

тивными формами туберкулеза легких заключаются в отказе больных от хирургических вмешательств. Поэтому самая широкая популяризация эффективности и целесообразности хирургических методов лечения является важной задачей всей противотуберкулезной организации.

Г. М. Троцкая (Ленинград). Дионин-электрофорез при лечении гриппа

При гриппозной инфекции, кроме местных нарушений со стороны органов дыхания, имеются и явления общей интоксикации с вовлечением в процесс нервной системы. Вероятность эффективности дионин-электрофореза у гриппозных больных нами основывалась на том, что дионин-электрофорез, проведенный методом Шербака в области плеча, оказывает через нервные приборы общее стимулирующее действие на анимальные и вегетативные функции нервной системы и благотворно влияет на состояние органов дыхания.

Дионин-электрофорез у гриппозных больных проводился: 1) при неосложненном гриппе в целях повышения общей реактивности больного и 2) при осложненном гриппе с поражением органов дыхания (ларингиты, трахеиты, бронхиты, пневмонии и др.) в целях разрешения воспалительных явлений. При проведении дионин-электрофореза у больных неосложненным гриппом использовался 0,2% раствор солянокислого дионина, в количестве 5 мл на 1 процедуру. Дионин вводился в область средней трети плеча (по методу Шербака) при апплицировании электрода, связанного с катодом, в область шейных симпатических ганглиев (задне-боковую поверхность шеи). Электроды брались площадью по 250 см² каждый. Сила тока доводилась до 12—30 мА, длительность процедуры — до 20—30'. Лечение назначалось ежедневно в течение 2—3 дней, независимо от дня заболевания.

У больных осложненным гриппом раствор дионина брался той же концентрации, в количестве 5—10 мл на 1 процедуру. Дионин вводился в область пораженного органа (глотка, трахея, гильюсы, легкие) при поперечном наложении электродов. Площадь прокладок варьировала от 150 до 450—600 см² (каждая пара соответственно величине очага поражения). Длительность процедуры доводилась от 10—12' (при ларингитах и трахеитах) до 30—40' (при бронхитах, бронхоэктазиях, пневмониях и др.).

Первые 3—6 процедур в этих случаях проводились ежедневно, последующие 3—9 процедур — через день (в зависимости от характера осложнений и длительности их течения).

Метод дионин-электрофореза почти во всех случаях нами использовался без применения больных каких-либо других средств (кроме сердечных и витаминов у части больных), что диктовалось необходимостью выяснения лечебной эффективности изучаемого метода.

Полученные результаты сопоставлялись с аналогичными показателями контрольных групп гриппозных больных.

Работа проводилась в периоды эпидемических вспышек гриппа в Ленинграде, начиная с 1947 г. Всего за это время мы наблюдали 1162 больных гриппом, из них: 461 больного легкой формой, 507 — средней-тяжелой, 194 — тяжелой (у 5 больных этой группы отмечался энцефаломенингеальный синдром).

Вирусная этиология была подтверждена из 496 у 318 больных, что составляет 64,1%. При этом больший процент продолжительных находок падал на вирус типа „В“.

Из общего числа больных неосложненный грипп диагностирован у 619 человек и грипп с осложнениями — у 543. 355 больных лечились в клинических условиях, остальные путем патронажа на дому.

В качестве контроля служили 3 группы больных, одна из которых находилась на лечении симптоматическими средствами (88 чел.), вторая группа — на лечении ингаляциями аэрозоля пенициллина по методу С. Я. Кофмана (72) и, третья группа больных — находящаяся на лечении инфузиями антигриппозной сыворотки по методу А. А. Смородинцева (102).

Для учета показателей по каждой группе брались лишь больные, относительно равноценные по срокам заболевания, температурной реакции, выраженности интоксикации и катаральных явлений со стороны органов дыхания. Одновременно учитывались форма заболевания, эпидемиологические данные и вирусологическое подтверждение.

Снижение температуры и уменьшение катаральных явлений в первые двое суток от момента лечения при дионин-электрофорезе и специфической терапии наблюдались у 30%; среди больных, леченных симптоматическими средствами, — у 7%. Купирование интоксикации раньше наступает при лечении дионин-электрофорезом и значительно позже — во всех контрольных группах.

Следует отметить, что показатели коечного лечения у больных, леченных дионин-электрофорезом (3,7—4,2 дн.), почти в 2 раза ниже по сравнению с 1 контрольной группой (7,3—8,4 дн.) и приближались ко II и III группам (4,1, 4,8 дн.).

В случаях лечения больных осложненным гриппом (пневмонии, бронхиты, ларингиты, трахеиты и др.) также отмечаются благоприятные результаты. Койко-день при

пневмониях, леченных дионин-электрофорезом, равнялся 9,8, в то время как в контроле (лечение антибиотиками и прочие средства терапии) он равнялся 12,3.

Выздоровление из общего числа больных, леченных дионин-электрофорезом, наблюдалось в 87% случаев, улучшение — около 90% и состояние без улучшения — у остальных.

К. Б. Абдуллина (Казань). Динамика осциллографической кривой при брюшном тифе

Изучались среднее артериальное давление, осциллометрический индекс (величина максимальных колебаний осциллографа) и осциллографические кривые как индикаторы состояния аппарата кровообращения у 34 больных брюшным тифом, однородных по возрастному признаку.

Исследование производилось при поступлении, на высоте лихорадки, при нормализации температуры, перед выпиской, и у некоторых — через 1—12 мес. после выписки.

В разгар заболевания среднее артериальное давление было на низком уровне. Это снижение еще более увеличивалось в период начала реконвалесценции при нормализации температуры, к концу же реконвалесценции уровень среднего давления несколько возрастал и приближался к норме. Только в группе легких больных снижение среднего артериального давления было менее выражено. Не было выраженного постоянного параллелизма между изменениями среднего артериального давления и тяжестью клинического течения болезни.

Наибольшая величина осциллометрического индекса наблюдается на высоте заболевания у тяжелых больных. Некоторое уменьшение осциллометрического индекса отмечается в периоде начала реконвалесценции. К концу же реконвалесценции у тяжелых больных осциллометрический индекс еще несколько уменьшается.

В группе средне-тяжелых больных, где интоксикация выражена значительно меньше, средняя кривая осциллометрического индекса не дает выраженных колебаний.

В группе легких больных отмечается более резкое уменьшение осциллометрического индекса в начале выздоровления.

Детальное изучение осциллометрического индекса показывает значительный параллелизм между тяжестью течения болезни и величиной осциллометрического индекса. Так, у большинства (26 больных) на высоте развития брюшного тифа, он имел тенденцию к уменьшению, у одного остался без изменений, а у 7 увеличился. Перед выпиской осциллометрический индекс увеличился у 20, у 3 остался без изменений и уменьшился у 11.

При анализе осциллограмм выявляются три типа осциллографических кривых:

I тип: наблюдаются одновременное повышение среднего артериального давления и понижение осциллометрического индекса, что указывает на преимущественное поражение сердца.

II тип: низкое среднее артериальное давление сочетается с высоким осциллометрическим индексом и крутым перегибом правой половины осциллограммы, что свидетельствует о преобладающем нарушении сосудистого тонуса.

III тип: короткие кривые с низким средним артериальным давлением сочетаются с низким осциллометрическим индексом, что свидетельствует о выраженном поражении сердечно-сосудистой системы в целом.

В комплексе с другими методами исследования брюшнотифозного больного осциллографические расширяют наши представления о нарушениях гемодинамики каждого больного и позволяют индивидуализировать назначение сердечно-сосудистых средств на основе объективных данных.

Доц. А. Е. Резник и Е. А. Мансурова (Казань). Применение реакции связывания комплемента для диагностики дизентерии и сальмонеллеза

Существующие клинические и лабораторные методы исследования дизентерии и сальмонеллез в значительном числе случаев не дают возможности своевременно и правильно поставить диагноз. Возможности клинической диагностики затрудняются тем обстоятельством, что современное течение дизентерии характеризуется значительным количеством стертых и легких форм.

Для ускоренной диагностики дизентерии и заболеваний сальмонеллезной природы нами применяется метод реакции связывания комплемента.

Реакция ставится с мочой исследуемых больных (в моче определяется антиген) и типоспецифическими сыворотками.

Применяемый нами метод заключается в следующем:

Реакция ставится в два этапа. Первым этапом является определение комплемент-связывающих свойств мочи; вторым этапом является постановка основного опыта.

1) Для определения комплемент-связывающих свойств мочи из основного разведения комплемента 1/10 производим ряд разведений от 0,03 до 0,25 мл и добавляем во все пробирки физраствор до объема в 0,5 мл (12 пробирок), затем в каждую про-