

Статистический анализ результатов подтверждает существенное различие между содержанием йода и марганца в пищевых продуктах из эндемичных и неэндемичных районов.

Результаты, полученные в работе, подтверждают роль марганца в возникновении эндемии зоба.

УДК 616.74—018.38—611.977—616—089.844

Т. П. Розовская (Казань). Ранняя разработка функции сгибателей пальцев кисти при тендопластике

Проблема восстановления сухожилий сгибателей пальцев кисти, особенно в пределах сухожильного влагалища, практически сложна и до сих пор не вполне разрешена. Большинство отечественных авторов высказывается за первичный сухожильный шов. При неудовлетворительных исходах первичного сухожильного шва, а также в тех случаях, когда он был противопоказан или своевременно не был наложен, единственной возможностью восстановить функцию пальца является свободная сухожильная пластика. Однако результаты тендопластики оставляют желать лучшего. Сращения трансплантата с окружающими тканями и сухожильным влагалищем резко ухудшают исходы пластики сухожилий. Эти сращения рассматриваются многими авторами как неизбежная реакция соединительной ткани на травму, операцию, на шовный материал и т. п. Сторонники такой концепции считают, что усовершенствование оперативной техники, методики операции, применение проволочного шва позволят избежать сращений.

Однако проблема состоит не в том, чтобы препятствовать образованию сращений, а в том, чтобы эти сращения после выполнения ими своей задачи ликвидировать. Единственным способом борьбы со сращениями на данном этапе развития науки является возобновление движений в оперированном пальце. Большинство хирургов, занимающихся тендопластикой глубоких сгибателей пальцев кисти, предлагает начинать движения через 21 день после операции. Наши экспериментальные и клинические данные позволяют рекомендовать ранние активные движения.

Напомним условия, необходимые для достижения лучших результатов при тендопластике сухожилий глубоких сгибателей пальцев на уровне пальцевых фаланг.

В предоперационном периоде нужно добиться полного объема пассивных движений в межфаланговых суставах поврежденного пальца.

Во время операции необходимо соблюдать строжайшую асептику и атравматичность, особенно бережно обращаться с трансплантатом.

Ранние активные движения в оперированном пальце нужно начинать со 2—3-го дня, причем движения только в сторону сгибания.

С 12—14-го дня мы считаем возможным приступить к лечебной физкультуре и физиотерапии, начиная с электрофореза с йодистым калием, а затем переходя на тепловые процедуры (парафиновые и грязевые аппликации).

Чтобы операция тендопластики принесла желаемый результат, необходимы большие усилия и со стороны врача, и со стороны больного. Больной еще до операции должен быть предупрежден, что от него потребуются много терпения, упорства и настойчивости для достижения хороших движений в оперированном пальце.

Конечный результат тендопластики можно оценивать лишь через 6—8 месяцев.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616—002.77—615.834

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ ПИОНЕРСКИХ ЛАГЕРЕЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ

Е. М. Окулова и М. В. Краснов

Кафедра госпитальной педиатрии (зав. — проф. А. Х. Хамидуллина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Согласно приказу Минздрава СССР в Казани был организован республиканский пионерский лагерь санаторного типа для больных и угрожаемых по ревматизму детей. Лагерь расположен вблизи соснового леса. В 1966 г. он функционировал 1,5 месяца (конец июня — начало августа).

Отбор детей и оформление соответствующей документации проводились участковыми педиатрами совместно с ревматологами на основании тщательного клинического обследования. Большинство детей было из районов ТАССР.

В начале и конце лагерного сезона всех детей осматривали врачи-ревматологи. Наряду с этим проводились антропометрические исследования, функциональные пробы (по Н. А. Шалкову, пробы с задержкой дыхания, ортостатические пробы), анализ крови, у 121 ребенка — исследование антистрептолизина-О.

В лагере отдыхали 102 мальчика и 204 девочки школьного возраста.

У 186 детей был ревматизм в неактивной фазе без клапанного порока, 103 из них страдали хроническим тонзиллитом; у 63 — ревматизм в неактивной фазе с недостаточностью митрального клапана и хронический тонзиллит; у 3 — ревматизм в неактивной фазе с комбинированным пороком сердца и хронический тонзиллит; у 3 — врожденные пороки сердца; у 44 — только хронический тонзиллит; у 1 — активная фаза ревматизма; у 6 — состояние после аденэктомии.

Все дети до направления в пионерский лагерь были на диспансерном учете у участкового врача или ревматолога. 63 ребенка из районов ТАССР раньше не получали противорецидивного лечения.

В зависимости от функционального состояния сердечно-сосудистой системы дети были разделены на 3 группы. Детям I гр. был назначен тренирующий режим, II гр. — щадящий, III гр. — строго щадящий.

I гр. составили больные с неактивной фазой ревматизма без ясно выраженных изменений в сердце. Они не предъявляли никаких жалоб. Со времени последнего обострения болезни у всех прошло не менее 2 лет. В эту же группу вошли больные хроническим тонзиллитом без резко выраженных явлений интоксикации и некоторые дети, перенесшие 2—3 месяца назад тонзиллэктомию.

Во II гр. были включены больные хроническим тонзиллитом с выраженной интоксикацией, больные с неактивным ревматическим процессом, давность которого была не более 1 года, дети, имеющие недостаточность митрального клапана при отсутствии симптомов нарушения кровообращения с нетренированной сердечно-сосудистой системой (неудовлетворительно реагирующие на пробу Шалкова).

К III гр. отнесены дети с комбинированным митральным пороком при отсутствии симптомов нарушения кровообращения, дети, перенесшие интеркуррентные заболевания в последние 2—6 мес., дети, страдающие недостаточностью митрального клапана, предъявляющие жалобы на слабость и утомляемость при физическом напряжении.

При составлении режима было обращено особое внимание на закаливание детей. Предусматривалось максимальное пребывание их на свежем воздухе. Дети принимали воздушные ванны по 10—20 мин. (вблизи от озера в защищенном от ветра месте). Широко применялась лечебная физкультура (в каждой группе в зависимости от функционального состояния сердечно-сосудистой системы).

Детям, находящимся на тренирующем режиме, разрешались экскурсии, походы на небольшие расстояния, купание длительностью 5—7 мин. при температуре воздуха не ниже +25° и воды не ниже +20° (только в 1-й половине дня). Купание проводилось под наблюдением медицинского персонала и инструктора по лечебной физкультуре. После купания дети обтирались сухим полотенцем до легкого покраснения кожи. Категорически запрещались дальние и длительные походы, экскурсии, спортивные соревнования, солнечные ванны, игры в футбол, волейбол, баскетбол.

Детям II гр., находящимся на щадящем режиме, разрешались тихие малоподвижные игры (до 30 мин.) с элементами дыхательных упражнений, а также короткие прогулки с отдыхом в пуги. Купание было запрещено. Уменьшалась нагрузка во время утренней гимнастики.

Сон всем детям был удлинен в зависимости от возраста (ночной — 10—10,5 часа, дневной — 2 часа). Всем детям был предписан ежедневный душ в душевой, мытье ног водой убывающей температуры, обтирание, обливание.

Питание было 5-разовое. Ежедневно каждый ребенок получал 500 мл молока, 150 г мяса или рыбы, 20—30 г сливочного масла, свежие фрукты и овощи, соки (томатный, абрикосовый, яблочный, виноградный), комплекс витаминов (В₁, А, РР, В₂, С). Несколько ограничивались соленые и острые блюда.

С первых дней пребывания в лагере все дети были осмотрены стоматологом. При необходимости проводилась санация полости рта.

Детям, не получавшим противорецидивного лечения, болеющим ангиной, а также тем, у кого обострялся хронический тонзиллит, давали бициллин и аспирин (в общепринятых дозах).

51 больному хроническим тонзиллитом наряду с медикаментозной терапией было назначено физиотерапевтическое лечение.

Дети, находящиеся на общем режиме, во время пребывания в лагере чувствовали себя хорошо. У детей II и III гр. наблюдались повторные ангины и обострения хронического тонзиллита. Ребенок, поступивший с симптомами активности процесса, был госпитализирован на 3-й день пребывания в лагере.

Как отмечено в ряде работ (Б. П. Шох и др.), точный диагноз стрептококковых инфекций не всегда возможен, так как они часто протекают клинически бессимптомно. Ряд ученых предлагает применять иммунологические методы диагностики

(В. И. Иоффе, А. И. Нестеров, Я. А. Сигидин, В. И. Сачков и др.). С этой целью мы исследовали АСЛ-О у 121 ребенка (в первые дни поступления в лагерь).

Мы применяли методику, разработанную сотрудниками института им. Гамалея, с использованием сухого препарата О-стрептолизина. В числе обследованных было 6 детей в возрасте от 7 до 9 лет, 72 — от 10 до 12 лет и 43 — от 13 до 15 лет. Тонзиллогенная интоксикация отмечена у 2, активный ревматический процесс — у 1, неактивный — у 118. Недостаточность митрального клапана была у 21 ребенка, комбинированный митральный порок — у 1, у остальных не было ясно выраженных поражений сердца.

У 9 был кариес зубов, у 50 — хронический тонзиллит, у 1 — врожденный порок сердца, трое поступили после тонзиллэктомии. Давность заболевания у 33 детей была до 1 года, у 24 — до 2 лет, у остальных — 3 года и более.

С момента последнего обострения у 53 детей прошел 1 год и менее; у 21 были повторные атаки, у остальных — по одной. 34 из обследуемых детей не получали бициллинопрофилактику.

4 ребенка из 121 при исследовании предъявляли жалобы на боли в суставах, слабость; остальные никаких жалоб не предъявляли. Общее состояние и самочувствие у всех детей были вполне удовлетворительными. Температура стойко нормальная, показатели общего лабораторного исследования крови — в норме. По данным большинства авторов, у детей, находящихся в неактивном (межприступном) периоде ревматизма, в большом проценте случаев получены высокие цифры АСЛ-О (Л. М. Смирнова, Т. А. Терентьева, Е. З. Эльперин, А. В. Долгополова и Л. И. Болевенская и др.).

Из обследуемых нами детей у 19 титр АСЛ-О был равен 250 ЕД, у 39 — выше 250 ЕД, из них у 18 выше 500 ЕД.

У 21 ребенка в подгруппе с высокими показателями АСЛ-О последнее обострение было год назад и менее. Некоторые дети поступили в лагерь всего через 2—3 месяца после выписки из стационара. У 10 больных из этой подгруппы отмечена недостаточность митрального клапана, у 19 — частые ангины в анамнезе и хронический тонзиллит, у 4 — кариес зубов. 3 больных предъявляли жалобы на повторные боли в суставах, слабость, головную боль, 8 не получали бициллинопрофилактику, что у некоторых было связано с непереносимостью препарата.

Повторное исследование АСЛ-О проведено перед выпиской из лагеря (через 35—40 дней после 1-го) у 34 детей, преимущественно у тех, у которых первоначальные цифры были более высокие. Снижение титра АСЛ-О было у 9 детей, причем до нормы — только у 3, у 25 титр АСЛ-О оставался столь же высоким или даже еще более повысился.

Указанные изменения говорят о высокой резистентности стрептококковой инфекции и большой ее контагиозности (в сочетании с яркой иммунологической реактивностью детей).

Примером может служить следующий факт. В специальный отряд были выделены дети до 10—11 лет с явлениями хронического тонзиллита, с частыми ангинами в анамнезе. У 14 из 24 детей этого отряда при первом исследовании и у 10 из 11 при повторном получены высокие цифры АСЛ-О. Причем в последнем случае у 7 детей перед выпиской титры были более высокими, чем при поступлении; все они, находясь в лагере, переболели ангинами, у 1 диагностирован катаральный холецистит.

У всех детей перед выпиской из лагеря отмечено значительное улучшение самочувствия, эмоционального тонуса. У них улучшился аппетит, сон, они освежились, хорошо прибыли в весе (средняя прибавка — 1276,0, максимальная — 4600,0).

В течение 6 месяцев после выписки из пионерского лагеря рецидивов заболевания (по данным г. Казани) ни у кого не отмечено.

ВЫВОДЫ

1. Пребывание детей, больных ревматизмом в неактивной фазе, в пионерских лагерях санаторного типа является эффективным мероприятием.
2. Нельзя направлять в такие лагеря детей с симптомами активного ревматического процесса; с рецидивирующим течением заболевания; с комбинированными пороками сердца; детей, у которых после обострения хронического процесса прошло менее года; детей, перенесших острые или интеркуррентные заболевания в течение последних 2—3 месяцев (ангины, обострения хронического тонзиллита).
3. Целесообразно отбирать детей в лагеря заранее, предварительно провести санацию полости рта и весеннюю бициллинопрофилактику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долгополова А. В. и Болевенская Л. И. *Вопр. ревмат.* 1965, 3.
2. Иоффе В. И. *Иммунология ревматизма.* Медгиз, М., 1962. — 3. Нестеров А. И. и Сигидин Я. А. *Клиника коллагеновых болезней.* Медицина, М., 1966. — 4. Сач-

ков В. И. Иммунологические методы изучения ревматизма и других коллагеновых болезней. Медгиз, М., 1962. — 5. Смирнова Л. М., Терентьева Т. А., Эльперин Е. З., Барашкова Л. А. В сб. Ревматизм у детей. Медгиз, Л., 1959. — 6. Шох Б. П. Педиатрия, 1965, 2.

УДК 616—002.77—613.956

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНОЙ УЧЕБНО-ТРУДОВОЙ НАГРУЗКИ НА ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ

О. Ф. Крюкова

(г. Саранск)

Известно, что нарушение режима, мышечное перенапряжение и другие неблагоприятные факторы внешней среды могут явиться причиной ухудшения здоровья и снижения успеваемости здоровых и особенно больных учащихся (К. М. Куханов, Е. Н. Максакова и Р. Г. Сапожникова, В. П. Неделько и др.).

По данным исследований О. И. Сокольниковой, Ю. Д. Арбатской, О. А. Духовной и др., рациональное трудоустройство больных с вяло текущим ревматическим процессом является важнейшим элементом среди профилактических мероприятий, способствующих борьбе организма с инфекцией.

Мы изучали влияние трудовой нагрузки в школьных мастерских и при производственном обучении на заводах на работоспособность и здоровье подростков, больных ревматизмом. Нами обследовано за 1963—1965 гг. 100 подростков, больных ревматизмом в неактивной фазе, и 50 здоровых учащихся (контрольная группа) в возрасте от 14 до 18 лет.

У 82% наблюдаемых подростков (больных и здоровых) к началу обследования показатели роста были средние и выше средних, у 18 — ниже средних стандартных.

Вес ниже средних данных в группе больных подростках установлен у 25%, в контрольной группе — у 20%.

Среди больных ревматизмом в неактивной фазе обнаружено значительное число учащихся со сниженной функциональной способностью сердечно-сосудистой системы или с неблагоприятной реакцией по классификации М. А. Минкевича и Н. А. Шалкова (18% от всех подростков, проходящих трудовое обучение в школьных мастерских, и 16% от больных учащихся, проходящих производственное обучение).

Сравнительный анализ наблюдений за больными подростками, осваивающими профессии токаря, слесаря, сборщика, выявил менее благоприятные сдвиги, происходящие в вегетативных показателях у учащихся, больных ревматизмом, при освоении профессии токаря.

Менее благоприятные сдвиги в реакциях пульса, АД, времени восстановления пульса к исходной величине отмечались и у больных подростках, занимающихся во вторую смену.

Наблюдения за динамикой величины латентного периода зрительно-моторной реакции на свет с помощью 6-канального хронорефлексометра позволили установить некоторые различия в реакции на свет у больных и здоровых учащихся.

Одновременно проводилось определение общей работоспособности с использованием корректурной методики (тест В. Я. Анфимова). При оценке результатов корректурной пробы учитывалось число просмотренных знаков за 2 минуты (скорость работы) и количество пропущенных букв и сделанных ошибок на 500 просмотренных знаков.

Как выяснилось, у подростков, больных ревматизмом в неактивной фазе, сдвиги под влиянием трудовой нагрузки (работа в школьных мастерских или практические занятия у учащихся, проходящих производственное обучение) менее благоприятны, чем у подростков контрольной группы (меньшее число просмотренных знаков, большее число пропусков и ошибок, менее благоприятное колебание индивидуальных показателей и т. д.).

Полученные данные указывают на необходимость дифференцированного подхода к определению трудовой нагрузки учащимся подросткам, больным ревматизмом, как при работе в школьных мастерских, так и особенно при назначении трудовой профессиональной рекомендации. При этом следует учитывать не только состояние патологического процесса, но и индивидуальную реакцию на трудовую нагрузку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куханов К. М. Педиатрия, 1940, 7—8. — 2. Максакова Е. Н., Сапожникова Р. Г. Педиатрия, 1959, 6. — 3. Неделько В. П. Влияние уроков труда на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы больных ревматизмом. Автореф. канд. дисс., Киев, 1963. — 4. Сокольников О. И., Арбатская Ю. Д., Духовная О. А. Тез. докл. Всесоюз. ревматол. конф., Медгиз, М., 1961.