями сепсиса; у последнего установлена токсическая форма поражения острого гематогенного остеомиелита.

Выводы

1. Применение шадящей остеоперфорации в ранние сроки заболевания (1—6 дней) приводит к полному выздоровлению большинства больных. В более поздние сроки остеоперфорация менее эффективна, но в этих случаях внутрикостное применение игл и введение антибиотиков непосредственно в очаг значительно снижает частоту перехода острых форм в хронические.
2. Ортопедические осложнения возникают в первые три месяца от начала заболевания. Особенности патогенеза болезни определяют тактику. Манжетное вытяжение показано грудным детям, шин-распорка — детям до 5-летнего возраста. Применение скелетного вытяжения у детей старше 5 лет значительно снижает ранние ортопедические осложнения.

РЕНТГЕН-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛОЩАДИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Г. А. Комаров, Ю. В. Борякин, Л. Г. Осадчая

Киргизский НИИ акушерства и педиатрии

Бронхиальная астма у детей является все более частой формой заболевания легких (Т. С. Соколова, 1971). Современной особенностью этого заболевания является смещение сроков появления первых клинически выраженных приступов в раннем возрасте, в чем, в известной мере, определяются трудности диагностики. Вместе с тем известно, что лечение бронхиальной астмы наиболее эффективно в первые годы развития патологического процесса.

Диагностика бронхиальной астмы у детей основана на тщательном изучении анамнеза, проведении аллергологического обследования (кожных проб с аллергенами), функциональных исследований легких и ряда других, менее информативных, показателей. В значительно меньшей степени, чем функциональные исследования, в диагностическом плане в настоящее время используются рентгенологические методы. Однако, в связи с разработкой новых методов объективизации оценки рентгенограмм, возможности применения рентгеновского метода исследования для диагностики бронхиальной астмы расширяются.

Отечественном количестве рентгенограмм — У. Особенность этого метода — обработка в степенях плотности и объема. ния и вычисления и того же больничания.

В доступной рентген-функции Цель настоящего исследования УАР-1 в легких.

Метод исследования детей, больных (приступами) патологией, этом на д и правого ного дисплея Математические вычисления и клонений

Результаты исследования проведенными исследованиями бронхиальной астмы легких по сравнению с нормой составляет 31336 ± 242 мм² (28214 \pm 1964 мм² между нормой и ких в рентгеновском возрасте и к мечен весьма ш норме составлял ступа — от 1639 ние рентгеновски (табл.). У детей поверхности лег ± 3968 мм². В пр увеличивается д риоде у детей эт приходит к знач ступе площадь л гает 40614 ± 187 45652 мм². След поверхности лег отличается в пр но), — в приступ ся фактическом между площадью приступном пер в пользу отсутст не менее, при от

показал, что у большинства с данными у одной группы переходных (42,7%), тогда как у 5 (26,5 койко-дней) ребенок. Они поступили сепсиса; у одного острого гематоген-

ные сроки заболевания большинства больных эффективна, но в течение антибиотиков у перехода острых

первые три месяца от них предопределяют детям, шина-распоряжения вытяжения ортопедические ос-

ОВАНИЕ

ее частой формой енной особенностью тения первых клин в чем, в известной с тем известно, что в первые годы раз-

зана на тщательном обследовании (кожзаний легких и ряда ичительно меньшей гностическом плане не методы. Однако, ни оценки рентгено-тогда исследования

Отечественной промышленностью разработан и выпущен в небольшом количестве электронно-телевизионный комплекс анализатора рентгенограмм — УАР — 1 (универсальный анализатор рентгенограмм). Особенность этого комплекса — возможность проведения многоцелевых программ обработки рентгеновских снимков легких с оценкой разности в степенях плотности отдельных участков, определения периметра, площади и объема легких в целом или отдельных их структур, сопоставления и вычисления разницы по рентгенограммам, выполненным у одного и того же больного в разное время или в различные периоды заболевания.

В доступной нам литературе не встретилось описания применения рентген-функциональных исследований при бронхиальной астме.

Цель настоящего исследования — изучение возможностей использования УАР-1 в диагностике бронхиальной астмы и для оценки площади легких.

Методика исследования. Рентгенограммы, выполненные у 39 детей, больных бронхиальной астмой, в различные периоды заболевания (приступный и межприступный), а также у 25 детей, не имеющих легочной патологии, подвергались изучению на измерительном блоке комплекса. При этом на данном этапе исследования проводилось измерение площади левого и правого легочных полей. Результаты измерения считывались с телевизионного дисплея вычислительного блока установки.

Математическая обработка результатов исследования заключалась в вычислении средних величин, диапазона вариации, средне-статистических отклонений и достоверности различий (P — по Стьюденту).

Результаты исследований и их обсуждение. Проведенными исследованиями установлено, что в период приступа бронхиальной астмы в целом по генеральной совокупности общая площадь легких по сравнению с нормой увеличивается почти в 1,5 раза и составляет 31336 ± 2422 мм² (в норме 24250 ± 1859 мм²). У детей — уменьшается (28214 ± 1964 мм²). Статистически достоверного различия ($P > 0,05$) между нормой и внеприступным периодом в площади поверхности легких в рентгеновском ее отображении нами не было получено. Учитывая возрастные и конституциональные индивидуальные различия, нами отмечен весьма широкий диапазон вариаций площади легких, который в норме составлял от 11652 мм² до 42151 мм², а при возникновении приступа — от 16395 мм² до 45362 мм². Нами проведено раздельное изучение рентгеновских снимков в возрастных группах 3—7 лет и 8—14 лет (табл.). У детей в возрасте 3—7 лет в целом по группе в норме площадь поверхности легких в рентгеновском отображении составляет 16574 ± 3968 мм². В приступном периоде бронхиальной астмы площадь легких увеличивается до 22060 ± 1172 мм² (на 33,1%). В межприступном периоде у детей этой группы площадь рентгеновского отображения легких приходит к значению, наблюдаемому в норме. У детей 8—14 лет в приступе площадь легких превышает возрастную норму на 29,6% и достигает 40614 ± 1871 мм² при индивидуальной вариации от 30109 до 45652 мм². Следует отметить, что у детей 3—7 лет и 8—14 лет площадь поверхности легких в рентгеновском отображении достоверно ($P < 0,05$) отличается в приступном периоде и норме, а также (что особенно важно), — в приступном и межприступном периодах болезни. На имеющемся фактическом материале нам не удалось выявить достоверной разницы между площадью рентгеновского отображения легких у детей в межприступном периоде бронхиальной астмы и в норме, что свидетельствует в пользу отсутствия у них явлений хронической эмфиземы легких. Тем не менее, при оценке индивидуальных различий нами выявлено, что у

Площадь легких у детей, больных бронхиальной астмой, в приступном и межприступном периодах и у здоровых детей в возрасте 3—14 лет (мм²)

	3—14 лет (генеральная совокупность)					3—7 лет				
	n	M	σ	m	Диапазон вариации	n	M	σ	m	Диапазон вариации
1. Бронхиальная астма, приступ	20	31336	± 10561	± 2422	16395—45362	10	22060	± 3522	± 1172	16395—27643
2. Бронхиальная астма, вне приступа	19	28214	± 8324	± 1964	13115—41449	6	16543	± 2752	± 1228	13115—19695
3. Норма	25	24250	± 9112	± 1859	11652—42151	12	16574	± 3968	± 3968	11652—24006
Достоверность различий	$P_{1-2} > 0.05$ $P_{1-3} < 0.05$ $P_{2-3} > 0.05$					$P_{1-2} < 0.05$ $P_{1-3} < 0.05$ $P_{2-3} > 0.05$				

Продолжение таблицы

	8—14 лет				
	n	M	σ	m	Диапазон вариации
1. Бронхиальная астма, приступ	10	40614	± 5613	± 1871	30109—45362
2. Бронхиальная астма, вне приступа	13	33599	± 4601	± 1330	27055—41449
3. Норма	13	31336	$\pm 59,79$	± 1316	22682—42151
Достоверность различий					$P_{1-2} < 0.05$ $P_{1-3} < 0.05$ $P_{2-3} > 0.05$

детей, больных б
тию указанного о
Результаты
ми исследований
ванных детей в I
рентгенограмм д
полнительным ме
эмфизематозных
ной астмы, а так
объему. Кроме т
эпизонном преобра
мацию и выявить
легких, осложнен
использоваться д
дыхания у детей
вания выявляются,
изучение возмож
данных рентгенол
мой. В рамках эт
исследований по
тиляции и измене
в различные пери

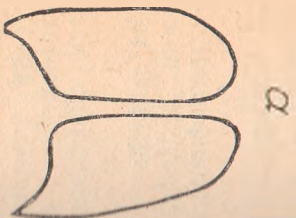


Рис. Графические

1. В период
функциональных
ного преобразова
33,1%) увеличени
2. При бронх
14 лет рентген-фу
нической эмфизе
телям.
3. При инди
больных, особенн
денция к развити

детей, больных бронхиальной астмой, определяется тенденция к развитию указанного осложнения (рис.).

Результаты проведенных исследований коррелируют с показателями исследований функции внешнего дыхания, выполненными у обследованных детей в различные периоды бронхиальной астмы. Обработка рентгенограмм легких на УАР-1 является весьма информативным дополнительным методом исследования, позволяющим оценивать степень эмфизематозных изменений, возникающих в период приступа бронхиальной астмы, а также полноту возвращения легких к первоначальному объему. Кроме того, обработка рентгенограмм на электронном телевизионном преобразователе позволяет получить дополнительную информацию и выявить начальные стадии развития хронической эмфиземы легких, осложняющей течение заболевания. Эта информация может использоваться для оценки клинико-функционального состояния органов дыхания у детей в межприступном периоде. Проведенные нами исследования являются, по существу, первым этапом работы, направленной на изучение возможностей использования УАР — 1 для объективизации данных рентгенологического исследования у больных бронхиальной астмой. В рамках этой работы предполагается проведение дальнейших исследований по изучению локальных (региональных) нарушений вентиляции и изменений внутрилегочных структур у больных, возникающих в различные периоды бронхиальной астмы.

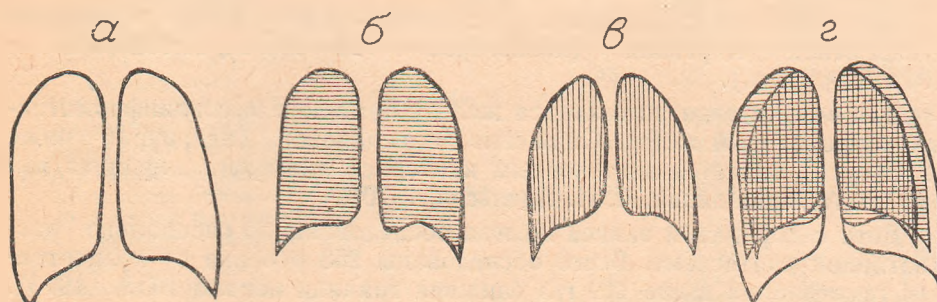


Рис. Графические данные, полученные с помощью УАР-1 (объяснения в тексте)

Выводы

1. В период приступа бронхиальной астмы, по данным рентген-функциональных исследований с применением электронного телевизионного преобразователя изображения, у детей отмечается резкое (29,5—33,1%) увеличение площади легочных полей.
2. При бронхиальной астме в межприступном периоде у детей до 14 лет рентген-функциональным методом не выявляются признаков хронической эмфиземы легких в целом по средним статистическим показателям.
3. При индивидуальном изучении площади легочных полей у ряда больных, особенно с тяжелым течением заболевания, выявляется тенденция к развитию хронической эмфиземы легких.

10	40614	±5613	±1871	30109—45362
13	33599	±4601	±1330	27055—41449
13	31336	±59,79	±1316	22682—42151
Достоверность различий				
P ₁₋₂ < 0,05				
P ₁₋₃ < 0,05				
P ₂₋₃ > 0,05				

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА (ПРЕДАНЕМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ) У ДЕТЕЙ В РАЗНОВЫСОТНЫХ ЗОНАХ КИРГИЗИИ

М. А. Асанова, С. Т. Кыштобаева, Г. М. Попова

Киргизский НИИ акушерства и педиатрии

Вопрос о клинических проявлениях латентного дефицита железа (ЛДЖ) длительное время оставался спорным, несмотря на то, что еще в 1938 г. Waldenström описал малые симптомы дефицита железа: синдром Пламмер-Винсона, атрофию сосочков языка, ангулярный стоматит, сухость кожи и волос, желудочную ахилию у лиц с нормальной концентрацией гемоглобина, но при сниженном уровне сывороточного железа в плазме.

В настоящее время доказано существование клинической симптоматики при ЛДЖ как у взрослых, так и у детей, которая патогенетически обусловлена снижением микроэлемента в эпителиальных клетках ткани и волосах, а также снижением железосодержащих и железозависимых ферментов (М. М. Щерба с соавт., 1975; Ю. Е. Малаховский с соавт., 1980; Л. И. Жук с соавт., 1983).

Нами изучены клинические проявления ЛДЖ у детей в разновысотных зонах Киргизии (низкогорье — 700—800 м., высокогорье — 2400 м над ур. м.).

Для оценки тканевого запаса железа применен высокоинформативный десфераловый метод. Снижение десфераловой сидероурии ниже 0,4 мг/сутки является достоверным критерием тканевого дефицита железа (Л. А. Апполонова, Л. И. Идельсон, 1970).

Дети с дефицитом запаса железа обследованы по специально разработанной картосхеме. Всего обследованы 253 ребенка с концентрацией гемоглобина выше 110 г/л (нижняя граница нормы; ВОЗ, 1973). Нами установлено, что латентный дефицит железа выявляется у детей в низкогорье при концентрации гемоглобина от 110 до 124 г/л, в высокогорье — от 110 до 129 г/л. Основными сидеропеническими симптомами явились изменение кожи и ее придатков: сухость кожи, изменение ногтей и волос, атрофия сосочков языка, ангулярный стоматит, а также снижение аппетита и извращение вкуса, снижение мышечного тонуса (табл.). Реже встречались глоссит, дисфагия, извращение обоняния, бледность кожных покровов и битурия.

Сухость кожных покровов встречалась приблизительно в одинаковой степени в обеих зонах (52,94% и 57,2%), однако в высокогорье она характеризовалась большей выраженностью (сероватый оттенок; сухость с шелушением; депигментации, чередующиеся с очаговой пигментацией; снижение тургора тканей; трещины на стопах, на кончиках пальцев).

Такие симптомы, как атрофия сосочков языка, глоссит, изменение волос и ногтей, извращение вкуса (пристрастие к мелу, извести, глине с песком, дегтю, сырому тесту, сырому мясу, тяга к острому, мучному) и извращение обоняния преобладали в условиях высокогорья и также характеризовались более яркой клинической выраженностью.

Выявленная нами сидеропеническая симптоматика, видимо, обусловлена как тяжестью, так и длительностью тканевого гипосидероза, на

что указывают в Г. В. Бабаш с соавт. В условиях ным симптомом ный» язык встреча с атрофией с детей наблюдали густой, плотной фагия.

Ка
жел

Клиниче

1. Сухость кожи
 - а) умеренно выражена
 - б) выражена с депигментацией
2. Изменение ногтей
 - а) ломкость
 - б) тусклость, истонченность
3. Изменение волос
 - а) раздвоение кончиков
 - б) выпадение
4. Ангулярный стоматит
5. Атрофия сосочков языка
 - а) атрофия сосочков
 - б) атрофия сосочков передней поверхности
6. Глоссит
7. Бледность кожи
8. Снижение аппетита
9. Извращение вкуса
 - а) пристрастие к сырому мясу
 - б) тяга к острому, мучному, отвращение к сладкому
10. Извращение обоняния
11. Снижение мышечного тонуса
12. Ночное недержание мочи
13. Головная боль
14. Головокружение
15. Беспокойный сон
16. Утомляемость
17. Потливость

Одним из характерных (окрашивание при надавливании) данный симптом отсутствует при наличии симптома сутутвием свежести. Астеновегетативной боли, беспокойства. В условиях высокогорья 93,6% детей; в условиях низкогорья — у 34,5%, 1

что указывают в своих исследованиях М. М. Щерба с соавт. (1975), Г. В. Бабаш с соавт. (1980).

В условиях высокогорья у каждого ребенка с ЛДЖ ярко выраженным симптомом явилась атрофия сосочков языка (59,9%), «полированный» язык встречался у 30% детей; глоссит (покраснение, трещины языка с атрофией сосочков) выявлен у 14,5% детей. В высокогорье у двух детей наблюдалось поперхивание, затруднение глотания при приеме густой, плотной пищи. Этот симптомокомплекс расценен нами как дисфагия.

Т а б л и ц а

Клиническая симптоматика при латентном дефиците железа у детей в условиях низкогорья и высокогорья

Клинические симптомы	Низкогорье		Высокогорье	
	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5
1. Сухость кожи	81	52,94	63	57,27
а) умеренно выраженная	43	28,1	28	25,45
б) выражена с шелушением, депигментацией	38	24,84	35	31,82
2. Изменение ногтей	77	50,32	64	58,18
а) ломкость	32	20,91	25	22,72
б) тусклость, исчерченность, истонченность	45	29,41	39	35,45
3. Изменение волос (тусклость, редкость, раздвоение концов)	60	52,28	64	58,18
4. Ангулярный стоматит	50	32,67	55	50
5. Атрофия сосочков языка	53	34,64	65	59,09
а) атрофия сосочков на кончике языка	34	22,22	32	29,09
б) атрофия сосочков языка по всей передней поверхности языка	19	12,42	33	30,0
6. Глоссит	2	1,30	16	14,50
7. Бледность кожи	25	16,33	12	10,9
8. Снижение аппетита	79	51,63	58	52,72
9. Извращение вкуса	41	26,79	33	30
а) пристрастие к меду, извести, дегтю, сырому мясу, картофелю и тесту	14	9,15	23	20,91
б) тяга к острому, мучному, отвращение к мясной пище	27	17,64	10	9,09
в) отвращение к мясной пище	3	1,96	7	6,36
10. Извращение обоняния				
11. Снижение мышечного тонуса	70	45,75	46	41,81
12. Ночное недержание мочи	21	13,72	10	9,09
13. Головная боль	32	20,21	21	19,09
14. Головокружение	8	5,22	3	2,72
15. Беспокойный сон	16	10,45	5	4,54
16. Утомляемость	40	26,14	32	29,09
17. Потливость	36	23,52	10	9,09

Одним из частых симптомов при ЛДЖ является также битурия (окрашивание цвета мочи после употребления красной свеклы). Однако данный симптом выявлен только у одного ребенка в низкогорье. Отсутствие симптома битурии в высокогорье, скорее всего, связано с отсутствием свеклы в пищевом рационе.

Астеновегетативные симптомы проявлялись в виде утомления, головной боли, беспокойного сна, потливости.

В условиях высокогорья сидеропенические симптомы выявлены у 93,6% детей; выше 5 симптомов наблюдалось у 54,5%, до 5 симптомов — у 34,5%, 1—2 симптома — у 4,56% детей.

В низкогорье указанные клинические симптомы выявлены у 89,9% детей.

Клиническое проявление и яркость сидеропенических синдромов в условиях высокогорья связаны, очевидно, с более выраженным дефицитом железа, так как с повышением высоты местности суточная сидероурия усугублялась, что указывает на истощение тканевых запасов железа. Подтверждением сказанного является снижение железосодержащего фермента пероксидазы, который участвует в окислительно-восстановительных процессах в тканях организма. Уровень пероксидазы в момент обследования детей-горцев в среднем равнялся $1,84 \pm 0,028\%$, а в конце лечения достоверно повысился ($2,00 \pm 0,031\%$).

Таким образом, выявленные сидеропенические симптомы у обследованных нами детей связаны с глубоким истощением железосодержащих ферментов. Подтверждение этому — положительная динамика от проведенной профилактической ферротерапии (в низкогорье — 2 мг/кг массы тела, в высокогорье соответственно — 3 мг/кг элементарного железа) и повышение суточной экскреции железа с мочой в три раза.

В процессе приема препарата железа у 98% детей к 30 дню лечения ликвидируется симптоматика дефицита железа, в 100% случаев нормализуется аппетит и отмечается положительное отношение к пище. Поэтому проявление малых симптомов со стороны кожи с большей вероятностью указывает на латентный дефицит железа, чем на гиповитаминоз, гипердиагностика которого определяет неверную терапевтическую тактику лечащего врача.

Выводы

1. Характерным клиническим проявлением латентного дефицита железа у детей дошкольного возраста в низко- и высокогорье являются сидеропенические симптомы: изменение кожи и ее придатков, сухость кожи, атрофия сосочков языка, трофические изменения волос и ногтей, ангулярный стоматит, снижение аппетита, извращение вкуса.

2. В условиях высокогорья сидеропенические симптомы встречаются чаще и выражены ярче.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

М. Д. Субанбеков

Киргизский государственный медицинский институт

Широко и повсеместно распространен туберкулез среди населения земного шара, независимо от возраста и пола, от региона и географической широты, от расы и национальности, от профессии и должности, и причиной такого распространения является его инфекционная природа.

Основным источником заражения детей туберкулезом является больной человек, который выделяет возбудитель туберкулеза и имеет контакт со здоровыми детьми. Поэтому так важно правильно ориентировать население относительно инфицированной природы заболевания. Без широкой профилактики и санитарно-просветительной работы трудно улучшить и снизить уровень заболеваемости туберкулезом у детей.

Профилактические мероприятия:

1. Поскольку особенно для детей инфекций и туберкулеза, где имеет место возбудителя.

Об опасности заражения работники детских учреждений, где имеет место возбудителя.

2. Способствуют низкому иммунитету ребенка (солнце, воздух, и спортом).

3. Искусственное вскармливание при помощи

Если дети страдают туберкулезом, то для предупреждения и развития заболевания необходимо давать мер, тубазид).

Каждый человек должен знать об опасности туберкулеза и неукоснительно соблюдать профилактические мероприятия.

4. Проводить профилактику и лечение.

Доказано, что в течение всей жизни человек может быть носителем туберкулеза.

Возбудитель туберкулеза должен заболеть туберкулезом, т.е. в течение жизни человек может быть носителем туберкулеза.

Возбудитель туберкулеза может находиться в организме человека в течение всей жизни.

Возбудитель туберкулеза может находиться в организме человека в течение всей жизни.

Возбудитель туберкулеза может находиться в организме человека в течение всей жизни.

В результате туберкулеза, т.е. в течение жизни человек может быть носителем туберкулеза.

Возбудитель туберкулеза может находиться в организме человека в течение всей жизни.

Возбудитель туберкулеза может находиться в организме человека в течение всей жизни.

Возбудитель туберкулеза может находиться в организме человека в течение всей жизни.

Возбудитель туберкулеза может находиться в организме человека в течение всей жизни.

Возбудитель туберкулеза может находиться в организме человека в течение всей жизни.

выявлены у 89,9%

ческих синдромов
выраженным дефи-
цита суточная сиде-
тканевых запасов
енные железосодер-
ель окислительно-вос-
ель пероксидазы в
ся $1,84 \pm 0,028\%$, а

имптомы у обсле-
ем железосодержа-
льная динамика от
жогорье — 2 мг/кг
элементарного же-
ной в три раза.

й к 30 дню лечения
0% случаев норма-
ление к пище. Поэ-
с большей вероят-
на гиповитаминоз,
запевтическую так-

тного дефицита же-
жогорье являются
ридатков, сухость
ния волос и ногтей,
е вкуса.
птомы встречаются

ния

ез среди населения
иона и географиче-
сии и должности, и
екционная природа.
кулезом является
беркулеза и имеет
правильно ориенти-
роды заболевания.
ьной работы труд-
кулезом у детей.

Профилактическая работа должна проводиться по следующим на-
правлениям:

1. Поскольку каждый бациллярный больной для окружающих и
особенно для детей представляет собой большой резервуар туберкулез-
ной инфекции и создает опасность заражения, необходимо создать оп-
тимальные условия для ограничения распространения во внешней сре-
де возбудителя туберкулеза и передачи его от больного к здоровому.
Об опасности заражения должны знать родители и руководители школ,
работники детских дошкольных учреждений и педагоги учебных заве-
дений, где имеется большая скученность детей и подростков.

2. Способствовать повышению естественной сопротивляемости орга-
низма ребенка путем рационального использования факторов природы
(солнце, воздух, вода), правильного режима дня, занятий физкультурой
и спортом.

3. Искусственно создавать невосприимчивость организма к туберку-
лезу при помощи вакцины БЦЖ.

Если дети живут в тесном контакте с больными открытой формой
туберкулеза, то вакцина БЦЖ не всегда может предохранить от зара-
жения и развития болезни. Для усиления защитной функции организма
необходимо давать ребенку противотуберкулезные препараты (напри-
мер, тубазид).

Каждый член семьи, в которой имеется больной туберкулезом, обя-
зан знать об опасности заражения, четко соблюдать правила личной ги-
гиены и неукоснительно выполнять предписания эпидемиолога.

4. Проводить клиническую профилактику с учетом диагностики, те-
чения и лечения туберкулеза у детей.

Доказано, что почти 98,9% всего населения земного шара в тече-
ние всей жизни многократно соприкасаются с источником туберкулез-
ной инфекции. Но это не значит, что столько же процентов людей
должно заболеть туберкулезом. С момента заражения инфекцией зара-
женные «тут же» остро не заболевают, как при детских инфекционных
заболеваниях или вирусных и энтеровирусных инфекциях. При тубер-
кулезе заболеванию обязательно предшествует относительная последо-
вательность, для него характерно постепенное начало. Это зависит от
многих факторов: массивности попадания вирулентных и патогенных
микобактерий в организм, резистентности макроорганизма, вакцинации
и ревакцинации БЦЖ внутрикожным методом и т. д. В связи с измене-
нием патоморфоза первичного туберкулеза, с каждым годом все чаще
и чаще стало встречаться маловыраженное или бессимптомное течение
заболевания у детей.

В результате снижения массивности и вирулентности туберкулез-
ной инфекции, инфицирования детей на фоне вакцинации и ревакцина-
ции БЦЖ, изменилось клиническое течение туберкулеза. Первичный
туберкулез, который, в основном, встречается у детей, проявляется се-
годня в виде ранней туберкулезной интоксикации первичного туберку-
лезного комплекса и как центральной формы — туберкулеза внутри-
грудных лимфатических узлов. При правильно проведенных мероприя-
тиях иммунохимиопрофилактики наблюдается повсеместная тенденция
к снижению туберкулезной чувствительности среди детей и подростков,
что намного затрудняет своевременность диагностики туберкулеза в
детском возрасте.

Для своевременного распознавания начальных форм туберкулеза
среди детей врачам общей лечебной сети необходимо правильно интер-
претировать результаты туберкулиновой реакции (туберкулинодиагнос-
тика играет основную роль в обследовании детей и подростков). При

Этой ответствен-
жна проводиться
льно учитываются
размер поствак-
иможность опреде-
дергии. При появ-
быть тщательно
ствует послевак-
отр, исследования
ихов на БК.
тики в возможнос-
ния очагов тубер-

только показателю
й туберкулезом.
нимание А. Г. Хо-
бходимы регуляр-
неткая интерпрета-
вакцинация БЦЖ

занимает выявле-
реакций по пробе
туберкулинодиаг-
95—100% детей
только улучшить
овать бригадный,
тулинодиагностики.
глеза у детей и
им централизован-
за формированием
кой проверки дан-
нях, садах, школах

агностикой детей и
риска и с гиперер-
пы диспансерного
ка среди детей до-
звует раннему выяв-

ольшую опасность
ем большее значе-

расте зависят от
также от клиниче-

ьных и лечебно-
кцинации и ревак-
стали встречаться
ные формы тубер-
проявляются. Это
Поэтому в выявле-
ьшее значение ту-
гивным при этой
ографическое) ис-

При подозрении на маловыраженные формы первичного туберкулеза вышеуказанное рентгенологическое обследование является обязательным.

Без хорошо поставленной туберкулинодиагностики и своевременного подключения массового флюорообследования невозможно диагностировать начальные формы первичного туберкулеза у детей.

Одним из ранних проявлений туберкулеза у детей является туберкулезная интоксикация, которая характеризуется параспецифическими реакциями в виде узловатой эритемы на коже, фликтенулезного кератоконъюнктивита, ревматизма Понсе, специфического отита, бронхопневмонии, лимфоаденопатии. Дети с вышеуказанными проявлениями, в основном, обращаются к педиатрам общелечебной сети, где чаще не обследуются на туберкулез. Эти дети долго обследуются у педиатров, ЛОР-врачей, офтальмологов, ревматологов, даже у дерматологов. При такой длительной «экскурсии» природа заболевания распознается поздно.

Таким образом, в связи с наступлением клинического патоморфоза клиника локального первичного туберкулеза у детей коренным образом изменилась: он, в основном, протекает малосимптомно и чаще стал встречаться в виде маловыраженной формы. Но при активном течении туберкулезного процесса у детей имеются обособленные симптомо-комплексы, на которые должны обратить внимание педиатры, инфекционисты и другие «узкие» специалисты во время обращения детей в поликлинику.

В активной фазе даже мало выраженного локального первичного процесса со стороны центральной нервной системы и органов дыхания наблюдаются функциональные нарушения. У детей, больных туберкулезом, может быть слабость, у них нарушается аппетит, они становятся раздражительными, плаксивыми, нервно-лабильными; держится субфебрильная температура.

Следует отметить, что вышеуказанные функциональные нарушения, как правило, бывают без каких-либо простудных и др. факторов, зависящих от времени года.

ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Л. Д. Рыбалкина

Киргизский НИИ акушерства и педиатрии

Невынашивание беременности играет существенную роль в повышении уровня детской смертности. Эта проблема не перестает быть актуальной потому, что при прерывании беременности в сроке до 28 недель плоды обычно нежизнеспособны и вскоре погибают, а в случаях преждевременных родов наблюдаются высокая мертворождаемость и ранняя детская смертность. И, наконец, немаловажное обстоятельство — высокая частота пороков развития детей, рожденных женщинами с привычным невынашиванием беременности. По данным Л. А. Мозжухиной (1974), Л. В. Моисеенко (1981), частота рождения детей с пороками развития, несовместимыми с жизнью, у женщин с нелеченным привычным невынашиванием беременности составляет соответственно 13,8%

и 14,0%. В. М. Сысоевой (1972) отмечено, что у каждой третьей женщины, родившей детей с пороками развития, роды произошли преждевременно.

В исследованиях состояния плодного яйца, проведенных нами методом ультразвукового сканирования у 505 женщин с угрозой невынашивания, у каждой четвертой из них выявлена более или менее выраженная патология: у $3,8\% \pm 0,6\%$ — аномалии развития плода; у $7,5\% \pm 1,2\%$ — неразвивающаяся беременность; у $13,3\% \pm 1,5\%$ — гипотрофия плода.

Все эти данные свидетельствуют о высоком риске рождения детей с пороками развития и о необходимости диагностики состояния плода перед решением вопроса о рациональности сохраняющей терапии. Ультразвуковое сканирование, мониторингное наблюдение, ФКГ плода, амниоцентез с последующим биохимическим исследованием околоплодных вод, медико-генетическое консультирование позволяют дать должную оценку состояния плода.

В связи с вышеизложенным, мы определили задачи, стоящие перед практическими акушерами-гинекологами в случаях наблюдения женщин с угрозой невынашивания беременности.

Они состоят, прежде всего, из оценки состояния плода и фетоплацентарной системы в целом. Для этого, помимо упомянутых методов исследования, могут быть использованы гормональная кольпоцитология, базальная термометрия, определение в крови содержания плацентарного лактогена, эстриола, прогестерона, α -фетопротейна и термостабильной фракции щелочной фосфатазы. При проявлениях признаков вирилизации обязательно исследование суточной мочи на содержание 17-кетостероидов.

При отсутствии мониторов для оценки состояния плода после 16 недель беременности может быть использован сам «малыш». Необходимо подсчитать число сердцебиений плода, дать матери подышать кислород. Урежение сердцебиения плода на 6—8 ударов после прекращения матерью дыхания кислорода с последующим восстановлением числа сердцебиений свидетельствует о хороших функциональных возможностях плода.

После тщательного изучения анамнеза беременной, сопоставления его с данными клинико-лабораторного обследования выносится заключение о предполагаемой или уточненной причине угрозы невынашивания беременности.

Следующая задача, стоящая перед врачом, — определение степени выраженности клинических проявлений преждевременного прерывания беременности.

В дальнейшем врач должен решить вопрос о рациональности сохраняющей беременность терапии на основе учета состояния плодного яйца, срока беременности, степени выраженности признаков преждевременного прерывания беременности.

При положительном решении вопроса по поводу рациональности сохранения беременности необходимо избрать метод лечения с обязательным учетом этиопатогенеза угрозы невынашивания.

Так, при гипофункции яичников это — терапия микрофоллином по 0,025 или 0,05 мг в день до 8 недель беременности; микрофоллин в сочетании с прогестероном — по 1 мг внутримышечно или туринал по 1—2 таблетки в день с 8 до 16 недель беременности.

При гиперандрогении — назначение кортикостероидов (преднизолон — по 5 мг в день, дексаметазон — по 0,5 мг) до нормализации экскреции 17-кетостероидов.

Терапия угрозы прерывания беременности должна начинаться с назначения антибиотиков, как тетрациклинов, так и пенициллинов, причем в значительном количестве. Беременным противопоказаны тетрациклины; из сульфаниламидов не изменяет Ph

В случаях неэффективности лечения усиление за счет швов на шейку матки и др.

Независимо от степени выраженности гипотрофии плода, представленные в ра

В комплекс т

Из медикаментов способному на 40% снижается он по 5 мл (1 капля) в течение.

В случаях гипотрофии плода 3 раза в день по 3 таблетки в день по 2

Препаратом выбора является глюкоза, развившейся на фоне его внутривенно в виде раствора глюкозы в течение.

В сроке беременности 30—35 недель токолитик партунол. Дозу для внутривенного введения определяют по эффективности и меньшей, токолитик

Для приготовления раствора растворяют в 5% растворе в минуту.

Противопоказано при сердечно-сосудистой недостаточности, респираторной инфекции, температуре тела до 38°C, при предлежании плаценты, преждевременной плаценте.

Для улучшения кровоснабжения реополиглюкин внутривенно, медленного введения глюкозы 1 раз в сутки внутривенно 1 раз в сутки внутривенно 1 мл 0,5%

Терапия угрозы невынашивания на фоне хронического воспаления гениталий должна начинаться с антибактериальной терапии. При назначении антибактериальной терапии следует помнить, что такие антибиотики, как тетрациклин, левомицетин, мономицин, стрептомицин и др., беременным противопоказаны из-за их тератогенных свойств. Предпочтительно в этих случаях применять пенициллин, оксациллин, эритромицин; из сульфаниламидных препаратов — сульфаметоксазол, так как он не изменяет Ph мочи и не задерживает жидкость.

В случаях истмико-цервикальной недостаточности главным является усиление запирающей функции маточного зева путем наложения швов на шейку по одному из методов Сценди, Макдональда, Любимовой или др.

Независимо от причины, вызвавшей угрозу невынашивания беременности, обязательна терапия, направленная на лечение гипоксии и гипотрофии плода. Современные принципы терапии гипоксии плода представлены в работе Г. М. Савельевой (1984).

В комплекс таких средств из физических методов входят диатермия околоплодной области и рефлексотерапия.

Из медикаментозных средств особое значение придается тренталу, способному на 40% увеличить маточно-плацентарный кровоток. Вводится он по 5 мл (100 мг) в 250—500 мл инфузионного раствора внутривенно капельно в течение 3 часов. Противопоказан препарат при кровотечениях.

В случаях гипоксии плода рекомендуется и компламин (по 0,15 мл 3 раза в день после еды). В зависимости от степени выраженности гипоксии плода он может быть введен внутримышечно или медленно внутривенно по 2 мл 1—2 раза в день.

Препаратом выбора при возникновении угрозы невынашивания, развившейся на фоне позднего токсикоза, является эуфиллин. Вводят его внутривенно по 5—10 мл в виде 2,4% раствора в 10—20 мл 40% раствора глюкозы 1—2 раза в сутки под контролем артериального давления.

В сроке беременности 16—36 недель целесообразно использовать токолитик партусистен. Вводят его внутривенно капельно и орально. Дозу для внутривенного введения подбирают индивидуально с учетом эффективности и переносимости. Первоначальной всегда является наименьшая, токолитически действующая доза.

Для приготовления раствора содержание одной ампулы (10 мл) растворяют в 5% глюкозе и вводят внутривенно со скоростью 20 капель в минуту.

Противопоказания для применения токолитиков: тиреотоксикоз, сердечно-сосудистые заболевания, глаукома, сахарный диабет, внутриматочная инфекция или подозрение на нее при повышении температуры тела до 38°C, многоводие, обильные кровянистые выделения при предлежании плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, нарушение сердечного ритма плода.

Для улучшения гемодинамики и микроциркуляции крови вводятся: реополиглюкин — внутривенно капельно по 400 мл в день; коргликон — внутривенно, медленно по 0,5—1 мл 0,06% раствора в 20 мл 40% раствора глюкозы 1 раз в сутки; гепарин — по 5000—10000 ед. парентерально 1 раз в сутки под контролем свертывающей системы крови; курантил — внутрь по 0,0125 г 3 раза в день, внутримышечно либо внутривенно 1 мл 0,5% раствора 1 раз в сутки.

Параллельно назначаются препараты, улучшающие метаболизм в системе «мать-плацента-плод» (кокарбоксилаза — 50 мг внутривенно с глюкозой 40% — 20 мл, АТФ — 1% р-р по 1 мл внутримышечно, метионин — внутрь по 0,5 мл три раза в день, оротат калия-внутри за час после еды по 0,25 мл 3 раза в день, аскорбиновая кислота — 5% раствор 3—5 мл внутривенно с глюкозой 1 раз в сутки).

Для снятия спазма сосудов и улучшения реологических свойств крови — реополиглюкин — гепариновая смесь в сочетании с тренталом.

После проведенного лечения необходимо провести контрольное исследование состояния плода.

Критерии излеченности угрозы невынашивания беременности: удовлетворительное состояние плода и нормотонус матки.

При нарастающей угрозе преждевременных родов 28—36 недель, высоком надрыве плодного пузыря необходимо проводить лечение, направленное на повышение жизнеспособности плода, и, прежде всего — на профилактику синдрома дыхательных расстройств путем назначения матери глюкокортикоидов (преднизолон — по 60 мг и дексаметазон — по 8 мг в сутки в два приема в течение двух дней), способствующих ускоренному созреванию сурфактантной системы плода.

Все дети, рожденные женщинами с угрозой невынашивания, должны быть отнесены в группу высокого риска.

Недоношенные, переношенные дети и родившиеся в асфиксии после рождения должны быть помещены в палаты интенсивной терапии или с индивидуальным постом.

Мероприятия по профилактике заболеваний у новорожденных складываются, в первую очередь из мер по предупреждению респираторного дистресс-синдрома.

При выписке из родильного дома или при переводе в отделение для недоношенных детей врачу-педиатру передаются все сведения об особенностях течения беременности и родов, заболеваниях матери. Нами это осуществляется путем передачи на участок вкладыша памятки для беременных женщин.

Системное наблюдение женщин с угрозой преждевременного прерывания беременности, четкое выполнение врачами задач на каждом этапе позволило акушерско-гинекологической клинике и женской консультации КНИИАиП в течение двух лет повысить частоту выявляемости угрозы невынашивания беременности с 5,5% до 8%, а также снизить число преждевременных родов с 5,4% до 4,5%, самопроизвольных выкидышей — в 1,5 раза (с 5,2% до 3,8%), частоту рождения детей с пороками развития, несовместимыми с жизнью, — в три раза.

Слизистые
стом контакта
клетками и клет
особое внимание
изучении механи
большинства ис
1979.; Ostergaard
выявляются дефи
содержания имму
Ig A в секрете д
пираторно-аллерг
Бенесток, 1984).

Мы определя
лочек дыхательн
личными симпто
ного риска» к ал
делены дети, у к
логического анам
ны, некоторые
холод), неперен
ции проявлялись
па крапивницы и
ка», считались э
аллергическим э
здоровые дети, н
аллергических ре

Количествен
в слюне детей оп
носпецифической
человека, получе
препаратов Моск
(Манчини, 1965)
«риска» оказалс
(табл.). У 6 дете
цинальные реакци

Показатели им

Обследуемые

Дети с аллерги
ческой симпто
матикой

ИММУННАЯ СИСТЕМА СЛИЗИСТЫХ ДЫХАТЕЛЬНОГО И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С СИМПТОМАМИ АЛЛЕРГИИ

А. А. Джумалиева, В. Н. Федосеева, С. Н. Лебедев

НИИ общей и коммунальной гигиены им. А. Н. Сысина АМН СССР



Слизистые оболочки дыхательного тракта человека являются местом контакта ингаляционных аллергенов с иммунокомпетентными клетками и клетками-мишенями (А. Д. Адо, 1976). В последнее время особое внимание уделяется иммунной системе слизистых оболочек при изучении механизма аллергических реакций. Как указывают данные большинства исследователей (П. И. Переновска, 1981; Platts-Mills, 1979.; Ostergaard, 1980), при респираторно-аллергических заболеваниях выявляются дефицит секреторного иммуноглобулина А и повышение содержания иммуноглобулина Е. Ряд авторов считают, что содержание Ig А в секрете дыхательного тракта является прогностическим при респираторно-аллергических заболеваниях (В. В. Кузин, 1984; Олардис, Бененсток, 1984).

Мы определяли чувствительность иммунной системы слизистых оболочек дыхательного и пищеварительного трактов у детей 4—6 лет с различными симптомами аллергии, отнесенных нами в группу «повышенного риска» к аллергическим заболеваниям. В группу «риска» были выделены дети, у которых при анкетированном опросе, на основе аллергологического анамнеза, были отмечены аллергические реакции на вакцины, некоторые виды пищи, лекарств, физических воздействий (тепло, холод), непереносимость определенных запахов. Аллергические реакции проявлялись в виде диатеза, бронхоспазма, кожных высыпаний типа крапивницы и др. Тем не менее, все дети, отнесенные к группе «риска», считались здоровыми и не были взяты на диспансерный учет по аллергическим заболеваниям. В качестве контроля были обследованы здоровые дети, не имеющие в анамнезе аллергических заболеваний или аллергических реакций.

Количественное содержание секреторных иммуноглобулинов А и G в слюне детей определяли методом радиальной иммунодиффузии с моноспецифической сывороткой против секреторного иммуноглобулина А человека, полученного из предприятия по производству бактериальных препаратов Московского НИИ вакцин и сывороток им. И. И. Мечникова (Манчини, 1965). Уровень секреторного Ig А в слюне у детей группы «риска» оказался резко сниженным по сравнению со здоровыми детьми (табл.). У 6 детей с аллергическими реакциями в анамнезе (поствакцинальные реакции, аллергические реакции на некоторые виды пищи,

Таблица

Показатели иммуноглобулинов у детей с симптомами аллергии (4—6 лет)

Обследуемые	Ig E в сыворотке крови	Ig E в слюне	Ig E в копро- фильтрах	Ig A в слюне	Ig G в слюне
-------------	------------------------------	-----------------	------------------------------	-----------------	-----------------

Дети с аллергической симптоматикой

190 МЕ/мл 38 МЕ/мл 1,8 МЕ/мл 19,4 мг% 4,52 мг⁰/₀

лекарства) были выявлены нулевые показатели секреторных Ig A и Ig G в слюне. Отмечено, что в группе детей с аллергической симптоматикой показатели секреторного иммуноглобулина A были в 2,8 раза ниже, чем в целом по группе здоровых детей. Эти данные согласуются с наблюдениями других исследователей (В. В. Кузин, 1984), показавших резкое снижение секреторных Ig A у лиц с аллергопатологией. Показатели секреторных Ig A и Ig G в слюне здоровых детей были близки по общеизвестным показателям секреторных иммуноглобулинов A и G в слюне здоровых детей (4—6 лет; Б. П. Штеренгарц с соавт., 1978).

Существует ряд доказательств тесной взаимосвязи отдельных элементов системы местного иммунитета и гиперпродукции Ig E. Взаимоотношение его с другими факторами местного иммунитета позволило постулировать роль повышенной проницаемости слизистых оболочек в гиперпродукции Ig E, в синтезе реагиновых антител. Учитывая данные литературы о взаимосвязи сниженных показателей Ig A с повышенным содержанием Ig E в секретах больных респираторно-аллергическими заболеваниями, мы провели изучение уровня аллергических антител (Ig E) радиоиммуносорбентным методом (ПРИСТ) с использованием наборов шведской фирмы «Фармация Диагностикс» в сыворотке крови, слюне и копрофильтратах детей группы «риска». Сыворотку крови разводили в 10 раз (согласно инструкции, прилагаемой к наборам). Слюну использовали неразведенной. Копрофильтраты предварительно обрабатывали по методике И. Б. Куваевой. Были изучены 20 образцов слюны у детей с аллергическими реакциями. Следы Ig E обнаружены во всех образцах слюны. Уровни «следовых» антител (Ig E) не превышали 2 МЕ/мл. В то же время у 5 детей отмечены показатели Ig E, которые достигли значительных величин (в среднем — до 38 МЕ/мл).

Анализируя полученные результаты содержания Ig E в слюне детей, мы провели дополнительное изучение сывороточного Ig E в крови детей с пониженным содержанием секреторных иммуноглобулинов. Было показано, что в сыворотках крови указанной группы детей уровни сывороточного Ig E были многократно (12 и более раз) увеличены по сравнению с установленной иммунологической нормой этих показателей для детей 4—6 лет. Средний уровень сывороточного Ig E у этой группы детей составил 190 МЕ/мл при общепринятой норме 8,6—12,9 МЕ/мл (норма для здоровых детей 4—6 лет, по данным шведской фирмы «Фармация Диагностикс»).

Известно, что в раннем возрасте аллергические заболевания респираторного аппарата нередко сочетаются с проявлением у детей пищевой аллергии. На взаимосвязь гиперпродукции Ig E в слизистых дыхательного и пищеварительного тракта указывают Олардис и Бененсток (1984). У детей, выделенных нами в группу «риска», в значительном проценте случаев (по анамнестическим данным) мы отмечали непереносимость некоторых пищевых продуктов. По ответам родителей на анкеты, экссудативный диатез развивался на фоне введения молочных прикормов (особенно концентратов). В связи с этим у детей группы «риска» были обследованы копрофильтраты на содержание общего Ig E. Исследование 20 образцов показало, что во всех образцах имелись значительные количества антител, принадлежащих классу Ig E. У 5 детей эти показатели оказались завышенными в сравнении с установленными нормами. Средний показатель Ig E составил в этом случае 1,8 МЕ/мл (колебания 1—3,2). Дальнейший анализ показал, что завышенные показатели Ig E содержались в копрофильтратах детей, у которых ранее были выявлены повышенные Ig E в слюне.

Нами та
что лизоцим
обладающий
показателей
зал, что акти
выми детьми
ма в слюне в
тической цен
Тем не менее
чаях в сочет
нов) может
го состояния

Получени
нях аллергия
слюны у дете
ком снижени
целесообразн
пираторного
антител, спос
итоге, привод

БАКТ
ЭНТЕ
И ПР
В ИХ

С. Т. Т.
Р. М. А.

Киргиз

На прот
острых кише
ния (Г. А. Ти
и др.). Снижа
и возрастает
вансий бакте
этиологии ба
ным клиниче
лял 13,8%, в
41,3%. Домин
кишечных ин
ния, а в посл
Удельный вес
детей первого
1983 году соо

Детская
фекции в пят
Общими
ность диагнос

креторных Ig A и
ической симптома-
были в 2,8 раза
анные согласуют-
ш. 1984), показав-
гопатологией. По-
детей были близки
глобулинов A и G
с соавт., 1978).

и отдельных эле-
и Ig E. Взаимоот-
тета позволило по-
ых оболочек в ги-
тывая данные ли-
A с повышенным
ю-аллергическими
гических антител
с использованием
сыворотке крови,
оротку крови раз-
наборам). Слюну
арительно обра-
20 образцов слю-
E обнаружены во
g E) не превыша-
тателя Ig E, кото-
38 ME/мл).

g E в слюне детей,
g E в крови детей
улинов. Было по-
ей уровни сыворо-
тены по сравне-
показателей для
у этой группы де-
8,6—12,9 ME/мл
кой фирмы «Фар-

аболевания респи-
и у детей пищевой
стных дыхательно-
Бененсток (1984).
тельном проценте
непереносимость
на анкеты, экссу-
чных прикормов
пы «риска» были
Ig E. Исследова-
лись значительные
детей эти показа-
енными нормами.
ME/мл (колебания
е показатели Ig E
е были выявлены

Нами также исследована активность лизоцима слюны. Известно, что лизоцим — один из важных факторов неспецифической защиты, обладающий выраженными бактериологическими свойствами. Анализ показателей активности лизоцима слюны в группе детей «риска» показал, что активность лизоцима слюны снижена по сравнению со здоровыми детьми, но значительный разброс показателей активности лизоцима в слюне не дает возможности сделать однозначный вывод о диагностической ценности этого теста при оценке функции системы слизистых. Тем не менее, резкое снижение активности фермента в отдельных случаях в сочетании с другими показателями (секреции иммуноглобулинов) может служить дополнительным подтверждением неблагоприятного состояния слизистых респираторного тракта у детей группы «риска».

Полученные нами результаты свидетельствуют о повышенных уровнях аллергических антител (класса Ig E), дефиците секреторного Ig A слюны у детей группы «риска», а также в некоторых случаях — о резком снижении активности лизоцима слюны. В связи с этим мы считаем целесообразным оценивать функцию иммунной системы слизистых респираторного и пищеварительного трактов по наличию аллергических антител, способных сенсибилизировать ткани организма, что, в конечном итоге, приводит к развитию аллергического процесса.

БАКТЕРИАЛЬНАЯ МИКСТИНФЕКЦИЯ ПРИ ЭНТЕРОКОЛИТАХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА И ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛАКТА С ЛИЗОЦИМОМ В ИХ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

С. Т. Тобокалова, Б. Н. Липкин, Г. Т. Осмоналиева,
Р. М. Кадырова, М. А. Соснова

Киргизский государственный медицинский институт

На протяжении последних десятилетий этиологическая структура острых кишечных инфекций у детей претерпевала значительные изменения (Г. А. Тимофеева с соавт., 1977; Н. М. Златковская с соавт., 1979 и др.). Снижается роль облигатных микроорганизмов (дизентерия и др.) и возрастает роль условно-патогенной флоры. Отмечен рост ассоциированной бактериальной инфекции. Так, удельный вес микстинфекции в этиологии бактериологически расшифрованных ОКИ у детей (по данным клинической инфекционной больницы г. Фрунзе) в 1980 г. составлял 13,8%, в 1981 — 24,2%, в 1982 — 30,1%, в 1983 г. — 32,0%, в 1984 — 41,3%. Доминирующую роль среди возбудителей в структуре острых кишечных инфекций заняли сальмонеллы и стафилококки и их сочетания, а в последние годы (1981—1984) — эшерихии и стафилококки. Удельный вес бактериальной микстинфекции среди причин летальности детей первого года жизни, погибших от острых кишечных инфекций, в 1983 году составил 73,0%.

Детская летальность от сальмонеллезно-стафилококковой микстинфекции в пять раз выше, чем при моносальмонеллезе (5,3%; 1980 г.).

Общими особенностями кишечных микстинфекций являются трудность диагностики, тяжесть и затяжной характер течения болезни.

Среди наблюдавшихся нами больных с 1977 года преобладающим клиническим вариантом острых кишечных инфекций смешанной этиологии у детей в возрасте первого года жизни был энтероколит. У больных моносальмонеллезом энтероколитная форма составила 63,6%, а при сальмонеллезно-стафилококковой микстинфекции — 49,4% — за счет значительного возрастания (до 14,1%) числа больных с септической формой заболевания (1977—1981 гг.).

Удельный вес сальмонеллезно-стафилококковой микстинфекции в этиологической структуре расшифрованных ОКИ среди детей первых двух лет жизни составил в указанные годы 20,0%, а в 1979 г. достигал 37,7%. По данным литературы, вес этой ассоциации в сумме микстинфекций колебался от 7,4% (Г. А. Тимофеева, 1977) до 33,6% (Р. И. Рудакова с соавт., 1978).

Главными клиническими особенностями сальмонеллезно-стафилококковой микстинфекции является тяжесть болезни (у половины больных): выраженный токсикоз с возникновением синдромов нейротоксикоза, вазомоторного коллапса, дыхательной недостаточности; у 55,0% больных — гемоколит, парез кишечника, длительная кишечная дисфункция (до 2 месяцев — у 28,3% больных). Эта ассоциация инфекций поражает преимущественно детей первого полугодия жизни.

По данным нашей клиники, в 1981—1983 гг. удельный вес эшерихиозно-стафилококковой микстинфекции в этиологической структуре ОКИ среди детей первого года жизни составил в среднем 19,0%. Возрастных отличий между больными с указанной микстинфекцией и только эшерихиозом или стафилококком не было.

Возрастание тяжести сочетанной инфекции демонстрируют цифры летальности. Если при колиэнтерите детская летальность — 2,6% (1981 г.), при стафилококковой инфекции — 5,8%, то при микстинфекции — 18,9%. Заболевание характеризуется упорной рвотой, глубокими нарушениями водно-солевого и других обменов, токсикозом с обезвоживанием, длительно не ликвидирующимся даже на фоне интенсивной регидратационной терапии. Причиной смерти часто является абсцедирующая пневмония.

Этиотропная терапия ассоциированных бактериальных энтероколитов у детей первого года жизни имеет ряд трудностей в связи с антибиотикорезистентностью штаммов возбудителей (сальмонеллы, стафилококк), развитием дисбактериоза кишечника, аллергических реакций. В этом плане апробация новых, биологически активных препаратов для терапии кишечных микстинфекций весьма актуальна. Кроме широко применяемых в нашей клинике методов специфической терапии бактериальных микстинфекций (сальмонеллезный, стафилококковый, колипротейный бактериофаги; антистафилококковая плазма и иммуноглобулин; прямые гемотрансфузии от иммунизированных стафилококковым анатоксином родигелей), наше внимание привлечено лизоцим. Немногочисленные данные литературы свидетельствуют о благоприятном действии этого биологически активного фермента при лечении диспепсии, дисбактериоза кишечника, даже сальмонеллеза у детей грудного возраста (Н. А. Жуковская, 1965; З. В. Ермольева, 1966; Д. В. Силич, 1972; О. Д. Махмудова, 1983; А. А. Баранов, В. Г. Дорофейчук, 1984).

В комплексной терапии бактериальных кишечных инфекций мы апробировали кисломолочный продукт — Биолакт-3, обогащенный лизоцимом и изготовленный в лаборатории питания КиргНИИАиП.

Под нашим наблюдением было 266 больных в возрасте от 1-го до 6 месяцев, в том числе больных сальмонеллезной микстинфекцией — 94,

стафилококковой
кишечной микст
вскармливанием
расту, преморби
ме болезни и эт

Больные о
«Малыш» и бл
30 мл и в течен

Для опреде
бавки в компл
тывались резу
дований. Обра
кишечной дисф
санации органи
больных в стац

Исследовал
мике патологич
Ермольевой, 19

В качестве
лись данные Н
го года жизни,
чающих биолан
мкг/мл; у детей

У больных
должительности
зом, вздутия ж
два раза, у них
глубина.

Кроме того
лакт-3, реже ф
ции в 1,8 раза,
стафилококков
также более р
ОРВИ и развит
основного прол

К моменту
группы санации
как у больных
дителя было зн
($P < 0,001$), а п
ции \approx у 7,6% (

Более глал
ствовало сокра
сальмонеллез
12 дней — при
(по сравнению

Нормализа
нических показ
больных. В ос
особенно, эше
кие уровни это
ровых детей).

В динамик
таваясь все же
рапию больны

преобладающим смешанной этиологией. У больных 63,6%, а при 9,4% — за счет с септической

микстинфекции в 1979 г. достигал сумме микстин- 33,6% (Р. И. Ру-

еллезно-стафило- половины боль- омов нейротокси- чности; у 55,0% шечная дисфунк- ция инфекций по- ни.

ный вес эшерихиозной структуры нем 19,0%. Воз- нфекцией и толь-

стрируют цифры альность — 2,6% при микстинфек- востой, глубокими тозом с обезвожи- е интенсивной ре- ется абсцедирую-

альных энтероко- ей в связи с анти- монеллы, стафи- ческих реакций. х препаратов для а. Кроме широко ой терапии бакте- ококковый, коли- а и иммуноглобу- стафилококковым зоцим. Немного- оприятном дейст- чении диспепсии, й грудного возраст- В. Силич, 1972; чук, 1984).

инфекций мы ап- гащенный лизоци- ИАиП. расте от 1-го до 6 тинфекцией — 94,

стафилококковым энтероколитом — 74 и эшерихиозно-стафилококковой кишечной микстинфекцией — 98. Все дети находились на искусственном вскармливании. Они были разделены на две однородные группы по возрасту, преморбидному фону, срокам госпитализации, клинической форме болезни и этиологическому фактору энтероколита.

Больные основной группы получали Биолакт-3, контрольной — «Малыш» и биолакт. Биолакт-3 вводили постепенно, начинали с 20—30 мл и в течение 3—4 дней доводили до возрастной нормы.

Для определения целесообразности использования лизоцимной добавки в комплексной терапии детей, больных энтероколитом, нами учитывались результаты клинических наблюдений и лабораторных исследований. Обращалось внимание на продолжительность интоксикации; кишечной дисфункции, динамику веса, показатели гемоглобина, сроки санации организма от возбудителя, продолжительность пребывания больных в стационаре, частоту развития осложнений и т. д.

Исследовалось содержание лизоцима в фекалиях у детей в динамике патологического процесса (по методу К. А. Каграмановой и З. В. Ермолевой, 1966). Всего проведено 356 исследований.

В качестве нормы показателей лизоцима в фекалиях использовались данные Н. А. Падалки (1980). У здоровых детей в возрасте первого года жизни, находящихся на искусственном вскармливании и получающих биолакт, содержание лизоцима в фекалиях составило $7,8 \pm 0,9$ мкг/мл; у детей, получающих Биолакт-3, — $15,2 \pm 2,6$ мкг/мл (табл. 1).

У больных детей основной группы (получавших Биолакт-3) продолжительность интоксикации начального периода, токсикоза с эксикозом, вздутия живота и кишечной дисфункции была короче в полтора-два раза, у них быстрее восстанавливались масса тела и уровень гемоглобина.

Кроме того, у больных, получавших в комплексной терапии Биолакт-3, реже формировался дисбактериоз: при стафилококковой инфекции в 1,8 раза, при сальмонеллезной — в 1,5 раза и при эшерихиозно-стафилококковой кишечной микстинфекции — в 1,6 раза. Установлено также более редкое (в 1,2—1,6 раза) наслоение внутрибольничной ОРВИ и развитие пневмонии, чем у больных, получавших в качестве основного продукта питания «Малыш» и биолакт.

К моменту выписки из стационара у 36% больных контрольной группы санация организма от возбудителей не наступила, в то время как у больных основной группы реконвалесцентное носительство возбудителя было значительно реже: при сальмонеллезной инфекции \approx у 14% ($P < 0,001$), а при эшерихиозно-стафилококковой кишечной микстинфекции \approx у 7,6% ($P < 0,001$).

Более гладкое течение болезни у детей основной группы способствовало сокращению сроков пребывания их в стационаре на 7 дней при сальмонеллезах, на 4 дня — при стафилококковых энтероколитах и на 12 дней — при эшерихиозно-стафилококковой кишечной микстинфекции (по сравнению с больными контрольных групп).

Нормализация кишечной аутофлоры, характера стула и других клинических показателей коррелируется содержанием лизоцима в кале больных. В остром периоде стафилококкового, сальмонеллезного и, особенно, эшерихиозно-стафилококкового энтероколита выявлены низкие уровни этого фермента в кале (в 1,5—2 раза ниже показателя у здоровых детей).

В динамике болезни концентрация лизоцима в кале нарастала, оставаясь все же ниже нормы. Включение Биолакта-3 в комплексную терапию больных энтероколитами приводило к повышению содержания

Таблица I

Сопоставление основных клинических симптомов у детей, больных энтероколитами, получивших и не получивших в комплексной терапии Биолакт-3

Этиология энтероколитов	Стафилококковая			Сальмонеллезная			Эшерихиозно-стафилококковая		
	основная M ± m	контроль- ная M ± m	P	основная M ± m	контроль- ная M ± m	P	основная M ± m	контроль- ная M ± m	P
Группа больных									
Симптомы, их продолжительность (в днях)									
Интоксикация	4 ± 0,2	7 ± 0,4	< 0,001	3 ± 0,2	6 ± 0,4	< 0,001	11 ± 0,3	19 ± 0,3	< 0,001
Токсикоз с эксикозом	3 ± 0,2	5 ± 0,5	< 0,05	3 ± 0,2	5 ± 0,3	< 0,001	7 ± 0,3	11 ± 0,7	< 0,001
Вздутие живота	3 ± 0,3	5 ± 0,5	< 0,05	5 ± 0,3	7 ± 0,3	< 0,05	9 ± 0,6	17 ± 0,5	< 0,001
Кишечная дисфункция	6 ± 0,5	9 ± 0,7	< 0,001	7 ± 0,4	10 ± 0,6	< 0,001	26 ± 1,0	36 ± 1,2	< 0,01
Средняя суточная прибавка Нв (в ед.)	0,3 ± 0,03	0,2 ± 0,02	< 0,001	0,4 ± 0,03	0,2 ± 0,03	< 0,01	0,4 ± 0,03	0,2 ± 0,04	< 0,01
Средняя суточная прибавка массы тела (в г)	18 ± 1,5	13 ± 1,2	< 0,01	26 ± 0,8	16 ± 0,8	< 0,001	24 ± 1,3	14 ± 1,3	< 0,01
Частота дисбактериоза (в %)	32 ± 4,0	58 ± 5,0	< 0,01	36 ± 5,0	54 ± 5,0	< 0,05	39 ± 7,0	64 ± 7,0	< 0,01
Частота внутрибольничной ОРВИ (в %)	36 ± 4,0	44 ± 5,0	< 0,05	19 ± 4,0	25 ± 4,0	< 0,05	25 ± 6,0	39 ± 7,0	< 0,05
Осложнения—пневмония	155 ± 5,0	39 ± 5,0	< 0,05	9 ± 3,0	17 ± 4,0	< 0,05	12 ± 5,0	35 ± 7,0	< 0,05
Проведено койко-дней	19 ± 1,2	22 ± 1,3	< 0,01	13 ± 0,8	20 ± 1,2	< 0,001	26 ± 1,4	38 ± 1,3	< 0,001

лизонима до по-
мкг/л (P < 0,001)
В динамике
имеется тенденция
этого показателя
контрольной гр
(1,5 ± 0,2 и 1,8 ± 0,4)
Таким образом:
1. Современ-
ный у детей пер-
то веса среди во-
кшечной микро-
2. Бактерия
раста определяе-
3. Применяе-
микстинфекций
более главному
станции и бл-

СТЕПЕН
ПРИ АК
ОПЕРАЦИ

Л. М. Мур

Родильный
№ 1 Киргиз

Выявление ф-
гических операц-
диль ряд возмож-
необходимости о-
торам риска доб-
«операционный»
ности возможны
операцию и нарк-
Под операцио-
могуших привес-
видеть до лета-
купность фактор-
(видеть до лета-
диль ряд специф-
наркозного риска
Специфически
вмешательства, т-
ния в ходе выпог-
ного риска связ-
средств, возмож-
(ЛАН), исходно-
Неспецифиче-
пень компенсации
необходимыми м-

лизцима до нормальных показателей (от $3,0 \pm 0,2$ мкг/л до $13,0 \pm 1,3$ мкг/л ($P < 0,001$) — при стафилококковом энтероколите).

В динамике у больных микстинфекцией, получавших Биолакт-3, имелась тенденция к повышению концентрации лизоцима в кале, но этот показатель все же оставался в 2 раза ниже нормы. У больных же контрольной группы содержание лизоцима в кале не изменялось ($1,5 \pm 0,2$ и $1,8 \pm 0,2$ мкг/л; $P > 0,05$).

Таким образом, проведенный нами анализ выявил следующее:

1. Современная этиологическая структура острых кишечных инфекций у детей первого года жизни характеризуется повышением удельного веса среди возбудителей условно-патогенной флоры и бактериальной микстинфекции.

2. Бактериальная кишечная микстинфекция у детей грудного возраста определяет тяжесть заболевания и повышение летальности.

3. Применение в комплексной терапии бактериальных кишечных микстинфекций Биолакта-3, обогащенного лизоцимом, способствует более гладкому течению заболевания, сокращению сроков лечения в стационаре и благоприятному исходу.

СТЕПЕНИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ПРИ АКУШЕРСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Л. М. Мунькин, И. М. Лебедева, Е. М. Есин

Родильный дом № 4 г. Фрунзе, кафедра акушерства и гинекологии
№ 1 Киргизского государственного медицинского института

Выявление факторов риска в период беременности или при гинекологических операциях позволяет предвидеть, а, следовательно, и предупредить ряд возможных осложнений. Опасность осложнений возрастает при необходимости оперативного лечения, поскольку к уже имеющимся факторам риска добавляются операционный и наркозный риск. Понятия «операционный» и «наркозный» риск необходимы для определения опасности возможных осложнений с учетом ответной реакции организма на операцию и наркоз.

Под операционным риском следует понимать совокупность факторов, могущих привести к осложнениям в ходе оперативного вмешательства вплоть до летального исхода. Под наркозным риском понимается совокупность факторов, могущих привести к тем или иным осложнениям (вплоть до летального исхода) при проведении наркоза. Можно выделить ряд специфических и неспецифических факторов оперативного и наркозного риска.

Специфические факторы операционного риска: объем оперативного вмешательства, технические сложности операции; ожидаемые осложнения в ходе выполнения вмешательства. Специфические факторы наркозного риска связаны с методикой анестезии, токсичностью наркотических средств, возможностью развития аллергического лекарственного шока (ЛАШ), исходной обструкцией дыхательных путей.

Неспецифические факторы риска: экстренность вмешательства; степень компенсации физиологических систем организма, обеспеченность необходимыми медикаментами и инструментами, внешние факторы, ка-

чество послеоперационного ухода. Неспецифические факторы отягощают проведение операции и наркоза и увеличивают операционный и наркозный риск.

Операционный и наркозный риск — понятия взаимосвязанные. Значительный операционный риск, как правило, сопровождается и большим наркозным риском: возникает опасность нарушения физиологических функций, в ходе операции и проведении наркоза требуются значительные усилия для их восстановления. В то же время низкий операционный риск может сочетаться с крайне высоким наркозным риском, например, при операции выскабливания полости матки у больной с выраженной легочно-сердечной недостаточностью. Операционный и наркозный риск тем выше, чем больше сумма специфических и неспецифических факторов. Квалификация и опыт хирурга и анестезиолога, координация их совместной деятельности является чрезвычайно важными дополнительными факторами, влияющими на процент операционной летальности и осложнений (Г. Е. Натов, М. С. Сейдов, 1961).

Задача оперирующего акушера-гинеколога — квалифицированно провести операцию. Задача анестезиолога — провести полноценное интенсивное наблюдение и интенсивную терапию в предоперационном (преднаркозном), операционном (наркозном), послеоперационном (постнаркозном) периодах. Анестезиолог, определив, как перенесет больная оперативное вмешательство, обеспечивает его безопасность и защищает больную от хирургической агрессии. С учетом перечисленных обстоятельств операционный и наркозный риск могут быть объединены одним широким понятием «анестезиологический риск» (АР), под которым следует понимать совокупность вместе взятых специфических и неспецифических факторов операционного и наркозного риска, могущих привести к функциональным осложнениям, вплоть до остановки сердца в ходе хирургической операции с анестезиологическим пособием.

Для совместного решения общих задач, стоящих перед акушером-гинекологом и анестезиологом, необходимо располагать объективной предварительной оценкой степени АР с учетом всех вышеизложенных обстоятельств. Между тем, существующие классификации относятся только к операционному риску и разработаны, главным образом, для общехирургических больных с упоминанием некоторых гинекологических операций (К. Блажа, С. Кривда, 1963; Г. П. Зайцев, В. А. Гологорский, 1963; В. А. Гологорский, 1982). Учитывая это обстоятельство и то, что акушерско-гинекологические операции имеют свои особенности, мы поставили перед собой задачу проанализировать возможность оценки степени АР у этой категории больных.

АР мы предлагаем оценивать с учетом объема и тяжести операции, состояния физиологических систем, опасности развития ЛАШ (А. П. Зильбер, 1984), и срочность операции. Акушерские и гинекологические операции разделены на легкие, средней тяжести и тяжелые (индексы I, II, III). Состояние больных оценивается как 0 (нулевое), если нет сопутствующих заболеваний и функциональных нарушений. При наличии сопутствующих заболеваний, хронических или острых нарушений сердечно-сосудистой, дыхательной систем, эндокринной, печеночной, почечной недостаточности состояние больных оцениваем как компенсированное — К, субкомпенсированное — С или декомпенсированное — Д, что отвечает общепринятой оценке. Опасность развития ЛАШ определяем в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава СССР (1980) : А₀ — когда аллергических реакций нет; если больная отрицает лекарственную аллергию, но страдает инфекционно-аллергическим за-

болеванием, обо-
опасность шока
филактики у боли-
ленное лекарств
пищевым продук-
дится больным,
аллергические р
анестезиологиче-
ные — Э.

В каждом к
тивного вмешат
заболеваний с ф
вероятность алл
ность наркоза и
суммы указани
без функционал
ций (А₀) провод
записана так —
иметь оценку I
рованной кровю
пенициллин (А₂
III К А₂ П, а в э

Операция ке
зания к ней мог
Поэтому при оц
стороны плода и
2 — реуз-конф
плода, 5 — внут
дополняется сос
кесарева сечени
рованная кровю
продукты (А₂),
асфиксии плода

Акушерские
легких или серд
нов. Опасности
при имеющихся
анестезиолога, в
видимо, не стол
ность анестезии
гических функци
агрессии.

Исходя из
ческого состояни
4 степени (табл.
не высокую — К
ти вмешательства
ренных операци
нами классифика
плановая, Н₂—
ренная экстренн
КВ₁— крайне в
Понятно, что ле
функций, при от
операция на та

кторы отягощают
онный и наркоз-

освязанные. Зна-
ается и большим
физиологических
тся значительные
й операционный
нском, например,
ой с выраженной
наркозный риск
фических факто-
координация их
ами дополнитель-
й летальности и

валифицированно
и полноценное ин-
редоперационном
рационном (пост-
ренесет большая
ность и защищает
исленных обстоя-
ьбединены одним
под которым сле-
ких и неспецифи-
згущих привести к
ердца в ходе хи-
м.

перед акушером-
гать объективной
вышеизложенных
икации относятся
ным образом, для
гинекологических
В. А. Гологорский,
ельство и то, что
обенности, мы по-
ность оценки сте-

тяжести операции,
тия ЛАШ (А. П.
гинекологические
тяжелые (индексы
левое), если нет
шений. При нали-
стрых нарушений
й, печеночной, по-
м как компенсиро-
нсированное — Д,
ия ЛАШ определя-
Минздрава СССР
больная отрицает
аллергическим за-

болеванием, обостряющимся от приема пищи и химических веществ, опасность шока оценивается как A_1 ; оценкой A_2 определяется риск анафилактики у больных, имевших легкие аллергические реакции на определенное лекарство и в настоящем страдающих аллергией к определенным пищевым продуктам и бытовым химическим веществам; оценка A_3 выводится больным, не переносящим многие лекарства и имевшим тяжелые аллергические реакции. По срочности оперативные вмешательства и анестезиологические пособия подразделяем на плановые — П и экстренные — Э.

В каждом конкретном случае, оценив тяжесть предстоящего оперативного вмешательства (I, II, III), определив наличие сопутствующих заболеваний с функциональными нарушениями (O, K, C, D), выяснив вероятность аллергических реакций (A_0, A_1, A_2, A_3) и учитывая срочность наркоза и операции (П, Э), записываем общую оценку АР в виде суммы указанных индексов. Например, легкая операция (I) у больной без функциональных нарушений (0) при отсутствии аллергических реакций (A_0) проводится в плановом порядке (П). Оценка степени АР будет записана так — I 0 A_0 П. Та же операция в экстренном порядке будет иметь оценку I 0 A_0 Э. Тяжелая операция (III) у больной с компенсированной кровопотерей — (K) при наличии аллергической реакции на пенициллин (A_2), проводимая в плановом порядке, имеет оценку III K A_2 П, а в экстренном — III K A_2 Э.

Операция кесарева сечения отличается той особенностью, что показания к ней могут быть как со стороны матери, так и со стороны плода. Поэтому при оценке АР дополнительно используем факторы риска со стороны плода и обозначаем их: 0 — без риска, 1 — перенашивание, 2 — резус-конфликт, 3 — гипотрофия, 4 — внутриутробная асфиксия плода, 5 — внутриутробная гибель плода. Запись общей оценки риска дополняется соответствующим показателем: например, при операции кесарева сечения (III) у беременной с отслойкой плаценты (компенсированная кровопотеря — K), с аллергическими реакциями на пищевые продукты (A_2), проводимой экстренно (Э) при явлениях внутриутробной асфиксии плода (4), АР оценим как III₄KA₂Э.

Акушерские и гинекологические операции в отличие от операций на легких или сердце не связаны с повреждением жизненно-важных органов. Опасности или осложнения в ходе операции и наркоза возникают при имеющихся заболеваниях этих органов. Тем ответственнее задача анестезиолога, который обязан в этих случаях учитывать не только (и, видимо, не столько!) опасность операции, но и метода анестезии. Опасность анестезии определяется, главным образом, состоянием физиологических функций организма больной и опасностью фармакологической агрессии.

Исходя из вышеизложенного, в зависимости от оценки физиологического состояния больных и тяжести операции мы разделили АР на 4 степени (табл.): низкую — Н, умеренную — У, высокую — В и крайне высокую — KB. В каждой ситуации степень АР зависит и от срочности вмешательства, поэтому выделены подстепени для плановых и экстренных операций. В конечном варианте степень АР по предлагаемой нами классификации обозначается следующим образом: Н₁ — низкая плановая, Н₂ — низкая экстренная, У₁ — умеренная плановая, У₂ — умеренная экстренная, В₁ — высокая плановая, В₂ — высокая экстренная, KB₁ — крайне высокая плановая, KB₂ — крайне высокая экстренная. Понятно, что легкая экстренная операция при полной компенсации функций, при отсутствии аллергических реакций (I K A_0 Э) и тяжелая операция на таком же фоне (III K A_0 Э) не могут иметь одинаковый

Таблица

Степени анестезиологического риска в зависимости от его оценки при акушерско-гинекологических операциях

Низкая (Н)		Умеренная (У)		Высокая (В)		Крайне высокая (КВ)	
плановая	экстренная	плановая	экстренная	плановая	экстренная	плановая	экстренная
IOA ₀ П	IOA ₀ Э	ИКА ₁₋₂ П	ИКА ₁₋₂ Э	ICA ₀₋₃ П	ICA ₀₋₃ Э	IDA ₀₋₃ П	IDA ₀₋₃ Э
ИКА ₀ П	ИКА ₀ Э	ИКА ₀₋₂ П	ИКА ₀₋₂ Э	ИКА ₃ П	ИКА ₃ Э	ICA ₃ П	ICA ₃ Э
ИIOA ₀ П	ИIOA ₀ Э	ИИКА ₀₋₂ П*	ИИКА ₀₋₁ Э*	ИICA ₀₋₂ П	ИICA ₀₋₂ Э	ИIDA ₀₋₃ П	ИIDA ₀₋₃ Э
ИИIOA ₀ П*	ИИIOA ₀ Э*			ИИКА ₂ П*	ИИКА ₂ Э*	ИИКА ₃ П*	ИИКА ₃ Э*
				ИИICA ₀₋₁ П*	ИИICA ₀₋₁ Э*	ИИICA ₂₋₃ П*	ИИICA ₂₋₃ Э*
						ИИIDA ₀₋₃ П*	ИИIDA ₀₋₃ Э*
H ₁	H ₂	У ₁	У ₂	В ₁	В ₂	КВ ₁	КВ ₂

* При операции кесарева сечения после определения тяжести операции ставится фактор риска для плода.

риск. В то же время без сопутствующих (II O A₀ Э) не быть отнесенной легкой операции вмешательства возможностей и не. После проведения акушер-гинекологической помощи под риска, уточнения гического пособия. Опыт работы зультатами при тических предд. При низкой местной, внутри средней тяжести перидуральной куственной вемии — под мас. При умеренном учетом компенсации вены под мас. Масочным наркотическим библированным необходимо учитывать при поддержке объема циркулирующей крови. При высокой субкомпенсации отложить операцию (Т. М. Давкова) уменьшить фармакологическую нагрузку, иглоанестезию. При крайне высокой степени во фармакологической помощи, восстановлении. Легкие операции держиваться працни. При всех случаях о полном жеждем наркоза объема также мероприятия и сикопла в нервных операциях. При операциях анестезиологической помощи на спасении

риск. В то же время, как легкая, так и тяжелая операции у больной без сопутствующей патологии (I O A₀ II или I O A₀ Э и III O A₀ II или III O A₀ Э) в плане проведения анестезиологического пособия могут быть отнесены к одной степени риска. Но АР может быть высоким при легкой операции; напр., при I Д A₃ II или I Д A₃ Э фармакологическое вмешательство может вызвать срыв оставшихся компенсаторных возможностей и привести к коллапсу или даже остановке сердца.

После предварительного определения степени АР анестезиолог и акушер-гинеколог совместно решают вопрос о характере и продолжительности подготовки больной к операции и наркозу с целью снижения риска, уточняют объем операции, согласовывают методику анестезиологического пособия.

Опыт работы нашего учреждения, постоянное наблюдение за результатами применения описанной тактики позволяют сделать ряд практических предложений.

При низкой степени АР легкие операции могут быть проведены под местной, внутривенной анестезией, под масочным наркозом. Операции средней тяжести и тяжелые, требующие лапаротомии, проводятся под перидуральной анестезией (АП) или комбинированным наркозом с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ), а не требующие лапаротомии — под масочным наркозом.

При умеренной степени риска легкие оперативные вмешательства с учетом компенсации физиологических функций также могут быть проведены под местной анестезией, внутривенным или комбинированным масочным наркозом; операции средней тяжести и тяжелые — под комбинированным обезболиванием с ИВЛ или под ПА. Во всех случаях необходимо учитывать возможность аллергических реакций, поэтому обязательно применение антиаллергических препаратов и препаратов, поддерживающих компенсацию физиологических функций, коррекцию объема циркулирующей крови при его дефиците и т. д.

При высокой степени АР при плановых операциях, когда имеются субкомпенсация или декомпенсация физиологических функций, следует отложить оперативное вмешательство и провести лечебную премедикацию (Т. М. Дарбинян с соавт., 1973), дабы к моменту операции и наркоза уменьшить степень АР. Во время операции следует уменьшить фармакологическую агрессию, применяя комбинированную электроанестезию, иглоанестезию. Легкие операции могут быть проведены под местной анестезией.

При крайне высокой степени АР при плановых операциях, учитывая высокую степень развития ЛАIII, необходимо уменьшить количество фармакологических препаратов, провести антиаллергическую терапию, восстановительную терапию нарушенных физиологических функций. Легкие операции следует проводить под местной анестезией, придерживаясь правила: риск наркоза не должен превышать риск операции.

При всех степенях АР при экстренных операциях следует помнить о полном желудке. При аллергической настроенности перед проведением наркоза обязательно применение антиаллергических препаратов, а также мероприятий для профилактики сердечно-сосудистого коллапса и синкопэ в период вводного наркоза и последующих периодов наркоза и операции.

При операции кесарева сечения при крайне высокой степени АР анестезиолого-реаниматологические мероприятия должны быть направлены на спасение жизни матери.

При всех анестезиологических пособиях во время оперативных вмешательств необходим постоянный контроль за физиологическими функциями организма.

Степень АР заносится анестезиологом в историю болезни перед проведением анестезиологического пособия. При такой практике исключается «случайная» недооценка тяжести состояния больных, выясняются все имеющиеся факторы риска при проведении наркоза и операции, составляется четкий план подготовки больной к операции, предусматриваются возможные осложнения во все периоды анестезиологического пособия и послеоперационного периода.

ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБУЧЕНИЯ 6-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ В ШКОЛАХ КИРГИЗИИ

Н. Н. Куинджи, Т. П. Бобренко

НИИ гигиены детей и подростков МЗ СССР, Киргизский НИИ
эпидемиологии, микробиологии и гигиены

Более раннее начало обучения детей в школе привело к обострению ряда гигиенических проблем, среди которых большое значение приобретают вопросы адаптации детей к новым условиям, а также соответствия организации этого обучения функциональным возможностям организма детей 6 лет. Последний вопрос становится наиболее актуальным в условиях союзных республик, где организация обучения 6-летних детей в школе должна предусматривать как национальные особенности их дошкольного воспитания, так и меры преодоления «языкового барьера».

В Киргизии экспериментальное обучение 6-летних детей в школе проводится в 3-х типах подготовительных классов: для детей коренной киргизской национальности, для русских детей и в многонациональных классах для детей некоренной национальности.

Обучение русских детей проводится по программе НИИ содержания и методов обучения АПН СССР (1981 г.), киргизских и многонационального контингента детей — по программам Киргизского НИИ педагогики, разработанным соответственно в 1981 и 1978 г. Все подготовительные классы Киргизии занимаются на протяжении непрерывной пятидневной недели и имеют учебный план недельной нагрузки в 20 уроков.

Распределение уроков по учебным предметам у школьников многонационального и русского классов соответствовало типовому учебному плану работы подготовительных классов. У школьников же киргизского класса в недельном цикле было увеличено число уроков родного и русского языков до 11 в неделю против 9, рекомендованных типовым учебным планом для работы национальных классов.

Материально-гигиенические условия, необходимые для обучения 6-летних детей в школе, режим их учебных занятий, а также организация второй половины дня у наблюдаемого контингента 6-летних школьников Киргизии, в основном, соответствовали методическим указаниям МЗ СССР и МП СССР по организации обучения таких детей в подготовительных классах (1981 г.). Школьники многонационального класса находились в школе с 8 до 13 час. (Режим № 1). Учащиеся русского и киргизского классов проводили в школе полный день (с 8 до 18 час.).

Их режим обучения и динамически школьников русским (№ 2), в то же время превалировала у видов деятельности.

Мы изучали к началу обучения этого обучения.

У 6-летних грамматик обучения занятий определено до корректировки до хронометражу Короткова, нником в каждом располагать сред вариационным рическому и коррек

В сентябре Киргизии выявлено сосудистой системы вышени у них к диастолического классов по венным, т. к. при (ПД). Наряду с риационный разм детей многонациональных занятий парасим

Изменение уровня

Режим	Контингент и число детей
№ 1	Многонациональ. n=29
№ 2	Русский n=35
№ 3	Киргизский n=30

Адаптационн
повышением уро
ти СССР. Это про
ня ЧСС и умень

емя оперативных физиологическими

болезни перед практике исключительных, выясняют-коза и операции, ции, предусматри-стефизиологического

ОБУЧЕНИЯ

нии

вело к обострению значение приобре-а также соответствия ностям организма актуальным в усло-3-летних детей в особенности их до-икового барьера». их детей в школе ля детей коренной ногонациональных

е НИИ содержа-зских и многона-киргизского НИИ 1978 г. Все подго-тении непрерывной ой нагрузки в 20

школьников много-повому учебному ов же киргизского ков родного и рус-ных типовым учеб-

е для обучения а также организа-та 6-летних школь-ическим указаниям их детей в подго-ционального класса ающиеся русского и ь (с 8 до 18 час.).

Их режим обучения и отдыха различался по объему умственной нагрузки и динамического компонента в учебной деятельности, которые у школьников русского класса были относительно сбалансированы (Режим № 2), в то время как в режиме обучения киргизских школьников превалировала умственная нагрузка за счет сокращения динамических видов деятельности (уроков физкультуры и труда; Режим № 3).

Мы изучали характер адаптационной реакции 6-летних школьников к началу обучения в подготовительных классах школы и годовое влияние этого обучения на функциональное состояние их организма.

У 6-летних школьников, находящихся на разных режимах и программах обучения, в конце сентября и марта, в начале и конце учебных занятий определялись показатели умственной работоспособности (методом корректурных исследований), двигательного беспокойства (методом хронометража), регистрировались ЧСС (пальпаторно), АД (по методу Короткова, прибором Рива-Роччи). Наблюдение за каждым школьником в каждом месяце проводилось в течение 3 дней, что позволило располагать средней величиной уровня оцениваемых функций и его вариационным размахом. Полученные данные подвергались статистическому и корреляционному анализу на ЭВМ.

В сентябре у 6-летних школьников всех подготовительных классов Киргизии выявлены неблагоприятные изменения показателей сердечно-сосудистой системы (ССС; табл. 1). Это выражалось в достоверном повышении у них к концу учебных занятий уровня систолического (СД) и диастолического (ДД) давления. У детей многонационального и русского классов повышение ДД в конце занятий было наиболее существенным, т. к. приводило к достоверному снижению пульсового давления (ПД). Наряду с изменением уровней АД, достоверно увеличивался вариационный размах СД, ДД, ПД — у русских школьников и ПД — у детей многонационального класса. Это указывает на усиление в конце занятий парасимпатических влияний на регуляцию функций ССС школьников.

Таблица 1

Изменение уровня функций сердечно-сосудистой системы от начала к концу уроков у школьников подготовительных классов

Режим	Контингент и число детей	Часы обследования	Уровень функций и его вариационный размах (Δ)							
			ЧСС	Δ ЧСС	СД	Δ СД	ДД	Δ ДД	ПД	Δ ПД
№ 1	Многонациональ. n=29	8.30	85,7	9,2	86,9	14,0	51,1	13,5	36,2	7,9
		12.30	89,6	8,8	92,2	12,1	59,5	13,8	33,2	10,7
		P<	0,05		0,05		0,05		0,05	0,05
№ 2	Русский n=35	8.30	88,2	7,0	85,3	7,3	50,4	6,1	32,6	6,3
		12.30	90,5	7,9	88,9	12,0	58,4	8,9	30,5	12,0
		P<			0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
№ 3	Киргизский n=30	8.30	89,4	12,3	82,9	8,7	45,4	8,1	37,5	8,3
		12.30	115,8	8,5	84,2	8,3	48,1	7,7	35,8	8,5
		P<	0,05	0,05			0,05			

Адаптационная реакция киргизских школьников сопровождалась повышением уровня симпатических влияний на регуляцию деятельности ССС. Это проявлялось в достоверном увеличении после уроков уровня ЧСС и уменьшении его вариационного размаха. Повышение актив-

ности парасимпатического и симпатического отделов вегетативной нервной системы в обеспечении учебной деятельности указывает на то, что адаптация 6-летних детей к началу обучения в школе протекает на фоне централизации управления и напряжения механизмов регуляции функций ССС.

В конце учебного года у школьников многонационального и русского классов наблюдалось улучшение регуляции деятельности аппарата кровообращения: в конце занятий у них отсутствовали изменения вариационного размаха функций ССС, а изменения СД и ДД не приводили к достоверному снижению ПД — наиболее гомеостазированной функции ССС.

У школьников же киргизского подготовительного класса в конце учебного года выявлено достоверное изменение исходных (в начале уроков) показателей ССС: снижение ЧСС при увеличении СД, ДД, ПД — всех оцениваемых показателей тоногенной функции ССС (табл. 2).

Таблица 2

Изменение исходного уровня функций сердечно-сосудистой системы от начала к концу учебного года у школьников подготовительных классов

Режим	Контингент, число детей	Месяц обследования	Уровень функций и его вариационный размах (Δ)							
			ЧСС	Δ ЧСС	СД	Δ СД	ДД	Δ ДД	ПД	Δ ПД
№ 1 Многонациональный n=29		сентябрь март P<	85,7	9,2	86,9	13,9	51,1	13,5	36,2	7,9
			88,1	10,4	84,2	12,6	50,3	11,2	33,9	10,5
№ 2 Русский n=35		сентябрь март P<	88,2	7,0	85,3	7,3	50,4	6,1	32,6	6,3
			85,3	5,9	85,4	6,9	51,9	8,4 0,05	34,0	8,8
№ 3 Киргизский n=30		сентябрь март P<	89,4	12,3	82,9	8,7	45,4	8,1	37,5	8,3
			83,6	7,7	88,1	8,2	55,3	7,2 0,05	32,6	0,05

У школьников русского и многонационального классов исходные показатели функций ССС в конце учебного года достоверно не отличались от таковых в начале обучения.

Поскольку суммарный эффект влияния годовой учебной нагрузки на функциональное состояние организма учащихся в наибольшей степени отражается на исходных показателях функций организма, то приведенные данные позволяют заключить, что учебная нагрузка школьников киргизского класса неадекватна функциональным возможностям 6-летних детей, т. к. приводит к кумуляции неблагоприятных сдвигов гемодинамики.

Если учесть, что киргизские школьники имели больший объем основной учебной нагрузки по сравнению с детьми других подготовительных классов (особенно с русскими детьми) при идентичном режиме дня, то можно заключить, что причиной неблагоприятных изменений исходных показателей ССС у киргизских школьников в конце учебного года является повышенный объем их годовой учебной нагрузки.

Кроме анализа вегетативного обеспечения учебной деятельности, у школьников подготовительных классов с помощью корреляционного

анализа оценивались результаты корреляционного анализа, проводимого о наличии в организме взаимных связей за по каналам пр

Использован организм в утреннюю координативную соавт., 1975) у и изменение в связи жи, 1984).

Установлено, что в течение дня с дневной нагрузкой достоверно изменяются функциональные процессы, что указывает на функциональную связь с переходом механизмов регуляции этой мобилизации при сохранении работоспособности. Работоспособность при нагрузке обеспечивается регуляцией этой функции. Кроме того, установлено также, что в течение дня, утренняя нагрузка является только в начале учебного года. Изменяется число ДК функций, работоспособности функций, ранее в течение дня регуляция функций. В начале учебного года суммарное изменение функций всех органов и механизмов регуляции функций.

Указанные изменения были нами как

Анализ регуляции функций в течение года (сентябрь) и в течение дня (табл. 2) показал, что ДКС как между показателями работоспособности и работоспособности многонационального класса было наименьшим и физиологически обоснованным. ДКС между функциями работоспособности и работоспособности была недостаточной. Мобилизация функций в течение дня, что свидетельствует о том, что владели русским языком и разговорным языком. Развитие монотонности функций.

анализа оценивался характер регуляции организма в целом. Трактовка результатов корреляционного анализа, как показателя регуляции организма, проводилась в соответствии с концепцией Р. М. Баевского (1979) о наличии в организме двух контуров управления: автономного и центрального, взаимодействующих между собой для поддержания гомеостаза по каналам прямой и обратной связи.

Использование корреляционного анализа связей между функциями организма в утренние и полуденные часы позволяет характеризовать временную координацию функций (Р. М. Баевский, 1979; Кассиль с соавт., 1975) у школьников в начале и конце учебной деятельности и ее изменение в связи с развитием у них учебного утомления (Н. Н. Куинджи, 1984).

Установлено, (Н. Н. Куинджи, 1984) что у школьников, справляющихся с дневной учебной нагрузкой без утомления, наибольшее количество достоверных корреляционных связей (ДКС) между физиологическими процессами определяется в утренние часы (до уроков). Это указывает на функциональную мобилизацию организма учащихся в связи с переходом от сна к бодрствованию и на участие подкорковых механизмов регуляции (центрального контура управления) в обеспечении этой мобилизации. В 13 час. число ДКС по всему организму уменьшается при сохранении числа и увеличения степени ДКС между параметрами работоспособности. Это позволило заключить, что умственная работоспособность школьников на уроках при адекватной учебной нагрузке обеспечивается преимущественно за счет корковых механизмов регуляции этой функции (автономным контуром управления). Установлено также, что у школьников, заканчивающих учебный день с утомлением, утренняя мобилизация организма слабо выражена, она усиливается только в конце учебных занятий (13 час.). В это время увеличивается число ДКС между параметрами работоспособности и физиологических функций, свидетельствующее о подключении к обеспечению работоспособности подкорковых механизмов регуляции физиологических функций, ранее в ней не участвовавших (напряжение корковых механизмов регуляции работоспособности). Увеличивается также при утомлении суммарное количество и число отрицательных ДКС между функциями всего организма, свидетельствующие о напряжении его подкорковых механизмов регуляции и развивающейся в организме десинхронизации функций.

Указанные изменения временной координации функций использовались нами как критерии утомления школьников.

Анализ регуляции организма 6-летних учащихся в начале учебного года (сентябрь) не выявил у них утомления под влиянием дневной учебной нагрузки (табл. 3) : за 12 мин. 30' у них не увеличилось количество ДКС как между показателями функции всего организма, так и между показателями работоспособности и физиологических функций. Неблагоприятный характер регуляции в сентябре выявлен только у детей многонационального класса. У этих школьников в начале занятий отмечалось наименьшее число ДКС между параметрами работоспособности и физиологических функций при наибольшем количестве отрицательных ДКС между функциями организма. Это трактовалось как признак недостаточной мобилизации учащихся на учебную деятельность и объяснялось тем, что около половины детей многонационального класса уже владели русским языком; для них программа, направленная на овладение разговорным русским языком, была неинтересной и приводила к развитию монотонии на уроках.

В конце учебного года (март) неблагоприятный характер регуляции организма наблюдался только у школьников киргизского класса. У этих детей в конце занятий был выявлен полный комплекс изменений временной координации функций, характерный для учебного утомления: увеличилось число ДКС между параметрами умственной работоспособности и физиологических функций, увеличилось суммарное число и число отрицательных ДКС между функциями всего организма.

В ы в о д ы

1. Адаптационная реакция 6-летних школьников всех подготовительных классов Киргизии в начале школьного обучения носит неблагоприятный характер, проявляющийся в дисрегуляторном типе реакции ССС на дневную учебную нагрузку. Для оптимизации процесса адаптации 6-летних детей к школе считаем целесообразным строить учебный план годовой нагрузки учащихся подготовительных классов с учетом постепенного увеличения объема их дневной нагрузки от начала к концу учебного года.

2. Одной из существенных мер оптимизации адаптации к школе детей многонациональных классов считаем необходимым формировать такие классы исключительно из детей, не владеющих или плохо владеющих разговорным русским языком. В противном случае, в целях профилактики монотонии, задачи и методы обучения 6-летних детей в многонациональных классах должны быть изменены.

3. Годовая учебная нагрузка детей русского и многонационального классов при проведении ее на фоне оцениваемых режимов дня адекватна функциональным возможностям 6-летних детей, т. е. в тех случаях, когда она соответствует по объему и распределению в недельном цикле типовому учебному плану работы подготовительных классов. Повышенная годовая учебная нагрузка школьников киргизского класса не соответствовала функциональным возможностям 6-летних детей. Это в конце учебного года приводило к выраженному их утомлению в конце уроков, нарушению у них временной координации физиологических функций и упрочению гипертензивного характера гемодинамики. Сказанное свидетельствует о необходимости приведения учебной нагрузки учащихся национальных подготовительных классов Киргизии в соответствие с их функциональными возможностями. При этом во всех случаях изменения существующего типового учебного плана работы подготовительных классов союзных республик общее количество уроков по родному и русскому языкам в национальных классах не должно превышать 9 при суммарной учебной нагрузке, составляющей 20 уроков в неделю.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Редакция журнала «Здравоохранение Киргизии» обращает внимание авторов на необходимость соблюдать следующие правила:

1. Статья должна иметь визу руководителя и сопроводительное отношение дирекции (администрации) учреждения, в котором выполнена работа, акт экспертизы и авторскую справку;

2. Статья печатается на одной стороне машинописного листа с двойным интервалом между строками и имеет поля, где указываются места рисунков, таблиц, графиков. В редакцию представляют два экземпляра рукописи.

3. Начинается статья с названия, затем печатаются инициалы и фамилия автора и, наконец, название учреждения (научного подразделения), где была выполнена работа. На оригинальных статьях в верхнем правом углу проставляется УДК;

4. Объем статьи — не более 8 страниц машинописи. Она подписывается автором (авторами), здесь же полностью указываются его (их) фамилия, имя и отчество, точный почтовый (домашний или служебный) адрес с указанием индекса и номера телефона;

5. Отпечатанная работа непременно должна быть тщательно выверена и отредактирована автором. За профессиональные ошибки или машинописные опечатки, не выправленные автором, редакция ответственности не несет;

6. Количество графического материала (фотографии, чертежи, рисунки, диаграммы) должно быть минимальным (в 2-х экз.). Фотографии должны быть контрастными (разм. 9x12), рисунки, цифры и буквы в них — четкими, выполненными профессионально тушью на листе ватмана. На обороте фотографии, рисунка и др. карандашом указываются порядковый номер, фамилия автора и название статьи, обозначаются верх и низ; размер графического материала — не более 1/4 машинописного листа;

7. Подписи к рисункам, фотографиям, диаграммам и т. д. — обязательны, прилагаются они отпечатанными на отдельном листе в порядке нумерации рисунков. В подписях к микрофотографиям следует указывать увеличение окуляра и объектива, метод окраски или импрегнации срезов;

8. Таблицы, представленные в трех экземплярах на отдельных листах, должны быть построены четко, их заглавия — точно отражать содержание граф. Все цифры, проценты, итоги в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте и быть тщательно выверенными;

9. Сокращения (кроме общепринятых) не допускаются. В статьях следует пользоваться системой единиц СИ.

10. Все цитаты, приводимые в статье, тщательно выверяются автором и подписываются им на полях; в сносках обязательно указывается источник (наименование, издательство, год выпуска, страница);

11. При ссылке в тексте на отечественных авторов фамилии их приводятся с инициалами, зарубежных — в оригинальной транскрипции без инициалов. В обоих случаях после каждой фамилии автора указывается год публикации работы;

12. Список литературы составляется в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем — зарубежные авторы). В тексте не даются ссылки на порядковый номер списка;

13. Редакция оставляет за собой право литературного редактирования и сокращения статей;

14. Не следует в редакцию направлять работы, которые уже где-либо были напечатаны или сданы в другие редакции;

15. При представлении в печать научных экспериментальных работ авторы, придерживаясь «Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных», должны указывать вид, количество использованных животных, примененные методы их обезболивания или умерщвления;

16. Статьи, оформленные без соблюдения указанных требований, редакцией приниматься не будут. Рукописи не возвращаются.

17. Оригинальные статьи должны иметь краткий (не более одной страницы машинописи) реферат, где емко излагаются основные положения и выводы работы.

Реферат печатается на отдельном листе, в двух экземплярах с точным указанием названия статьи и фамилий авторов.