

- s agne P., Anais a zavedos, 1962, 14, 2, 87—104. — 11. Он же, Squibb, 1962, 8, 16—24. — 12. Он же. Therapie, 1962, 17, 4, 743—755. — 13. Ciceo I. de, Corriere farmac. 1962, 17, 7, 254—256. — 14. Duraiswami P. K., Acta orthop. scand. 1962, 33, 3—4, 218—227. — 15. Emerson D. I., Amer. J. Obstetr. and Gynecol. 1962, 84, 3, 356—357. — 16. Fraser F. C. Canad. Med. Assoc. J. 1962, 87, 13, 683—684. — 17. Grainger R. G., Brit. Med. J. Radiol. 1962, 35, 418, 687—691. — 18. Gillis L. Brit. Med. J. 1962, 5305, 647—651. — 19. Girond A., C. r. Acad. sci., 1962, 255, 14, 1646—1648. — 20. Gomi-rato-Sandrucchi M., Minerva pediatr. 1962, 14, 44, 1181—1202. — 21. Hinder-meyer I., Readaptation. 1962, 12, 89, 13—15. — 22. Ioki Tenno, Derodecim, 1962, 78, 18, 822—827. — 23. King C. T. G., Lancet. 1962, 2, 7265, 1116. — 24. Copel-man L. S., Rev. pathol. gen. et physiol. clin. 1957, 57, 693, 1693—1699. — 25. Ling G. M. Canad. Med. Assoc. J. 1962, 87, 24, 1259—1262. — 26. Lenz W., Arch. Environment Health. 1962, 5, 2, 100—105. — 27. Lutwak M. C., Brit. Med. J. 1962, 5310, 944—946. — 28. Mellin G. N., J. Med. 1962, 267, 24, 1238—1244. — 29. Он же. New England J. Med. 1962, 267, 23, 1184—1193. — 30. Millen I. W., Lancet. 1962, 7256, 599—600. — 31. Miller I. R. Nature (Engl.) 1962, 194, 4831, 891—892. — 32. Montaque M. F., Ashley. Prenatal. influences, Springfield, 1962. — 33. Peer L. A. J. int. Coll. Surg. 1963, 39, 1, 23—35. — 34. Takada S., Saishin igaku., 1962, 17, 9, 2263—2264. — 35. Taus-sig H. B., Pediatrics. 1962, 30, 4, 654—659. — 36. Он же, Amer. J. Diseases children. 1962, 104, 2, 111—113. — 37. Tabuchi A., Hiroshima I. Med. sci. 1961, 10, 3—4, 53—60. — 38. Salzgeber B., C. r. Acad. Sci., 1963, 256, 12, 2719—2722. — 39. Он же. Compt. rend. Soc. biol. 1962, 156, 7, 1219—1221. — 40. Schönnenberg H., Monatschr. Kinder-heimkunde. 1962, 110, 12, 529—534. — 41. Schüller I., Leitfaden der Orthop. Krankheiten. 1954, 1—43. — 42. Swan C. I., Path. Burt. 1944, 56, 289. — 43. Votava Z., Casopis
lékarcí ceskych. 1963, 21, 561—564. — 44. Warkang I., Anat. Rec. 1941, 79, 83. — 45. Weicker H. Dtsch. med. Wochenschr. 1962, 87, 53, 1597—1607, 1631—1632. — 46. Ward S. P. Brit. Med. J. 1962, 5305, 646—647. — 47. Williams H. I. Arch. Pathol. 1962, 74, 5, 472—474.

ГИГИЕНА ТРУДА И ПРОФЗАБОЛЕВАНИЯ

УДК 617.7—001

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ТРАВМАТИЗМА ГЛАЗ

М. Г. Кулахметьева

Кафедра глазных болезней (зав.— доц. Ф. Г. Валиуллина) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе Республиканской клинической больницы (главврач — К. Л. Свечников)

Травма органа зрения является одной из причин весьма тяжелых функциональных нарушений, нередко приводящих к частичной или полной инвалидности. По литературным данным (см. список литературы), удельный вес глазного травматизма и по настоящее время остается довольно высоким и занимает значительное место среди причин, вызывающих слепоту.

С 1957 по 1963 гг. в нашей клинике лечилось 9558 человек, из них с травмами глаз — 1949 (20,4%) как жителей города, так и районов. В возрасте до 3 лет было 76, от 4 до 7 — 160, от 8 до 16 — 344, от 17 до 25 — 438, от 26 до 45 — 712 и старше — 219. Мужчин было 1124 (57,7%), женщин — 245 (12,6%), мальчиков — 441 (22,6%), девочек — 139 (7,1%).

Проникающие травмы глаза были у 1199 человек (61,5%), непроникающие — у 381 (19,5%), ожоги — у 369 (18,9%).

Получивших травму глаз на промышленных предприятиях было 508 человек (26,5%), на сельскохозяйственных работах — 421 (21,6%), в быту — 440 (22,5%); детей — 580 (29,8%).

Обычно травмы глаз у промышленных и сельскохозяйственных рабочих возникали при несоблюдении правил охраны труда, например при отсутствии защитных очков.

Травмы правого глаза были у 928 (47,6%), левого — у 896 (45,9%) и обоих — у 125 (6,5%) рабочих.

Травмы глаз сельского населения чаще возникали у механизаторов. Трактористов было 95, из них выписалось с остротой зрения 0,1 на поврежденный глаз 25 человек. Комбайнеров было 9, из них 4 выписалось с остротой зрения от светоощущения до 0,04. Шоферов было 31; 6 из них потеряли зрение на поврежденный глаз. Кузнецов было 32, из них 14 выписаны с остротой зрения от 0 до 0,04.

Из числа имевших проникающие ранения 217 человек (42,7%) относились к промышленным рабочим, 385 (85%) — к сельскохозяйственным; с бытовым травматизмом было 229 (52%), непроникающие ранения отмечены у 231 промышленного рабочего (45,4%), 62 сельскохозяйственных (14,7%) и у 144 были бытовые травмы (32,7%).

Ожоги глаз получили в быту 67 человек (15,2%). У детей проникающие ранения были у 115 (19,8%), ожоги — у 70 (12%).

Ранения роговой оболочки были у 777 (65%), области корнесклеры — у 208 (17,4%), склеры — у 183 человек (15,3%). Локализация не могла быть установлена у 31 человека (2,5%).

Клиника повреждения глаза зависела от повреждающего предмета, локализации повреждения, инфицирования раны, времени обращения. Проникающие ранения глаз редко были простыми, они часто осложнялись выпадением радужной оболочки, повреждением хрусталика, иритом, иридоциклитом, гемофтальмом, эндофтальмом. Предметы, вызвавшие повреждение, были инфицированными, часто механически загрязненными.

Проникающие повреждения глаза были вызваны металлическими осколками у 288 (24%), палкой — у 62 (5,1%), проволокой — у 55 (4,5%), стеклом — у 54 человек (4,5%). Снарядом, выпущенным из рогатки, был ранен 41 человек (3,4%).

При выпадении в рану радужной оболочки производилось срезание ее с последующей конъюнктивальной пластикой по Кунту или же накладывались роговичные швы.

При воспалительном процессе, длящемся более 2—3 недель после травмы, резкой болезненности при дотрагивании, самопроизвольных болях, атрофии глазного яблока производилась энуклеация с целью предупреждения симпатического воспаления другого глаза.

Для профилактики отслойки сетчатки производилась электрокоагуляция склеры во время диасклеральной операции.

При подозрении на проникновение инородного тела в глаз производилось рентгеновское исследование. При надобности использовался постоянный глазной магнит Бродского-Кальфа или же внутривитреальный электромагнит.

По поступлении в стационар больные получали интенсивную комбинированную терапию: 40%-й раствор уротропина внутривенно; пенициллин, стрептомицин внутримышечно, по показаниям — подконъюнктивально, сульфамидные препараты внутрь и местно, проводилась аутогемотерапия, давались витамины.

При надобности как при проникающих, так и непроникающих травмах производилась соответствующая оперативная вмешательство.

Исходы травм представлены в следующей таблице 1.

Таблица 1

Острота зрения	Травмы. В числителе — проникающие, знаменателе — непроникающие				
	промышленные	сельскохозяйств.	бытовые	детские	всего
Слепота	44/4	69/4	68/18	96/3	277/29
От светоощущения до 0,02	42/4	111/12	54/22	99/7	306/45
От 0,03 до 0,1	32/5	44/6	37/21	46/7	159/39
От 0,2 до 0,5	37/15	62/17	24/32	58/32	181/96
От 0,6 и выше	35/32	34/22	21/45	27/52	117/151
Не выяснено	1/0	0/1	5/6	44/14	50/21

С термическими и химическими ожогами глаз лечилось 369 больных (18,9% по отношению к 1949). У 280 (14,3%) человек были химические ожоги и у 89 (4,5%) — термические.

У большинства были поражены конъюнктивы и роговая оболочка, реже — кожа век, и лишь в единичных случаях — только кожа век.

Наиболее тяжелыми были смешанные ожоги — термические, химические и комбинированные с проникающей травмой.

Пострадавшие также получали комплексное лечение как консервативное, так и оперативное.

Исходы ожогов глаз представлены в таблице 2.

Таблица 2

Острота зрения	Ожоги. В числителе — термические, знаменателе — химические				
	промышленные	сельскохозяйств.	бытовые	детские	всего
От 0 до 0,02	2/10	—	2/6	1/0	5/16
От 0,03 до 0,1	3/8	—	0/4	2/1	5/13
От 0,2 до 0,5	8/34	—	6/11	4/11	18/56
От 0,6 и выше	39/125	—	5/33	13/28	57/187
Не выяснено	2/0	0/1	—	2/8	4/9

Из 580 детей проникающие ранения были у 395 (68,1%), непроникающие — у 115 (19,8%), ожоги — у 70 (12%). Наибольшее количество травм (344) произошло у детей от 8 до 16 лет. Повреждающими предметами были: камень, пушенный из рогатки (50), нож (18), проволока (31), палка (67), стекло (15), железка (25), гвоздь (9), камень (22). Ожоги глаз были вызваны химическими чернилами, химическим карандашом, канцелярским клеем, карбидом, раствором извести, цемента, кристаллами марганца. Воспаление роговицы возникло у 269 детей, выпадение радужки — у 122. Травматическая катаракта развилась у 122 человек, травматический иридоциклит — у 80, травматический ирит — у 48, выпадение стекловидного тела — у 26, гемофтальм — у 39. Произведено срезание радужки — 54, наложены швы на роговицу — 24, на склеру — 25 детям. Проведена пластика по Кунту — 19, выпускание катарактных масс — 20, удаление инородных тел — 15, энуклеация глаза — 25 и эвисцерация — 10 детям.

Зрение полностью восстановилось у 85 детей (14,6%), оказалось резко сниженным (0,02—0,1) — у 163 и 99 детей (17%) ослепло. Не удалось проверить зрение у 68 детей (11,7%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Асланова К. Вестн. офтальмол. 1962, 6. — 2. Воробьев И. Ф., Бакурская В. Я., Петешина Л. М. Сб. науч. раб. по офтальмол. Пермское изд. 1962. — 3. Ефет В. А., Стрижак Р. А., Куликов И. А., Шарковский И. А. Вопр. офтальмол. Волгоград, 1962. — 4. Кроть А. Г. Травматизм глаз в сельском хозяйств. произв. Курское изд-во, 1959. — 5. Либенсон А. Б. Казанский мед. ж. 1962, 5. — 6. Панева В. А. Офт. журн. 1949, вып. 2. — 7. Родигина А. М., Куторгина О. А. Там же. 1955, 4. — 8. Сихарулидзе И. А. Там же. 1961, 1. — 9. Шейн Я. С. Там же. 1949, вып. 2.

Поступила 28 ноября 1963 г.

УДК 613.6

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ КРЕПИТИРУЮЩИМ ТЕНДОВАГИНИТОМ

И. М. Варшавский

Кафедра госпитальной хирургии (зав.— проф. А. М. Аминев)
Куйбышевского медицинского института и участковая больница
г. Куйбышева (главный врач — Е. И. Каганова)

Мы наблюдали отдельные профессиональные группы рабочих, болевших острым крепитирующим тендовагинитом. Среди них было: слесарей — 158, токарей — 45, клепальщиков — 20, мастеров — 23, фрезеровщиков — 24, разнорабочих — 20, строительных рабочих — 25, грузчиков — 11, шлифовщиков — 15, работников нефизического труда — 50, прочих работников физического труда — 197.

Как показывает процентное соотношение заболеваемости слесарей, клепальщиков, токарей и фрезеровщиков, на первом месте стоит группа токарей.

Физическая работа токаря включает следующие элементы: 1) взятие детали, 2) закрепление ее в патроне, 3) переключение рычагов у станка, перемещение продольного и поперечного суппорта, 4) удаление детали из патрона, 5) складывание детали в тару. Элементы «1» и «5» создают опасность перегрузки рук при обработке тяжелых деталей. Наибольшую перегрузку вызывают «2» и «4» элементы. Закрепление и снятие детали производятся движениями, при которых тоническое напряжение мышц кисти и предплечья совершается при согнутых в кулаки кистях и при движениях в лучезапястном суставе. Правая кисть при большом сгибании получает большую тоническую нагрузку. Правая рука производит вращательные движения в лучезапястном суставе с неполными супинационными и пронационными движениями при перемещении поперечного суппорта. Левая рука получает значительно меньшую нагрузку.

На втором месте по заболеваемости стоит группа фрезеровщиков, работа которых, с точки зрения гигиены труда, мало чем отличается от работы токаря. Правая рука токаря и фрезеровщика заболевает в три раза чаще, чем левая.

На третьем месте по заболеваемости стоят слесари, работа которых складывается из большого количества самых разнообразных по форме, силе напряжения и приложению мышечных групп производственных движений (без твердо установленного производственного стереотипа). В работе слесаря преобладают тонические сокращения мышц кисти, предплечья и контрагирование кисти, сжатой в кулак. Особенно много делается