

Частота отдельных заболеваний в профессиональных группах колхозников Бавлинского района ТАССР (в случаях и днях на 100 работающих)

Профессиональные группы	Нозологические формы													
	нечастные случаи на производстве		заболевания периферической нервной системы		грипп и острый катар верхних дыхательных путей		ангина		панариции, абсцессы, флегмоны		фурункулы, карбункулы, гидрадениты		прочие	
	сл.	дн.	сл.	дн.	сл.	дн.	сл.	дн.	сл.	дн.	сл.	дн.	сл.	дн.
Всего . . .	3,1	48,6	2,6	68,4	2,8	21,6	2,2	12,6	1,2	15,6	2,6	22,2	6,1	210,0
В том числе:														
Механизаторы . . .	4,9	103,0	3,1	77,0	2,1	20,3	0,9	8,4	1,5	14,2	1,2	30,6	9,4	263,0
Животноводы . . .	2,8	24,3	2,9	39,8	3,2	21,1	1,5	13,2	1,3	17,3	1,1	13,8	12,2	244,0
Растениеводы и прочие . . .	1,7	34,9	2,3	55,9	1,4	10,5	1,1	7,4	0,8	10,3	0,6	12,5	4,8	182,0

Ангиной, гриппом, катаром верхних дыхательных путей чаще и длительнее болеют животноводы. Этому способствуют сырость, низкая температура, сквозняки на фермах. Систематическое проведение анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности по колхозам, бригадам позволяет своевременно принимать необходимые меры как по улучшению санитарно-гигиенических условий труда, так и по повышению качества медицинского обслуживания колхозников.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 617.7—007.681—616—089

СПОСОБ ПОСЛОЙНОГО ИССЕЧЕНИЯ УЧАСТКА ТРАБЕКУЛЫ И ШЛЕММОВА КАНАЛА (ТРАБЕКУЛОСИНУСОЭКТОМИЯ)

Проф. А. П. Нестеров

(Казань)

Известен способ иссечения трабекулы вместе с участком шлеммова канала, описанный Кеирнс в 1968 г., М. М. Красновым и Л. Н. Колесниковой в 1969 г. После приготовления конъюнктивального лоскута выкраивают поверхностный лоскут склеры основанием (или вершиной) к лимбу. Из глубоких слоев склеры параллельно лимбу иссекают полоску шириной 2 мм. Предполагается, что в эту полоску попадает шлеммов канал и трабекула. На склеральный лоскут и конъюнктиву накладывают швы.

Описанный способ имеет два недостатка. Первый заключается в трудности, а иногда даже невозможности иссечения трабекулы и синуса по всей их ширине. Проведенные нами совместно с Ю. Е. Батмановым исследования показали, что только в 41% шлеммов канал находится на некотором расстоянии (до 0,3 мм) впереди от цилиарного тела. В 40% исследованных глаз задний край канала совпадал с передним контуром цилиарного тела, а в 19% наблюдений канал (а вместе с ним и трабекула) на треть — половину своей ширины заходили назад от переднего края цилиарного тела.

Второй недостаток заключается в трудности проведения разреза глубоких слоев склеры точно в области склеральной шпоры. Шпора имеет ширину в среднем около 0,1 мм. Обнаружить ее через глубокие слои склеры удается не всегда даже при использовании операционного микроскопа. Если разрез глубоких слоев склеры будет проведен назад от шпоры, пострадает цилиарное тело. При смещении разреза слегка впереди (на 0,2—0,3 мм) шлеммов канал и деятельная часть трабекулы останутся вне зоны резекции.

Целью данного предложения является разработка простого, доступного для любого офтальмохирурга способа, гарантирующего иссечение синуса и трабекулы на определенном участке по всей их ширине, с последующим полным или частичным закрытием образовавшегося дефекта лоскутом склеры.

Техника операции следующая. После разреза конъюнктивы намечают и отсепааровывают склеральный лоскут размером 5×5 мм, основанием к роговой оболочке. Лоскут $0,2-0,3$ мм толщиной отсепааровывают до лимба. Параллельно последнему в 3 мм от лимба производят разрез глубоких слоев склеры, до появления в ране сосудистой оболочки. Через этот разрез шпатель производят циклодиализ. В разрез вводят концы роговичных ножниц и иссекают полоску глубоких слоев склеры вместе с трабекулярным аппаратом и шлеммовым каналом 3 мм шириной и 5 мм длиной. Производят периферическую иридэктомию. Наружный лоскут склеры укладывают на место и фиксируют 2 бюшвами. Зашивают также рану конъюнктивы. Под конъюнктиву нижнего свода вводят гидрокортизон (12 мг) и пенициллин (30 тыс. ед.). Через предварительно сделанный прокол роговицы, который производят до циклодиализа, переднюю камеру заполняют воздухом.

После операции отток жидкости из глаза происходит через шлеммов канал и интрасклеральные пути, минуя трабекулу. Если есть основания думать о глубоком поражении интрасклеральных путей оттока или о заращении синуса, то в наружном лоскуте склеры вырезают отверстие 2×2 мм. В таких случаях жидкость оттекает как через шлеммов канал, так и дополнительно через фистулу под конъюнктиву. При этом, в отличие от известных фистулизирующих операций, фистула располагается высоко, и подушечка носит разлитой характер. При хорошей функции шлеммова канала фистула постепенно закрывается.

По описанной методике прооперировано 15 больных открытоугольной глаукомой с суб- и некомпенсацией офтальмотонуса. Во всех случаях достигнута нормализация внутриглазного давления в ближайшие сроки после операции. При гистологическом исследовании удаленных кусочков склеры установлено, что шлеммов канал и трабекула иссекались по всей их ширине.

УДК 612.12.1

О ТИТРОМЕТРИЧЕСКОМ МЕТОДЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЩЕЛОЧНОГО ЗАПАСА ЦЕЛЬНОЙ КРОВИ

Г. В. Маслен, А. О. Лихтенштейн, З. В. Нахрова, В. И. Зайцев, М. Х. Садеков и Л. Г. Коновалов

Отдел реанимации и анестезиологии (зав.— докт. мед. наук А. О. Лихтенштейн) Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии

Известно, что операционная травма, наркоз и другие травматические повреждения вызывают в организме больного сдвиги, характеризующиеся в основном накоплением недоокисленных продуктов обмена, развитием ацидоза, нарушением водно-электролитного баланса и т. д. При нарушении кислотно-щелочного равновесия в сторону метаболического ацидоза в крови уменьшается щелочной резерв, и рН сдвигается в кислую сторону.

Методика определения резервной щелочности по Ван-Слайку, используемая для косвенного суждения о состоянии кислотно-щелочного равновесия, в настоящее время явно не удовлетворяет клиницистов в повседневной практике из-за длительности, из-за того, что она требует взятия относительно больших количеств крови, из-за необходимости применять вредно действующую на организм ртуть и т. д. Экспресс-микрометод Аструпа позволяет быстро определить все параметры кислотно-щелочного равновесия. Однако аппаратура типа «Аструп» дорога и пока еще недоступна широкому кругу лечебных учреждений. Поэтому изыскание новых экспресс-методов выявления щелочных резервов и внедрение их в практику не потеряли на сегодняшний день своей актуальности.

Г. В. Дервиз и соавт. (1964) применили методику определения щелочного запаса цельной крови по Неводову у уремиических больных и нашли снижение его параллельно тяжести заболевания и степени развившегося ацидоза. Стабильность данных, простота методики, кратковременность ($2-3$ мин.), малое количество крови ($0,2$ мл), необходимое для анализа, позволили нам включить указанный метод в арсенал исследований, проводимых при оперативных вмешательствах у ортопедических больных под эндотрахеальным наркозом и во время реанимационных мероприятий для оценки его практического значения.

Методика. К 10 мл $0,01$ н. раствора соляной кислоты добавляют $0,2$ мл крови, взятой из пальца, тщательно перемешивают и прозрачную, бурого цвета жидкость титруют из микробюретки $0,1$ н. раствором NaOH до помутнения ее и выпадения хлопьев, т. е. до изоэлектрической точки полученной смеси белков крови (альбуминов, глобулинов, глобина и т. д.). Обычно конец реакции наступает от одной капли щелочи.

$$\text{Расчет: } \frac{(1-a) \cdot 4 \cdot 100}{0,2} \text{ мг\% NaOH,}$$