

не обнаружили у этих детей наблюдавшегося Р. И. Лифшицем увеличения содержания  $\alpha$ -глобулинов; более того, в тех случаях, где до лечения имелось их увеличение, после лечения наступала нормализация.

Мы ни разу не отмечали осложнений после пентоксила, даже при длительном его применении (1—2 месяца). У некоторых детей прием пентоксила натощак вызывал легкую тошноту, в этих случаях мы давали его после еды.

Местное применение метацила (метиурацила) при ожогах, язвах, лучевых повреждениях оказалось весьма эффективным (А. З. Бузина, М. Л. Гершанович, 1964). Поэтому в последнее время мы стали применять при ожогах, ранах в фазе дегидратации, остеомиелитах, кишечных свищах местно 10% метациловую мазь (метацила 10,0, фурациллина 0,2, новокаина 2,0, рыбьего жира 25,0, вазелина до 100,0). Одновременно дети получают пентоксил внутрь. Несмотря на небольшое количество наблюдений, полученные результаты, по нашему мнению, можно считать весьма обнадеживающими. У двух детей мы наблюдали быстрое заживление каловых свищей под влиянием метациловой мази.

Мы разработали следующие показания к применению пиримидиновых производных при хирургических заболеваниях у детей: при гнойной хирургической инфекции с целью воздействия на реактивность организма и повышение его иммунологической активности; в послеоперационном периоде для ускорения заживления ран и укрепления послеоперационного рубца; в процессе предоперационной подготовки у детей с нарушенной функцией печени; при гипопротенемических состояниях; местно при ранах, ожогах, язвах, свищах.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бузина А. З. Экспериментальные материалы к проблеме терапии термических и химических ожогов на производстве. Автореф. докт. дисс., Караганда, 1964.
2. Гершанович М. Л. Материалы конф. по вопр. лекарственной терапии в онкологической клинике. Л., 1964.
3. Грех И. Ф., Нацюк М. В., Лазарев Н. В., Филиппов С. А. Материалы конф. по проблеме применения пиримидиновых производных. Ростов-на-Дону, 1961.
4. Далецкий С. Я. Клин. хир., 1964, 3.
5. Лифшиц Р. И. Материалы научн. конф. Челябинского мед. ин-та. Челябинск, 1963.
6. Маслов М. С. Особенности патологии печени. В кн.: Основы учения о ребенке и об особенностях его заболеваний, т. 1, 1926.

УДК 616.833—002—031.63—615.838.7

## ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫХ РАДИКУЛИТОВ ГРЯЗЯМИ «ГОЛУБОГО ОЗЕРА»

*В. М. Сироткин, Г. Г. Гайнуллин и Е. М. Сапарина*

(Казань)

Бальнеологические ресурсы «Голубого озера» уже давно привлекают внимание гидрогеологов, биохимиков, врачей и организаторов курортного дела.

В настоящее время грязи «Голубого озера» используются для лечения в санатории Васильево и некоторых клинических учреждениях Казани. По химическому составу они аналогичны ключевым грязям известных курортов Старая Русса и Сольцы.

В санатории Васильево с 1960 г. получили грязелечение 1840 больных с пояснично-крестцовыми радикулитами (с радикулоалгическими, радикулярными, ишалгическими и невритическими синдромами). В 28% заболевания были вторичными на почве деформирующих процессов в позвоночнике обменного, воспалительного и травматического происхождения.

Кроме общих противопоказаний к назначению грязевых процедур мы расценивали как противопоказание наличие выраженных спонтанных болей с нарушением сна.

При умеренных спонтанных болях без нарушения сна назначали грязь, нагретую до 38—40°С; при отсутствии болевого синдрома и появлении болей только при резких движениях температуру грязи доводили до 46—48°С.

Форму грязевых аппликаций разнообразили в зависимости от «болевого рисунка». При наличии верхней болевой зоны грязь накладывали на поясницу, а также в форме «трусов», при стловых алгических синдромах — в форме «брюк» и «полу-брюк», при периферических болях — «носков» и «чулок».

Грязевая процедура дозировалась также и по продолжительности (от 10 до 20 мин.) с постепенным ее удлинением в течение курса. После принятия процедуры больные отдыхали 20—30 мин.

Грязевые процедуры (всего на курс 10—12) чередовались через день с радоновыми, хвойными ваннами, индуктотермией, ионофорезом (новокаин, йодистый калий, хлористый натрий), индуктофорезом, ультразвуком, подводным душем-массажем, ко-

торые назначались по соответствующим показаниям. Терапевтический комплекс включал также лечебную физкультуру и массаж.

В ближайшие часы после каждой однократной процедуры наложения грязи почти все больные отмечают значительное облегчение, связанное с уменьшением анталгических ограничений подвижности позвоночника и конечностей; однако около 40% больных в период между 2—5-й процедурами жалуются на появление или усиление существующих болей. Это расценивалось как местная бальнеологическая реакция обострения, не являющаяся поводом к прерыванию курса; только в отдельных случаях (около 2% к общему числу получавших грязь) обострение было столь значительным, что движения становились болезненными или даже появлялись спонтанные боли. В подобных случаях грязелечение прекращалось и заменялось адекватным терапевтическим комплексом.

Во вторую половину курса (6—12-я аппликации) обострений не было отмечено.

Болевые явления, анталгические фиксации, отмечавшиеся до начала грязелечения, исчезли после курса грязелечения у 96—98% больных.

Объективные признаки улучшения отмечались в неврологическом статусе у 81% больных: значительно уменьшались симптомы натяжения, перемещались или сглаживались болевые точки, увеличивался объем и сила активных движений позвоночника и конечностей, уменьшалась анизорефлексия и гипестезия; только у 17% больных полностью исчезли болевые явления и симптомы натяжения. Оставались стойкими снижение ахиллова рефлекса, гипотония икроножных мышц, паретические явления, «затянувшийся сколиоз», асимметрия кожной температуры. Почти все повторно пребывающие в санатории больные сообщают о значительном улучшении, наступившем спустя 4—6 месяцев после грязелечения и переходящем в стойкую ремиссию.

По интенсивности общего воздействия на организм грязелечение, по-видимому, является наиболее сильной из всех применявшихся нами бальнеологических и физиотерапевтических процедур.

В чрезвычайно редких случаях общие побочные реакции вынуждали прекратить лечение грязью (обострение скрыто протекавшего туберкулезного процесса в легких или позвоночнике, обострение практически не проявившейся язвы желудка). В холодное время года наблюдались катары верхних дыхательных путей.

Гораздо чаще отмечались побочные явления со стороны сердечно-сосудистой системы: значительные изменения частоты пульса, неприятные или необычные ощущения в сердце или голове, резкие колебания АД во время процедуры.

Чтобы выяснить влияние однократной грязевой аппликации на некоторые показатели гемодинамики и периферического кровообращения в сегментарных зонах, мы провели артериально-осциллографические, кожно-термометрические и капилляроскопические исследования у 57 больных пояснично-крестцовым радикулитом в период грязелечения. Осциллография и термометрия проводились у каждого больного до и после первой аппликации грязи и по окончании курса.

Под влиянием однократной аппликации грязи температура кожи (пораженных дерматомов) в преобладающем большинстве повышалась в пределах 1—9°. В отдельных случаях отмечалось снижение кожной температуры после разовой аппликации при повышенной исходной температуре.

Под влиянием однократного наложения грязи происходило уменьшение сегментарных различий кожных температур у одного и того же больного. Изменения кожной температуры отмечались и после курса грязелечения, т. е. имели стойкий характер.

Осциллографически было установлено закономерное снижение максимального и среднего АД в нижних конечностях в период отдыха после однократной грязевой аппликации. Побочные реакции со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдаются чаще у лиц с наклонностью к гипотонии и реже — при транзиторной гипертонии.

Изменения осцилляторного индекса были неоднозначны, различны по амплитуде и отмечались более чем в половине случаев; они свидетельствовали об изменении сосудистого тонуса, вызванных разовым воздействием грязи.

Капилляроскопические исследования (врач Ц. А. Модель), проведенные у небольшого числа больных, обнаружили, что капиллярный тонус в конце курса грязелечения может претерпеть изменения у больных со спастическим состоянием капилляров; атонические аномалии капиллярного тонуса оставались без изменений.

Определение уровня сиаловых кислот в сыворотке крови, произведенное у части больных, показало наличие сдвигов в пределах 10—30 ед. оптической плотности у всех обследованных больных во время грязелечения. После курса грязелечения у большинства обследованных уровень сиаловых кислот снизился.

Остаточный азот крови, по нашим определениям, в процессе грязелечения не сколько снижается.

Сдвиги содержания сахара в крови натощак после курса грязелечения были неоднозначны, однако более чем у половины обследованных обнаружено некоторое повышение его.

По-видимому, в применяемой нами методике грязевые процедуры вызывают определенные изменения некоторых биохимических показателей обмена, не выходящие за пределы гомеостатических констант.

В процессе грязелечения не отмечалось неблагоприятных изменений в морфологическом составе периферической крови, колебания РОЭ были незначительны и неоднородны.

У всех без исключения больных после курса санаторного лечения возрастала концентрация гемоглобина.

Опыт применения грязей «Голубого озера» для лечения подострых и хронических пояснично-крестцовых радикулитов свидетельствует о высокой их терапевтической ценности. В настоящее время на базе бальнеологических ресурсов «Голубого озера» развернуто строительство большого неврологического санатория.

УДК 616.981.551

## КЛИНИКА СТОЛБНЯКА ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ

(По материалам I инфекционной больницы г. Казани)

*Д. К. Баширова и В. Я. Давыдов*

Кафедра инфекционных болезней (зав. — доц. Н. П. Васильева)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и кафедра инфекционных болезней  
(зав. — доктор мед. наук А. Е. Резник) Казанского ордена Трудового  
Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В условиях мирного времени столбняк является довольно редким заболеванием. Тем не менее он должен находиться в поле зрения врачей многих специальностей, ибо заболевание столбняком чревато трагическим исходом.

Несмотря на применение сывороточной терапии и антибиотиков, столбняк продолжает оставаться заболеванием с высокой летальностью.

С 1955 по 1964 г. включительно в клинике находилось 30 больных столбняком: 5 дошкольников, 11 школьников, 14 взрослых (от 17 до 73 лет). Лиц мужского пола было 14, женского — 16. Жителей города и села было поровну (по 15 чел.). Большинство горожан проживало на окраинах.

В I квартале года заболел один, во II — 9, в III — 14 и в IV — 4 чел. Наибольшая заболеваемость наблюдалась в летние месяцы. С июня по август заболело 19 чел., из них 14 детей.

Из 24 больных, у которых нам удалось установить локализацию входных ворот инфекции, у подавляющего большинства были мелкие бытовые травмы. Ни одному из этих больных сыворотка с профилактической целью против столбняка не вводилась. У 6 больных (20%), несмотря на тщательный опрос и осмотр, входные ворота инфекции остались невыясненными. У 14 больных столбняк развился после мелких травм дистального отдела ноги или руки стеклом, гвоздем, щепкой, проволокой и др. Некоторые из них могли указать лишь на ушиб ноги или потертость кожи обувью. У 3 больных входными воротами инфекции была матка. Развитие столбняка у них наступило после криминального аборта. За последние 3 года случаев столбняка после абортов в Казани не было зарегистрировано.

У одного взрослого больного (инвалида с ампутированными ногами) столбняк возник после отморожения II ст. в области ягодич и закончился выздоровлением. Столбняк после отморожений в мирное время встречается редко. По данным Ф. С. Каргановой-Мюллер, к 1940 г. в русской литературе было описано 14 заболеваний столбняком после отморожений, и все они закончились летально.

Столбняк при пролежнях в крестцовой области мы наблюдали у одной больной, 73 лет.

У 5 детей локализация входных ворот была необычной. Один ребенок заболел столбняком после удаления зуба, у 2 в анамнезе был хронический гнойный отит с обострением за 7—14 дней до первых симптомов столбняка. Уши, как входные ворота для столбняка, описаны многими авторами. При гнойном отите хронического характера дети нередко используют для чистки ушей грязные предметы, с которыми могут быть внесены *cl. tetani*.

В литературе есть указания на возможность развития столбняка после укуса насекомых. В анамнезе у двух детей нам удалось установить укус клещей. Заболевание столбняком у них наступило через 2 недели после укуса. У этих детей какую-либо травму выявить не удалось; возможно, возникновение столбняка у них связано с укусом клеща.

Мы не смогли установить у наших больных влияние локализации входных ворот инфекции на продолжительность инкубационного периода. Чаще всего он колебался в пределах 7—14 дней (у 19 больных). У 3 больных он длился 3 дня, у 2 — более 3 недель. Самой опасной локализацией ворот инфекции при столбняке является матка и пупочная рана, ведущие в 80—100%, по данным литературы, к летальному исходу.

По нашему материалу течение заболевания с летальным исходом наблюдалось у всех 3 больных с локализацией ворот инфекции в матке. У 2 больных столбняком,