

3. П. Стадник (Донецк). Применение кокарбоксилазы при некоторых сердечно-сосудистых заболеваниях

В последние годы в связи с получением кокарбоксилазы синтетическим путем усилился интерес к ее использованию при ряде заболеваний.

Мы применяли кокарбоксилазу отечественного и польского производства в дозе от 50 до 150 мг в сутки подкожно, внутримышечно и внутривенно в комплексе с сердечными гликозидами, диуретическими, антиаритмическими, сосудорасширяющими и др. средствами у 51 больного с недостаточностью кровообращения I и III степени, развившейся: в связи с кардиосклерозом — у 40 чел. (в том числе в сочетании с гипертонической болезнью — у 4), с острым инфарктом миокарда — у 3, клапанными пороками сердца — у 3, диффузным пневмосклерозом, эмфиземой легких с явлениями легочно-сердечной недостаточности — у 5 (из них у 3 были приступы бронхиальной астмы). Давность декомпенсации — от 6 месяцев до 6 лет. Мужчин было 31, женщин — 20.

36 чел. лечились в стационаре и 15 — амбулаторно.

Нами отмечено, что на фоне применения кокарбоксилазы коронарорасширяющие средства (коронтин, папаверин, нитроглицерин и др.) давали лучший результат, явления недостаточности кровообращения устранялись быстрее. Диуретические препараты (гипотиазид, фонурид, лазикс) действовали эффективнее при отеках и асците, которые не поддавались обычному лечению. Устранялись явления интоксикации от сердечных гликозидов (бигеминия, экстрасистолия).

У больных с H_1 — H_2 на фоне применения кокарбоксилазы улучшение наступало в течение 7—10 дней и длилось от 2—3 до 5—7 месяцев, а иногда и дольше. В этот период больные принимали только коронтин или папаверин с платифиллином и 1—2 раза в день нитроглицерин нерегулярно, вместо 6—10 и более раз до лечения кокарбоксилазой.

У недиабетиков при лечении кокарбоксилазой определенной закономерности в показателях сахара крови не удалось установить.

Заметного снижения АД у гипертоников непосредственно после введения кокарбоксилазы не отмечалось, но при комплексном лечении с гипотензивными, седативными средствами эффект достигался быстрее и был более стойким.

У больных с клапанными пороками сердца и рецидивирующим эндокардитом антиревматическая терапия в сочетании с кокарбоксилазой была более успешной.

При инфаркте миокарда применение кокарбоксилазы тем эффективнее, чем раньше оно начато. В первые 3—5 дней следует назначать по 100—150 мг, а затем в течение всего периода лечения по 50—100 мг с небольшими перерывами. От большой однократной дозы эффект лучше, чем от такой же дозы, вводимой дробно в течение суток.

Больным с явлениями легочно-сердечной недостаточности и бронхиальной астмой показано лечение кокарбоксилазой большими дозами (100 мг 2 раза в день), в течение длительного времени.

Из 51 больного, лечившегося кокарбоксилазой, значительное улучшение состояния наступило у 28, улучшение — у 11, не наступило улучшения у 12, 4 из которых умерли (2 чел. с ревматическим пороком сердца, 1 с атеросклеротическим кардиосклерозом H_2 — H_3 и 1 с инфарктом миокарда в первые сутки).

Ухудшения состояния больных при лечении кокарбоксилазой мы не наблюдали.

УДК 616.33/34—616.981.25—616—058.2

Ю. С. Ананьев, О. Ф. Тимофеева и Л. А. Дольникова (г. Чебоксары). Острые желудочно-кишечные заболевания стафилококковой этиологии у детей

Среди желудочно-кишечных заболеваний у детей раннего возраста значительное место занимают заболевания стафилококковой природы. В родильных домах у новорожденных они возникают чаще всего в результате заражения антибиотикоустойчивыми патогенными стафилококками от носителей из персонала, больных, страдающих кожными проявлениями стафилококковой инфекции, которая не всегда диагностируется.

С 1964 г. в инфекционное отделение Чапаевской больницы поступило 573 ребенка в возрасте до 2 лет с поражением желудочно-кишечного тракта. У 102 из них (17,9%) был установлен стафилококковый гастроэнтероколит, энтероколит. Заболеваемость в основном регистрировалась у детей до 1 года — у 79 (77,4%), из них до 6 месяцев — у 46 (45%). При бактериологическом исследовании испражнений патогенный стафилококк в большом количестве или в чистой культуре выделялся однократно у 77 больных, 2 раза — у 14, 3 раза — у 3, 4 раза — у 3, 5 раз — у 1. У 4 больных, у которых заболевание протекало по типу пищевой токсикоинфекции, стафилококк выделен из кала и рвотных масс.

У 22 детей заболевание протекало в сочетании с пневмонией, у 7 — с катаром верхних дыхательных путей. 25 детей страдали рахитом, гипотрофией, гипохромной анемией. 21 ребенок находился на искусственном или раннем смешанном вскармливании.

Легкая форма была у 30 (29,4%) детей, среднетяжелая — у 57 (55,8%), тяжелая — у 15 (14,8%). У 37 больных заболевание протекало по типу стафилококкового гастроэнтероколита, у 65 — энтероколита.

УДК 616—001

А. А. Нижегородцева (Салават). Производственный травматизм на заводе технического стекла

Для получения данных по травматизму на предприятии нами были изучены журналы регистраций на здравпунктах, амбулаторные карты, истории болезней, акты о несчастных случаях за 1963—1966 гг.

Травмы с утратой трудоспособности составляют в среднем 4,9% (по годам соответственно 5,4; 5,5; 5,2; 3,2%), а без утраты трудоспособности — 95,1%.

Основные показатели травматизма (с потерей трудоспособности) представлены в табл. 1.

Таблица 1

Показатели травматизма на 100 работающих

Год	Частота	Тяжесть	Средняя длительность случая нетрудоспособности в днях
1963	5,8	21,6	16,7
1964	7,8	97,9	12,0
1965	9,7	131,0	13,4
1966	8,2	79,5	14,7
1967	6,5	64,2	9,9

Возрастание частоты травм в 1964—1965 гг. объясняется тем, что в эти годы вводились и осваивались новые виды изделий. Освоение новых производственных мощностей связано с большим объемом пусконаладочных работ, а это потребовало вовлечения в сферу производства большого числа вновь принятых рабочих, в основном молодых, не имеющих достаточной квалификации и производственных навыков.

Наиболее часто возникают травмы у молодых рабочих (18—29 лет), со стажем работы до года (41%) и до 2 лет (19,3%); у рабочих со стажем 5 лет и более травмы наблюдаются реже (7,6%).

Как правило, преобладают резаные раны пальцев рук, что объясняется спецификой производства. Основным травмирующим фактором является стекло, по тем или иным причинам разрушающееся в руках рабочего. Поэтому резаные раны чаще всего встречаются у резчиков, отломщиков стекла (соответственно в 46,0 и 11,3%).

Наибольшее число травм отмечается в первую смену (45,6%), наименьшее — в третью (21,5%). При этом в первую смену максимум приходится на 3 и 4-й часы работы, во вторую и третью — на 1 и 8-й часы. Увеличение травматизма в начале работы во 2 и 3-й сменах можно объяснить тем, что мало кто из рабочих перед этими сменами отдыхает, а в конце — усилением утомления; в середине же смены рабочий втягивается в трудовой процесс.

Больше всего травм в понедельник и во вторник. Немалую роль в этом играют снижение внимания и понижение работоспособности после употребления алкогольных напитков в субботу и воскресенье.

В борьбе за снижение производственного травматизма наряду с работниками отдела охраны труда и техники безопасности принимают участие медработники. Травматолог совместно с инженерами по технике безопасности расследует все несчастные случаи. Ежедневно производится анализ всех случаев производственных травм, результаты рассматриваются в отделе техники безопасности и на заседании заводского комитета. Регулярно проводятся беседы и лекции по травматизму по цехам, индивидуальные беседы с рабочими.

Для более тесного контакта медицинских работников с администрацией цехов введены сигнальные талоны. Рабочий, направляющийся по поводу травмы в поликлинику (она удалена от завода на расстояние около 3 км), получает талон для предъявления врачу. Отрывная часть талона возвращается обратно в цех (мастеру, бригадиру, начальнику смены), откуда был направлен пострадавший.

На заводе необходимо провести следующие мероприятия.

1. Ввести обязательное предварительное обучение безопасным методам работы.
2. Устранить захламленность цехов.
3. Обеспечить механизацию процесса резки стекла.
4. Обучить каждого рабочего оказанию первой помощи.