



Аналогичные проблемы затрагивал и австрийский военный врач Kirchenberger в статье «О возникновении военно-санитарной игры вообще и о введении ее в иностранных армиях» (*Der Militärarzt*, 1899), посвященной введению в австрийской армии в 1895 г. военных игр для военных врачей. По словам автора, «поводом для этой меры послужило сознание того, что военные врачи недостаточно осведомлены с чисто военной стороны с их деятельностью в поле, в особенности связанными с санитарно-полевой службой, военными операциями, и недостаточно подготовлены к этому». Для устранения

данного недостатка предлагалось проведение с военными врачами систематической санитарно-тактической подготовки. Отмечалось, что «искусство руководить санитарно-полевыми операциями, умение располагать военно-полевыми санитарными учреждениями, нужно изучать еще в мирное время»⁴.

Таким образом, в публикациях зарубежных военных врачей последнего десятилетия XIX в. неоднократно затрагивались основные вопросы медицинского обеспечения войск в военное время.

⁴ Воен.-мед. журн. — 1900. — № 10. — С. 3059.

© Е.Д.ЦЕЛЫХ, 2009
УДК 616.391-053.6

Е.Д.Целых — О связи недостаточности питания с заболеваемостью юношей допризывного возраста в Хабаровском крае.

Традиционная особенность питания коренного населения Хабаровского края (нанайцев и орочей) — большая доля в рационе жиров и белков и меньшая — углеводов («адаптивный рацион»). Такой тип питания определяет большую потребность в водо- и жирорастворимых витаминах, необходимых для антиоксидантной защиты. При этом энергетическая ценность рациона в обычных условиях выше, чем у жителей средних широт европейской части России.

В настоящем исследовании определялось отношение шансов (ОШ) заболеваемости у подростков из коренного и пришлого населения в условиях организованного и индивидуального питания. ОШ используется при изучении проблемы формирования морфофункционального статуса организма для оценки риска заболевания одной группы обследуемых в сравнении с другой. Шанс — отношение вероятности того, что событие произойдет, к вероятности того, что событие не произойдет.

Проведено биохимическое исследование содержания белков, жиров и углеводов в суточных рационах и энергетической ценности индивидуального питания ($n=55$) юношей 15–17 лет, коренного (нанайцы, орочи) и пришлого (европеоиды) населения, проживающих в условиях семей в Нанайском и Ванинском районах Хабаровского края.

Материалом для анализа ОШ заболеваемости послужили результаты обследования юношей ($n=112$) на наличие хронических заболеваний по 14 классам (МКБ-10). Для сравнения использовались данные обследования спортсменов соответствующих возрастных групп ($n=42$), получающих организованное и индивидуальное питание.

Установлено, что содержание белков, жиров, углеводов и аскорбиновой кислоты в среднем суточном рационе фактического питания подростков коренного и пришлого населения с организованным (школа-интернат, $n=20$) и индивидуальным питанием (в условиях семьи, $n=60$) достоверно ниже нормативных показателей.

Отмечен дефицит белков в рационе — от 59% (в условиях организованного питания) до 34% (у подростков-нанайцев с индивидуальным питанием), жиров — от 53% при организованном питании до 31% (у орочей при индивидуальном питании), углеводов — от 87 до 46% (у орочей), аскорбиновой кислоты — от 33 до 8% (у нанайцев).

Энергетическая ценность суточного рациона у подростков обеих этнических групп в условиях организованного питания в среднем составляет $9135,06 \pm 462,01$ кДж, т. е. 68,2% от возрастного нормативного показателя. В условиях индивидуального питания у подростков-нанайцев — $5700,14 \pm 596,94$ кДж, у орочей — $5222,26 \pm 443,55$ кДж, у пришлых — $5770,18 \pm 637,66$ кДж (42,5, 39,0 и 43,1% соответственно от возрастного нормативного показателя).

Таким образом, выявлена хроническая субстратно-энергетическая недостаточность, связанная с отсутствием этнического, возрастного, полового и экологического адаптивного рациона питания юношей коренного и пришлого населения.

Определено, что при организованном питании ОШ развития болезней органов дыхания, мочеполовой системы, крови, кроветворных органов, инфекционных и паразитарных болезней значительно выше в группе юношей из коренного населения по сравнению с пришлыми, в т. ч. и городского.



Выявлены лидирующие группы заболеваний — болезни органов дыхания, нервной системы, кожи и подкожной клетчатки, мочеполовой системы, болезни крови, кроветворных органов и особенно инфекционные и паразитарные болезни.

Показатели заболеваемости юношей из пришлого сельского населения в условиях индивидуального питания также достоверно выше, чем у городских подростков-спортсменов, а особенно в отношении инфекционных и па-

разитарных болезней. Заболеваемость юношей из пришлого сельского населения значительно ниже, чем у проживающих в тех же условиях нанайцев и орочей, что свидетельствует о наличии особого «этнического адаптивного типа реагирования» у коренного населения.

Установление связи недостаточности питания с повышенным риском развития заболеваний проведено с использованием современных математических методов моделирования.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 617.559-006.33-089

А.В.Балберкин, В.А.Соколовский, М.Е.Зиновьев — Особенности хирургического лечения хордом крестца.

Проведен анализ комбинированного лечения 68 больных с хордовой крестцово-копчиковой локализацией, находившихся на лечении в отделении костной патологии взрослых ЦИТО им. Н.Н.Приорова в 1970–2007 гг. (45 человек) и в хирургическом отделении общей онкологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН в 1995–2007 гг. (23 человека). У всех пациентов диагноз подтвержден морфологическим исследованием. Мужчин было 46 (67,6%), женщин — 22 (32,4%).

Основным методом лечения являлось радикальное хирургическое вмешательство с максимально абластичным удалением опухоли. Общее количество выполненных операций — 99, из них первичных резекций крестца — 45, резекций — 13, после неадекватно выполненных по месту жительства операций — 10, по поводу рецидивов — 31. Виды операций: резекция крестца задним доступом — 58, высокая резекция крестца комбинированным доступом по методу С.Т.Зацепина — 7, укрепление стабильности пояснично-крестцового отдела позвоночника двумя дистракторами Казьмина со спондилезом аутокостью из крыльев подвздошных костей и резекцией единым блоком — 2, межподвздошно-брюшная экзартикуляция — 1.

Больные с поражением передних и задних отделов крестца, оперированные с помощью заднего доступа, составили самую многочисленную группу — 58 человек. В данной группе опухоль поражала от S_1 до S_v и копчика без вовлечения в процесс поясничных позвонков. При этом виде доступа применялись следующие разрезы: линейный — 39, дугообразный — 17, Х-образный — 1, Y-образный — 1. В некоторых случаях разрезы дополнительно продолжались на крылья подвздошных костей для более тщательного выделения опухоли или удаления отдельно лежащих узлов.

Методика операции. Под эндотрахеальным наркозом в положении больного на животе после разреза кожи и подкожной клетчатки с иссечением рубца после биопсии пересекается люмбосакральная фасция от L_v до S_v , осматривается апоневроз: при наличии неизмененного поясничного апоневроза он рассекается вместе с большой ягодичной мышцей у мест крепления к крестцу. Если фасция с апоневрозом вовлечены в опухоль, то линия их рассечения частично проходит по гребню крестца, частично огибает пораженный участок. В этом случае часть фасции с апоневрозом вместе с ягодичными мышцами остается на опухолевом конгломерате, при этом электроножом по границе здоровых тканей отсекаются ягодичные мышцы. Необходимо учитывать возможное распространение опухоли по межмышечным пространствам и наличие отдельно расположенных узлов, инфильтрированные опухолью мышцы включаются в препарат. Мобилизуется *m. erector spinae* и отсекается у верхнего полюса опухоли. Далее препарируют кожно-подкожно-апоневротический мышечный лоскут тупым и острым путем до кортикальной пластинки и крестцово-подвздошных сочленений.

На этом этапе предварительно определяются уровень поражения крестца и размеры, направление роста мягкотканого компонента опухоли. Нами была удалена наиболее крупная опухоль 15×20 см в капсуле, большая часть которой росла в малый таз — 8×8×8,5 см. В пяти случаях на этапе доступа к опухоли капсула была повреждена, проводилось ее прошивание с тщательным удалением вышедших в рану опухолевых масс. Для выхода на боковые массы крестца после предварительного прошивания и лигирования последней отсечены от *spina iliaca posterior* и крестца большие, средние ягодичные мышцы. Пересечены грушевидные мышцы с обе-