

Tutcher a. Scotte. Сульфаниламид при гонококковом эндокардите. Bull. John Hopkins Hosp., ноябрь 1939.

Диагноз гоноройного эндокардита, указывают авторы, должен быть подтвержден 1) культурой гонококка из крови, 2) наличием то появляющегося, то исчезающего диастолического шума у основания сердца. Сообщение касается 4 больных с эндокардитом, леченных сульфаниламидом. Первые трое погибли, и диагноз был установлен при аутопсии, четвертый больной выздоровел. У последнего больного второй признак отсутствовал при поступлении в стационар. У больного была лихорадка с двумя повышениями за день, что характерно для гоноройного эндокардита. Помимо этого больной страдал желтухой, диффузным гломерулонефритом, которые присоединились к эндокардиту. Трое погибших больных получали регулярно сульфаниламид в период от 7 до 54 дней. Один из них погиб в результате гемиплегии; другой страдал миокардитом с гипертензией и нефритом, которыми осложнился эндокардит. У третьего больного при аутопсии обнаружены гонококки в разращениях на клапанах сердца несмотря на то, что лечение сульфаниламидом продолжалось у него 25 дней. А. Д.

Ingraham a. Tucker. Сальпингит и тазовый целлюлит. Am. J. Surg. декабрь 1939.

Самой частой причиной тазового воспаления является гонорея. По данным Куртиса от 70 до 80% всех случаев сальпингита обусловлено гонококком. Гонококки чаще всего заносятся с инструментами и при неправильном лечении, а также и во время менструаций. Иногда проходят месяцы и годы между заражением и началом воспаления труб. Обычно поражаются обе трубы. Вначале это простой эндосальпингит, затем наступает нагноение, истмус трубы закрывается и образуется гнойный мешок. Воспаленная труба оттягивает связки и приходит в соприкосновение с толстыми кишками, стенкой живота, пузырем, вследствие чего часто начинается тазовый перитонит. Все случаи сальпингита сопровождаются тазовым перитонитом, приводящим в конце-концов к образованию спаек. В этих случаях лучшим методом лечения остается пиротерапия, приводящая в 80% случаев к излечению. Хорошие результаты наблюдаются и от применения сульфаниламида. Но так как гонококки остаются и в других очагах, то лечение их необходимо проводить одновременно. Установить излечение гонореи у женщин трудно. Нужны повторные и частые исследования; надо иметь в виду, что культуральные исследования дают более верный результат, чем микроскопия. А. Д.

Taylor. Практическое лечение гоноройного эндоцервицита. Am. J. Obst. a. Gynec. октябрь, 1939.

Разбирая старые методы лечения эндоцервицита: электрокоагуляцию, фульгурацию и химиотерапию, автор приходит к заключению, что первые два метода дают возможность уничтожить инфекцию в глубоко-расположенных железах. Для проведения каутеризации канал шейки анестезируется 5% раствором диетана. Наконечник не должен проникать глубоко за внутреннее отверстие канала шейки. Каутеризация и фульгурация производятся через день, затем назначаются ванночки из марганцовокислого калия 1:2000. Лечение заканчивается ежедневным прижиганием (25% раствор ляписа). На время менструаций лечение прерывается. Мазки и культуры исследуются 1—2 раза в неделю. Лечение продолжается 6—8 недель. А. Д.

Заседания медицинских обществ

Хирургическое общество.

Заседание 26 января 1941 г.

Доклады: д-р Б. А. Тимофеев (зав. станцией скор. пом. г. Казани). Об организации скорой помощи по г. Казани. В 1939 г. станций сделано 28177 выездов, а в 1940 г. — 21781. Необходимо, чтобы лечебные учреждения предоставили определенный минимум коек для помещения больных через скорую помощь. Распорядителем этих коек должна быть диспетчерская служба станции скорой помощи. Докладчик считает целесообразным создание при станции скорой помощи стационара на 10—15 коек для нуждающихся в кратковременном врачебном наблюдении.

Проф. В. А. Гусынин (содоклад). Хорошая постановка работы скорой помощи имеет решающее значение для лечения и снижения смертности при многих заболеваниях и повреждениях. Транспортные средства и работа врачей должны использоваться с максимальной эффективностью. Сейчас вызовы выполняются бесконтрольно; весьма целесообразно использовать хронометраж и другие методы учета. Необходимо упорядочить статистическую работу. На основе изучения заболеваемости и травматизма по материалам с. с. п. можно проводить профилактические мероприятия. Необходимо более тесный контакт скорой помощи с органами Р. К. милиции. Необходимо ознако-

мить постовых милиционеров, вагоновожатых и кондукторов трамвая с методами оказания первой помощи в несчастных случаях.

Прения. Проф. И. В. Домрачев указывает на необходимость повысить квалификацию врачей ст. скорой помощи и наладить систематическую консультацию опытных специалистов.

Д-р А. Н. Новиков (зав. горздравом). Работа станции лимитируется недостатком транспортных средств. В этом вопросе в ближайшее время наступит улучшение, т. к. ремонтная база расширяется, устроены гаражи. Госпитализация больных через ст. скорой помощи затруднена из-за неудовлетворительной работы клиник и лечебных учреждений в части рационального использования фонда. Врачи скорой помощи должны иметь точные сведения о свободных койках и только с ведома ее могут быть заняты эти места.

Доц. С. П. Вилесов. Нужно теснее увязать производственные планы станции и тех клиник, которые ближе всего соприкасаются с ней (клиника травматологии, неотложной хирургии). Необходимо, чтобы клиники помогали станции в проведении научно-исследовательской работы и повышении квалификации врачей.

Проф. Л. И. Шулуто. В недалеком прошлом был составлен и представлен в руководящие органы план организации неотложной помощи травматическим больным по г. Казани, причем там имелись предложения и о методах повышения квалификации врачей станции скорой помощи. Но этот план остался невыполненным. Санитарные автомашины плохо приспособлены для перевозки тяжелых больных; необходимо установить на них амортизаторы, а в лечебных учреждениях иметь обменные шины и носилки.

Проф. Б. Г. Герцберг. Для максимального использования коечного фонда необходимо выделить в крупных больницах палаты, которые могут заполняться при необходимости терапевтическими, хирургическими больными или больными с другими заболеваниями (буферные койки).

Проф. Н. В. Соколов (заклучит. слово председателя). Помимо выяснения причин неудовлетворительной работы ст. скорой помощи главной задачей заседания должно быть вынесение определенных конкретных предложений, направленных к коренному улучшению обслуживания неотложной медпомощью трудящихся города. Организация диспетчерской службы есть единственно правильная форма для рационального использования коечного фонда и повышения эффективности работы лечебной сети. Это вполне отвечает тем требованиям, которые были высказаны тов. Маленковым в докладе на 18 партконференции об улучшении организации работы предприятий и учреждений. Для повышения квалификации врачей скорой помощи необходимо практиковать прикомандировывание их на известные сроки к клиникам; врачам, нуждающимся в совместительстве, обеспечить последнее в клинике или больнице. Несомненно требуется усовершенствовать транспортные средства скорой помощи, привести в надлежащий порядок подъездные пути. Руководители клиник и больниц должны оказывать повседневную помощь станции. Предлагает избрать комиссию, которой поручить в декадный срок разработать и представить в Горздрав и в Наркомздрав Татарии план конкретных практических мер. Предложение проф. Н. В. Соколова принято.

Заседание 13/III 1941 г.

1. Д-р К. М. Окунцов (прикомандированный врач ГИДУВ) демонстрировал больную после удаления блуждающей селезенки, оперированную в срочном порядке вследствие перекручивания ножки. Дооперационный диагноз — „перекрученная киста яичника“.

2. Д-р Н. Т. Фомичева (прикомандированный врач ГИДУВ) — сообщила о случае срочной операции по поводу огнестрельного ранения шеи с удалением инородного тела, располагавшегося в области поперечного отростка III шейного позвонка, с исходом в выздоровление.

3. Доц. И. В. Харитонов. К клинике забрюшинных гематом (будет напечатана в „Казанском мед. журнале“).

Председатель засл. деят. науки проф. Соколов
Секретарь доц. Вилесов.

Заседание 21/III 1941 г.

Д-р А. Я. Плещицер. *Электрокардиограмма при операциях на желудке* (2-е сообщение).

Докладчик сообщил о результатах электрокардиографических исследований во время операций на желудке, произведенных под местным обезболиванием по методу ползучего инфильтрата проф. А. В. Вишневского. Все операции (28) были произведены проф. И. В. Домрачевым, что обеспечило единую методику местного обезболивания при резекции желудка, гастроэнтероанастомозах и других операциях.