

ние отклонений в его здоровье. Каждого ребенка периода новорожденности врач посещает активно не менее 4—5 раз, а медицинская сестра — до 8—10 раз. Охват новорожденных врачебным и сестринским наблюдением на участке составляет 100%.

Среди детей, достигших месячного возраста, у 52% показатели физического развития были выше средних и у 48% — средние; среди детей первого года жизни 50% имели средние показатели развития и 48% — выше средних. Большое значение в правильном физическом и психическом развитии, повышении иммунобиологической адаптации организма, наряду с созданием санитарно-гигиенических условий, имеет организация рационального питания детей. Участковый педиатр уделяет много внимания пропаганде грудного вскармливания, своевременному выявлению и устранению причин гипогалактии у женщин. На участке 94,2% детей до 4 мес жизни находились только на грудном вскармливании. Детям с недостаточной прибавкой в массе тела, а также часто болеющим питание рассчитывали на должную массу тела. Детям с гипотрофией назначали индивидуальное питание с коррекцией на основании проведенных расчетов пищевых ингредиентов, с учетом фактически съеденной пищи, до получения прибавки в массе тела, соответствующей возрасту. Всех детей, находящихся на раннем смешанном вскармливании, обеспечивали бесплатным питанием из молочной кухни. Благодаря широко проводимым профилактическим мероприятиям на участке в последние 2 года уменьшилось число детей с гипотрофией I степени на 32%, нет детей с гипотрофией II и III степени. К годовалому возрасту ни у одного ребенка не было гипотрофии.

На участке уделяют большое внимание профилактике рахита у детей. Антенатальная профилактика проведена у 88% беременных: 50% молодых женщин принимали витамин D₂ в дозе 400—500 МЕ в сут, 54% получали ультрафиолетовое облучение в последние месяцы беременности. В комплексе противорахитических мероприятий у детей преобладали физические методы: прогулки на воздухе, воздушные ванны, массаж и гимнастика, ультрафиолетовое облучение. Массаж и гимнастика проводились у 90% детей, достигших 3-месячного возраста. Витамин D₂ получали с профилактической целью 70,6% детей. Комплексом противорахитических мероприятий охвачено 100% детей, достигших 6-месячного возраста, осуществляется тщательный контроль за их выполнением. В историях развития на специальном листе регистрируется весь комплекс противорахитических мероприятий. Участковая сестра и врач обучают матерей приемам физического воспитания детей. На врачебных приемах матерям выдаются памятки по вскармливанию, режиму дня с комплексом физических упражнений и методикой закаливания. Во время профилактических осмотров участковый педиатр контролирует правильность выполнения массажа и гимнастики.

Активные противорахитические мероприятия способствовали снижению заболеваемости рахитом и ликвидации его тяжелых форм. Однако у части детей имелись проявления рахита. Так, рахит I ст. наблюдался у 13% детей, достигших 3-месячного возраста, у 19% детей 6-месячного возраста и у 20% годовалых.

В профилактике заболеваний, в том числе рахита, важное значение имеет непрерывность наблюдения за детьми. На данном участке систематичность наблюдения врачом и медицинской сестрой за детьми в возрасте до года составляет 100%. Количество посещений поликлиники одним ребенком в год равно в среднем 12; число посещений врачом на дому одного ребенка равно 4, а медицинской сестрой — 16,8. Все дети обеспечены специализированной помощью. К году жизни 98% детей были осмотрены хирургом, окулистом, эндокринологом, отоларингологом. У всех детей проводится анализ крови на содержание гемоглобина. У 4,7% детей первого года жизни выявлена железодефицитная анемия легкой степени. Среди детей первого месяца жизни ни разу не болевшие составили 91%, среди детей первого года жизни — 24,1%.

В последние 2 года на участке достигнуто снижение общей заболеваемости на 5,5%. Заболеваемость новорожденных за истекший год уменьшилась на 12,7%. Заболеваемость детей первого месяца жизни составляла 8,9%, в основном за счет острых респираторных и гнойничковых заболеваний.

УДК 616.71—001.5—053.2—08

Д. Н. Шамсутдинов (Зеленодольск, ТАССР). Отдаленные результаты лечения закрытых переломов костей у детей

Изучены отдаленные исходы лечения закрытых переломов в сроки от 1 до 10 лет после травмы у 113 детей (мальчиков — 78, девочек — 35; возраст: до 3 лет — 9, от 4 до 7 лет — 26, от 8 до 14 лет — 68, от 15 до 16 лет — 10).

Перелом плечевой кости был у 36 из них, костей предплечья — у 45, бедренной кости — у 8, костей голени — у 24; поперечные переломы — у 85, косые — у 17, винтообразные — у 6, оскольчатые — у 5; переломы со смещением отломков — у 84; изолированные переломы — у 71, множественные — у 42.

У 103 детей были применены неоперативные методы лечения (одномоментная ручная репозиция и репозиция аппаратом с последующей гипсовой иммобилизацией выполнены у 48 детей, гипсовая иммобилизация без репозиции при переломах без смещения — у 40, лечение скелетным вытяжением — у 15), у остальных 10 — опера-

тивный метод. Скелетное вытяжение делали преимущественно при винтообразных, косых и оскольчатых переломах. К оперативному методу прибегали после неудавшейся репозиции отломков. В период реабилитации назначали физиотерапевтические процедуры, массаж, лечебную гимнастику, пентоксил, метилурацил, глюконат кальция, витамины в драже.

Эффективность лечения оценивали по пятибалльной шкале С. С. Гирголава с учетом анатомических и рентгенологических данных, а также функции поврежденной конечности (см. табл.).

Влияние методов фиксации отломков на результаты лечения переломов костей

Исход	Методы лечения			Всего
	гипсовая повязка	скелетное вытяжение	оперативное вмешательство	
Отличный	76	9	8	93
Хороший	10	6	1	17
Удовлетворительный	1	—	2	3
Неудовлетворительный	—	—	—	—
Итого	87	15	11	113

Функциональный показатель эффективности лечения был лучше, чем анатомические его результаты.

Как показал наш опыт, анализ отдаленных исходов различных методов лечения переломов костей у детей помогает выбрать оптимальный способ исцеления и способствует повышению квалификации лечащих врачей.

УДК 615.28:576.852.2

О. А. Иртуганова (Москва). Роль химиопрепаратов в образовании устойчивых популяций микобактерий туберкулеза

Целью работы являлась селекция под воздействием противотуберкулезных препаратов вариантов микобактерий туберкулеза с измененной лекарственной устойчивостью. Лабораторный штамм $H_{37}R_v$ селекционировали путем 15 пассажей одной колонии на твердой среде Левенштейна — Йенсена. В полученном генетически однородном варианте микобактерий на 10^{12} всодей не оказалось ни одной, устойчивой к рифампицину, изониазиду, стрептомицину, этионамиду и этамбутолу.

Из исходного генетически однородного штамма были получены его варианты, моноустойчивые к 50 и 500 мкг/мл рифампицина, 10 и 500 мкг/мл изониазида, 20 и 500 мкг/мл стрептомицина, 10 и 100 мкг/мл этамбутола и 50 и 100 мкг/мл этионамида. Селекцию проводили на питательных средах Левенштейна — Йенсена и Финна II с возрастающими концентрациями каждого из противотуберкулезных средств, начиная с субкритериостатических. Резистентность ко всем препаратам быстрее развивалась на среде Финна II. Необходимая степень устойчивости была получена в течение года. Для получения относительно низкорезистентных вариантов требовалось 6—14 пассажей, а для высокорезистентных — 15—22 пассажа. Морфология бактерий и характер их роста на твердых и жидких питательных средах были одинаковы у чувствительного и у устойчивых вариантов. Ниациновый тест показал, что эта реакция положительна как у исходного чувствительного варианта, так и у резистентных. Редукция нитратов также протекала одинаково.

Вирулентность изучали на 120 белых мышках весом 18—20 г, которые были разделены на 12 групп и заражены в боковую вену хвоста чувствительным и 10 устойчивыми вариантами микобактерий туберкулеза. Еще 10 мышей заражали штаммом, выделенным от больного и чувствительным ко всем препаратам. Культуры туберкулезных микобактерий вводили в дозе 0,1 мг сухого вещества, разведенного в 0,5 мл физиологического раствора.

В группе животных, зараженных культурой от больного, у 40% в течение первого месяца наступил летальный исход. Лабораторные клонированные культуры имели отличия в вирулентности. К концу третьего месяца после заражения смертность в каждой из групп не превышала 10%.

Четкое снижение вирулентности по сравнению с исходным генетически однородным вариантом $H_{37}R_v$ было обнаружено у высокорезистентных к изониазиду микобактерий туберкулеза.

Результаты работы показали возможность селекционирования устойчивых к различным противотуберкулезным препаратам вариантов микобактерий туберкулеза путем последовательных пассажей на питательных средах, содержащих химиотерапевтические средства. Резистентные варианты лабораторного штамма сохраняют видоспецифичность.