

Много детей в ремиссию направляли в местный санаторий «Большая Ельня». Некоторых детей (с частыми и длительными обострениями, при плохих жилищно-бытовых условиях) помещали в непрофильный санаторий «Криуша», расположенный рядом с больницей. С сентября 1965 г., по июнь 1968 г. из 96 детей с хронической пневмонией 30 получили санаторное лечение в «Большой Ельне» и 21 — в санатории «Криуша».

Для лечения хронической пневмонии у детей предложено много схем. Мы пользовались схемами, разработанными проф. А. И. Титовой. Наряду с этим старались максимально индивидуализировать лечение, учитывая стадию заболевания, возраст ребенка, сопутствующие заболевания, ранее проводимое лечение и его эффективность, домашние условия, возможность проведения лечения на ФАП. Надо отметить, что при обострении в начальной стадии мы не всегда прибегали к назначению антибиотиков, не столь широко пользовались гормональными препаратами, применяя их лишь тогда, когда другие средства не давали эффекта. Хорошие результаты наблюдались нами при применении препаратов нитрофуранового ряда. Из физиотерапевтических процедур широко применяли парафиновые аппликации, УВЧ, кальций-электрофорез и индуктотермию. Противорецидивные курсы лечения, независимо от стадии, проводили 2 раза в год (весной и осенью).

Динамическое наблюдение за 30 детьми с 1965 г. позволяет подвести некоторые итоги этапного лечения. Одним из основных критериев в оценке результатов диспансеризации являлось изучение частоты, тяжести и течения обострений хронической пневмонии. Из 21 больного, взятого под наблюдение в 1965 г., в первый год не дали обострений всего 6, во 2-й год — 11 и в 3-й год — 15, из них 5 не имеют обострений на протяжении 3 лет и 9 — на протяжении 2 лет диспансерного наблюдения. У 6 детей обострения стали реже и менее тяжелыми. Из 40 больных, выявленных в 1966 г., в 1-й год диспансерного наблюдения не дали обострения 15, во 2-й год — 23. У 17 чел. обострения стали значительно реже и менее тяжелыми. У всех детей, выявленных в 1965 г., в 1-й год наблюдения было зарегистрировано 59 обострений, причем у 3 они возникали часто, во 2-й год — 16 обострений (у 1 — часто). В 3-й год обострения регистрировались лишь у 10 (у 1 — часто).

Особенно заметное сокращение числа обострений отмечалось со 2-го года активного наблюдения и лечения, что, по-видимому, в значительной степени связано с определенной длительностью воздействия проведенных лечебно-оздоровительных мероприятий. Эти результаты вполне удовлетворительны, если учесть, что некоторые родители еще не учитывают тяжести этого страдания, не создают для детей необходимых условий, считая их практически здоровыми.

Можно с уверенностью сказать, что диспансеризация детей с хронической пневмонией на селе необходима, и, так же как в условиях города, должна проводиться с включением всех звеньев этапной терапии: стационар — амбулатория — ФАП — санаторий.

НОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ, РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 614.894.72

ПРИСПОСОБЛЕНИЕ ДЛЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ИНТРАНАЗАЛЬНОЙ И НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОЙ КИСЛОРОДНОЙ ТЕРАПИИ

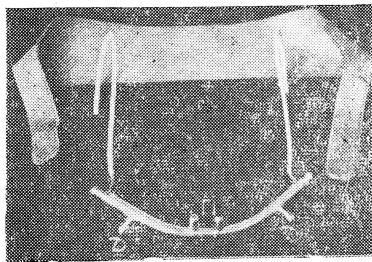
В. А. Куприянов и Я. М. Шевах

Ожоговое отделение (зав. — докт. мед. наук Н. И. Атясов) Горьковского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии

Мы предлагаем приспособление, удобное для длительной кислородной терапии.

Основной частью является дугообразная полая трубка из нержавеющей стали (см. рис.) с двумя приемниками (П) и двумя датчиками (Д), шарообразные концы которых обеспечивают надежную фиксацию к ним резиновых трубок.

Кислород поступает в датчики и по трубке проходит в приемники. Металлические приемники нарастаются короткими резиновыми трубками до входа в полость носа или катетерами, введенными до задней стенки носоглотки.



Фиксируется металлическая трубка к голове больного двумя способами: 1) держалками из проволоки с хлорвиниловым чехлом, которые надеваются за уши (по типу фиксации очков), и 2) резиновой манжетой, охватывающей голову больного. Отверстия на концах резиновой манжеты позволяют осуществлять фиксацию в зависимости от формы и окружности головы больного.

Испытание приспособления на больных убедило нас в удобстве и целесообразности его использования.

УДК 618.1—006.6—616—07

О ПРИМЕНЕНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ИНДИКАТОРОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАКА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

К. В. Воронин, Э. Г. Улумбеков и Т. Б. Уткина

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Р. Г. Бакиева) и кафедра гистологии (зав.— проф. Ю. И. Забусов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В последние годы в печати появляются сообщения о применении восстановительных индикаторов для диагностики злокачественных поражений различных органов человека. Ку-Дженрен и соавт. (1963) предложили в указанных целях цитохимическую реакцию с применением метилен-трифенилтетразолхлорида (МТТХ). Для диагностики рака шейки матки эту реакцию использовали Сирба и соавт. (1966), Б. И. Железнов и Л. С. Ежова (1968). Основу указанного теста выявления дегидрогеназ составляют соли тетразолия, служащие акцепторами электронов от окисляемого субстрата. При этом происходит восстановление тетразолия и переход его из бесцветной растворимой формы в окрашенный осадок — формазан или диформазан. Одним из основных свойств солей тетразолия, определяющих их пригодность для гистохимических целей, является их способность к восстановлению. Нитро-синий тетразолий (нитро-СТ) восстанавливается гораздо легче, чем другие тетразолии. Поэтому мы для своих реакций использовали именно его.

Беккер (1956) для ускоренной диагностики рака различных органов использовал кроме солей тетразолия дихлорфенол-индофенол-натрий (DIN), теряющий цвет под влиянием редуцирующей субстанции.

Мы решили на своем клиническом материале выяснить практическую ценность восстановительных индикаторов в диагностике злокачественных новообразований женских половых органов. Реакции проводили с нитро-СТ и с дихлорфенол-индофенол-натрием.

Методика проведения реакции с нитро-СТ. При помощи гинекологических зеркал обнажают шейку матки и пипеткой производят орошение ее 3—5 мл тетразолевой смеси, состоящей из 0,5 мг/мл нитро-СТ, 20 мг/мл сукцината натрия, 0,1 М (рН 7,2) буфера NaH_2PO_4 — Na_2HPO_4 . Реакция считается положительной, если раствор приобретает синий цвет и образуется осадок, при микроскопировании которого обнаруживаются гранулезные клетки с включениями диформазана. При отрицательной реакции раствор сохраняет желтый цвет, осадок или отсутствует, или он белый. При наличии осадка микроскопирование обнаруживает поверхностные эпителиальные клетки. У больных с кровянистыми или гнойными выделениями мы не ставили тестов.

Методика проведения реакции с DIN. Экцизированной кусочек ткани помещают в сосуд с 0,1% водным голубым раствором дихлорфенол-индофенолнатрия. Регистрируют момент обесцвечивания. Если обесцвечивание происходит в первые 5 минут, реакция считается положительной, позже 5 минут — отрицательной.

Реакция с нитро-СТ была поставлена у 51 женщины. У 27 диагностирован рак шейки матки (интраэпителиальный рак — у 3, I ст. — у 10, II — у 12, III — у 2), у 24 — изменения доброкачественного характера (эрозия, эктропион, эндоцервицит и др.).

Во всех случаях ракового поражения реакция с нитро-СТ была положительной вне зависимости от клинической стадии заболевания. Особый интерес представляет рак *in situ*. У всех 3 женщин макроскопическая реакция была положительной, а при микроскопировании наряду с гранулезными клетками, имеющими включения диформазана, обнаружены и клетки поверхностного эпителия. При всех остальных стадиях при микроскопировании наблюдают только гранулезные клетки.

Выводы по гистохимическим реакциям подтверждены морфологическим исследованием биопсированного материала.

Контрольную группу составили 24 женщины, из них у 23 реакция была отрицательной и у 1 — положительной (клинически — старческий язвенный кольпит, гистологически — воспаление).