

Но в большинстве районов области произошло резкое снижение объемов производства продукции, в результате чего область не полностью выполнила задание по продаже государству основных видов сельскохозяйственной продукции, снизилась фондоотдача, возросла себестоимость продукции, резко упали доходы колхозов и совхозов. Среднегодовая урожайность зерновых и зернобобовых за годы пятилетки составила 17,8 цт/га, что на 3,1 цт было ниже, чем в предыдущей пятилетке. На протяжении пятилетки обеспеченность кормами в стойловый период не превышало 60 %, что сдерживало производство молока и мяса. В большинстве хозяйств кормопроизводство не было выделено в самостоятельную отрасль, оставалась низкой урожайность кормовых культур. В ряде колхозов и совхозов грубо нарушались сроки и технология заготовки кормов, вследствие чего терялось их качество и питательная ценность. Зачастую неэффективно использовалось сельскохозяйственная техника. Так, в 1979 г. по техническим причинам простой тракторов в области составил более 330 тыс. тракторо-дней. Это значило, что примерно 1 тыс. тракторов не работала в течение года. Много было простоев зерно- и кормоуборочных комбайнов и другой техники. Большинство районов области, за исключением Лепельского, Лиозненского и Чашникского не выполняли планов по поставкам скота и птицы [5, с. 241].

Такого рода проблемы создавали кризисную ситуацию в сельском хозяйстве не только на Витебщине, но и в других регионах СССР. В результате серьезно обострилась в стране продовольственная проблема, итоги работы сельского хозяйства уже не удовлетворяли спрос населения на продукты питания. Советское правительство резко увеличило закупки продовольствия за границей.

Выводы

Экономика Витебщины в 1970-е гг. развивалась как часть республиканского и общесоюзного народного хозяйственного комплекса с присущими ему позитивными и негативными тенденциями и итогами. В этот период в советской экономике имелись и бесспорные достижения, но и вместе с тем неуклонно усиливались кризисные явления, которые не смогло преодолеть тогдашнее партийное и советское руководство на всех уровнях, включая региональный. Хозяйственный механизм, основанный на командно-административных методах руководства, централизованном управлении и распределении, сковывал инициативу руководителей, трудовых коллективов. Устарели и производственные отношения, которые не мотивировали трудящихся к эффективному труду, произошло отчуждение людей труда от средств производства. Политическое руководство страны оказалось неспособным объективно оценить кризисное положение в экономике и перейти на путь реформирования форм и методов хозяйствования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный архив Витебской области (далее — ГАВО). — Фонд 1. — Оп. 135. — Д. 1. — Л. 8, 11, 12, 14, 19.
2. ГАВО. — Фонд 1. — Оп. 151. — Д. 1. — Л. 15, 19, 21, 25–29.
3. ГАВО. — Фонд 1. — Оп. 136. — Д. 1. — Л. 5–50.
4. ГАВО. — Фонд 1. — Оп. 145. — Д. 84. — Л. 6–40.
5. Народное хозяйство БССР. Статистический ежегодник. — Минск, 1980. — С. 240–242.

УДК 617.586-007.5-089.2

АНАЛИЗ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ

Дивович Г. В.¹, Дейкало В. П.², Малиновская А. Е.¹

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь,

²Учреждение образования

«Витебский государственный медицинский университет»

г. Витебск, Республика Беларусь

Введение

Врожденная косолапость занимает 36 % врожденных заболеваний опорно-двигательной системы и характеризуется сложной комбинированной деформацией стоп с многообразием

клинических форм. В Гомельской области на 1585 новорожденных встречается 1 ребенок с врожденной косолапостью [1]. Врожденная косолапость у детей до 5 лет имеет тенденцию к постоянному рецидивированию. По данным различных авторов процент рецидивов после первичного лечения составляет от 20 до 70 % [2]. В настоящее время общепризнанным «золотым стандартом» в лечении косолапости является метод Игнасио Понсети, применяемый в Гомельской области с 2010 г. При лечении детей этим способом рецидивы характеризуются менее тяжелыми деформациями стоп, а частота рецидивирования не превышает 30 % [3].

В настоящем исследовании проведен анализ лечения детей с врожденной косолапостью по методике И. Понсети на базе травматолого-ортопедического отделения Гомельской областной клинической больницы с 2010 по 2016 гг.

Цель

Оценить результаты первичного лечения врожденной идиопатической косолапости, выявить частоту рецидивов заболевания и проанализировать причины возникновения рецидивов.

Материал и методы исследования

В Гомельской областной клинической больнице с 2010 по 2016 гг. проведено лечение 56 детей (73 стопы) с врожденной идиопатической косолапостью. Лечение 12 пациентов было начато в возрасте 0–1 месяц, у 16 детей — в возрасте 1–3 месяца, более позднее начало лечения (4–6 месяцев) было у 15 пациентов, в 6–9 месяцев — у 5 детей, а в возрасте 1 года и старше — в 8 случаях. При первичном лечении использовалась этапная гипсовая коррекция стоп, подкожная ахиллотомия по показаниям с послеоперационной иммобилизацией в гипсовой повязке от 4 до 8 недель. После этого проводилось ортезное лечение в ортопедических брейсах. В процессе лечения всем пациентам проводилось ультразвуковое и рентгенографическое исследование стоп и голеней в прямой и боковой проекциях.

Лечение рецидивов проведено консервативно гипсовой коррекцией у 2 пациентов, остальным проводились различные операции (заднее-медиальный релиз с латерализацией сухожилия передней большеберцовой мышцы). Задний релиз состоял из удлинения Ахиллова сухожилия, задней фасциотомии голени, таранно-голеностопной капсулотомии, удлинения сгибателя 1-го пальца и рассечения фиброзно измененной задней большеберцовой мышцы. При необходимости проводилась капсулотомия подтаранного сустава. Медиальный релиз включал рассечение подошвенного апоневроза, рассечение узла Генри, дезинсерция его от ладьевидной кости. При необходимости производилось рассечение дельтовидной связки и медиальной порции капсулы голеностопного сустава. Удлинение сухожилий задней большеберцовой мышцы, длинного сгибателя пальцев, таранно-ладьевидная капсулотомия применялась только в одном случае. При оперативном лечении рецидивов наблюдались хорошие результаты через 1–2 года после лечения.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков. Выявление и изменение связи между изучаемыми признаками осуществлялось с применением методов непараметрической статистики. Для сравнения между собой распределения признаков использовали точный критерий Фишера и критерий соответствия χ^2 Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 56 леченых пациентов (73 стопы) мальчиков было 34, девочек — 22. Правосторонняя косолапость — 17 случаев (мальчики), 11 случаев (девочки). Левостороннее поражение — мальчиков 7, девочек 6. Двусторонняя деформация — 10 мальчики и 5 девочки.

Рецидивы выявлены у 13 пациентов — 23,2 % от общего количества детей.

Выявлены статистически значимые различия по проведению брейсового лечения пациентам с врожденной идиопатической косолапостью ($\chi^2 = 56,0$, $p < 0,01$). Установлено, у 7 пациентов брейсы использовались периодически, что составило наибольший удельный вес (53,8 %), у 3 (23,1 %) пациентов рецидивы возникли на фоне полного отсутствия брейсового лечения, и только у 3 (23,1 %) детей родители добросовестно соблюдали брейсовый режим. Установлена прямая корреляционная зависимость между получением брейсового лечения и появлением рецидивов в возрастных группах ($r = 0,8$; $p < 0,01$).

По половой принадлежности случаи рецидивов распределились следующим образом (рисунок 1): 8 (61,5 %) мальчиков и 5 (38,5 %) девочек, то есть у мальчиков рецидивы сформировались в 1,6 раза чаще, чем у девочек.

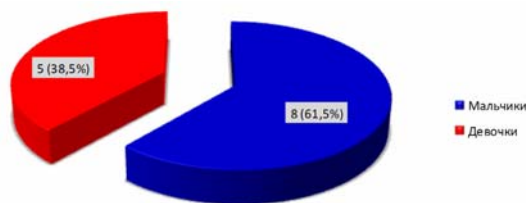


Рисунок 1 — Распределение случаев рецидивов косолапости по половой принадлежности

Показательной является оценка результатов коррекции в соответствии со сроками начала лечения детей с врожденной косолапостью (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение случаев рецидивов косолапости в зависимости от сроков начала лечения, абс., (%)

Возрастные группы начала лечения	0–1 месяц, n = 12	1–3 месяца, n = 16	3–6 месяцев, n = 15	6–9 месяцев, n = 5	После 1 года, n = 8	Всего, n = 56
Число рецидивов	0 0,0	6 46,2*	1 7,6	2 38,5	4 30,7	13 100,0

* — Различия по классам статистически значимы ($p < 0,01$).

Исходя из таблицы 1, видно, что в случаях раннего начала лечения косолапости с рождения рецидивы отсутствуют.

При задержке начала лечения в 1–3 месяца развиваются рецидивы, причем число составляет наибольший удельный вес ($\chi^2 = 32,5$, $p < 0,05$), по сравнению с детьми в возрасте 3–6 месяцев. Следует заметить, что в случаях начала лечения в 1–3 месяца выполнялась стандартная схема лечения по И. Понсети с применением 3–4 недельного гипсования после ахиллотомии. Мы увеличили срок гипсовой иммобилизации до 6–8 и более недель (как и в случаях более позднего начала лечения) с целью профилактики рецидивов. Значительное число рецидивов при позднем начале лечения, особенно после 1 года, обусловлено грубыми анатомическими изменениями в стопах, формирующимися к возрасту начала ходьбы. Следует отметить, что установлена обратная корреляционная зависимость между появлением рецидивов и возрастной группой начала лечения ($r = -0,4$; $p < 0,01$).

Рецидивы развились в возрасте от 1 года до 3 лет у 7 (53,8 %) человек, в 4–5 лет — у 3 (23,1 %) пациентов, после 5 лет — в 3 (23,1 %) случаях.

Случаи рецидивов врожденной косолапости по стороне поражения характеризуются в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение случаев рецидивов косолапости по стороне поражения, абс., (%)

Сторона поражения	Односторонняя косолапость		Двусторонняя косолапость	Всего
	правосторонняя	левосторонняя		
Число рецидивов	4 30,8	0 0,0	9 69,2*	13 100,0

* — Различия по классам статистически значимы ($p < 0,05$).

При двусторонней косолапости у 69,2 % пациентов наблюдались рецидивы, что составило наибольший удельный вес ($\chi^2 = 6,5$, $p < 0,05$), по сравнению с остальными пациентами. Рецидивы при одностороннем варианте косолапости составили 30,8 %. При двусторонней косолапости у пациентов ни в одном случае не было двустороннего рецидивирования, рецидивы сформировались только односторонние справа. При односторонней патологии рецидивы выявлены только при правостороннем варианте патологии. Случаев рецидивов левосторонней косолапости выявлено не было.

Выводы

1. По результатам исследования рецидивы врожденной косолапости возникают у 23,2 % пациентов.

2. У мальчиков рецидивы формируются в 1,6 раза больше, чем у девочек. У детей с двусторонней косолапостью рецидивы встречаются чаще ($\chi^2 = 6,5$, $p < 0,05$), чем при одностороннем варианте патологии, причем рецидивирует косолапость преимущественно с одной стороны.

3. При первичном лечении малый срок иммобилизации (3–4 недели) после ахиллотомии в соответствии с методикой И. Понсети недостаточен — в нашем исследовании выявлено большое количество рецидивов. Целесообразно при иммобилизации конечности увеличить срок до 6–8 недель и более даже в раннем возрасте детей.

4. Одним из важнейших причинных факторов развития рецидивов врожденной косолапости является несоблюдение родителями протокола ношения брейсов ($\chi^2 = 32,5$, $p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Дейкало, В. П. Эпидемиология врожденной косолапости среди детского населения Гомельской области / В. П. Дейкало, Г. В. Дивович // Новости хирургии. — 2014. — Т. 22, № 2. — С. 209–211.
2. Клычкова, И. Ю. Врожденная косолапость / Ортопедия: национальное руководство / И. Ю. Клычкова, М. П. Конюхов; под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — Гл. 6. — С. 192–204.
3. Ponseti, I. V. Congenital Clubfoot Fundamental of treatment / I. V. Ponseti. — Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press, 1996. — 140 p.
4. Реброва, О. Ю. Медицинская статистика / О. Ю. Реброва. — М.: Медиа-Сфера, 2001. — 672 с.

УДК 641.1 : [614.31 + 613.294]

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ С НИЗКИМИ УРОВНЯМИ КОНТАМИНАЦИИ

Долгина Н. А., Федоренко Е. В., Бельшева Л. Л.

**Республиканское унитарное предприятие
«Научно-практический центр гигиены»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

В настоящее время обеспечение безопасности пищевой продукции практически во всех странах мира является актуальной задачей. Методология оценки риска рассматривается в качестве главного механизма разработки и принятия управленческих решений, как на международном, региональном или национальном уровнях, так и в условиях отдельного производства или другого потенциального источника загрязнения окружающей среды. Особого внимания при оценке безопасности пищевой продукции заслуживают вещества, образующиеся в результате некоторых процессов переработки и обладающие канцерогенными свойствами. Как правило, контаминанты различного происхождения содержатся в пищевых продуктах в незначительных концентрациях, в ряде случаев — в количествах ниже предела обнаружения используемого метода. Последние годы ситуация с химической контаминацией пищевых продуктов в Республике Беларусь является достаточно благополучной, поскольку количество проб продукции с превышением гигиенических нормативов незначительно. При этом необходима разработка методических подходов оценки безопасности пищевой продукции с низкими уровнями контаминации, в том числе веществами обладающими канцерогенными свойствами.

Цель

Обосновать методические подходы к оценке безопасности пищевой продукции с низкими уровнями контаминации.

Материал и методы исследования

Была проведена оценка уровней химической контаминации пищевой продукции бенз(а)пиреном (БП) и анализ научной литературы по вопросам оценки безопасности пищевой продукции с низкими уровнями контаминации.