

— готовится второй раствор Вейгерта: полуторахлористого железа — 4 мл, соляной кислоты — 1 мл, дистиллированной воды — 95 мл (см. у Г. А. Меркулова, 1961);

— готовится пикрофуксиновая смесь из 25 мл 1% водного раствора пикриновой кислоты, 25 мл 0,1% водного раствора кислого фуксина и 50 мл дистиллированной воды.

Окрашивание срезов:

— срезы хорошо промываются дистиллированной водой;

— перед окраской спиртовым гематоксилином срезы пропитываются 5 минут 96° спиртом;

— готовится свежий рабочий раствор железного гематоксилина из расчета: на 1 мл 0,4% спиртового раствора гематоксилина прибавляются 1—2 капли второго раствора Вейгерта. Смесь должна иметь темно-фиолетовый цвет;

— окраска срезов гематоксилином 5 мин;

— окрашенные срезы хорошо промываются в 2 порциях дистиллированной воды (не водопроводной!);

— докрашивание срезов пикрофуксиновой смесью 5 мин;

— после этого срезы водой и спиртом не промываются! Избыток пикрофуксина удаляется салфеткой, а остаток удаляется отжиманием среза сухой фильтровальной бумагой;

— отжатые срезы обезвоживаются и полностью просветляются в карбол-толуоле (или карбол-ксилоле);

— промывка срезов чистым толуолом (ксилолом), заключение в балзам.

Для этой окраски замороженные, парафиновые и целлоидиновые срезы целесообразно до окраски приклеивать на предметные стекла (см. у Г. А. Меркулова, 1961). Целлоидиновые ненаклеенные срезы следует расправлять в спирте и воде до окраски гематоксилином и после, но не после окраски пикрофуксином; лучше всего для этих срезов использовать тонкие и гибкие шпатели.

Описанная железо-гематоксилиновая и пикрофуксиновая окраска проста и экономна. Она еще и автоматична, так как исключает дифференцировку окрашенных срезов водой и спиртом. Нами исключен этот самый трудный этап вообще довольно капризной окраски по Ван-Гизону (Г. А. Меркулов, 1961) потому, что мы стремились сохранить цвета и оттенки окраски срезов такими, как это получается во время самой окраски, чем достигается определенный гистохимический эффект всей окраски (гематоксилиновая базофилия ядер и цитоплазмы, фуксинофилия коллагеновых волокон, пикринофилия эритроцитов, фибриноидные пикринофильные оттенки окраски соединительной ткани и сосудов и др.).

Мы уверенно рекомендуем свои длительно испытанные, практически хорошие, простые и экономные способы окраски срезов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Меркулов Г. А. Курс патологистологической техники. 1961, 2.

Поступила 16 сентября 1963 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Опыт медицинского обслуживания рабочих-нефтяников.

Под ред. проф. Н. И. Савченко, Омск, 1962, т. 1000 экз., 6,37 п. л., ц. 40 коп.

В рецензируемом сборнике изложены материалы бригады научных работников Омского медицинского института, касающиеся условий труда и их воздействия на организм рабочих Омского нефтеперерабатывающего завода, и рекомендованные оздоровительные мероприятия (за период с 1956 по 1960 гг.).

В сборнике приведен обширный фактический материал, однако отдельные вопросы освещены неравномерно. Меньше всего места отведено первому разделу, озаглавленному «Гигиеническая оценка условий труда» (4,5 стр. из 105 стр. сборника).

К чести авторов этого раздела — З. М. Фадеева, В. П. Соколова, Ю. Н. Эйхлер следует отметить, что они сумели привести весьма полезные данные. Оказалось, что при переработке нефти с содержанием соединений серы до 1,5% (при отсутствии в

ней свободного H_2S — М. Ф.) содержание H_2S в первые годы эксплуатации завода в отдельных помещениях временами превышало предельно-допустимые концентрации (0,01 мг/л), достигая 0,02—0,04 мг/л; обнаружено повышенное содержание CO в атмосферном воздухе и в закрытых помещениях (от 0,05 до 0,15 мг/л); наблюдались повышенные тепловыделения вследствие недостаточной теплоизоляции нагретых поверхностей оборудования.

На основании полученных данных авторами обосновывались санитарные требования к технической рационализации, частично выполненные.

Изучение санитарных условий труда в динамике позволило выявить гигиенический эффект осуществленных технических усовершенствований, улучшение в связи с этим показателей состояния здоровья и наряду с тем снижение оздоровительного эффекта при новой технологии вследствие отдельных недостатков проекта и санитарных нарушений при эксплуатации завода.

М. П. Дергачева, Н. Д. Гнатюк, К. П. Гуськова, И. А. Бирюков отмечают у обследованных рабочих со стороны нервной системы в основном синдром «нефтяной церебрастении» (у 23,5%), а также неврастения (у 4,2%) и радикулиты (у 2%).

Н. Д. Донцова выявила у части рабочих дистрофические изменения мышцы сердца, гипотонию, повышенный тонус периферических средних артерий и некоторые нарушения капиллярного кровообращения.

А. Ф. Савельев указывает, что одно из первых мест в заболеваемости рабочих занимают болезни органов пищеварения (язвенная болезнь, гастриты), а также и функциональные изменения желудочно-кишечного тракта.

В. А. Глотов и П. Е. Кожухов обнаружили у 54% обследованных патологию лор-органов, главным образом риниты и фарингиты, у 26% — нарушение обоняния.

В. И. Козьмин нашел гиперемии слизистых оболочек глаза и слезотечение у 24%, слезотечение — у 9,8%, гиперемии сосков зрительного нерва у 2,7%, нарушения цветоощущения — у 1,8%.

Г. А. Шустров выявил у многих гипергидроз ладоней и стоп, эпидермофитии, ограниченные экземы и дерматиты и прочие кожные заболевания, особенно у мужчин.

А. С. Девизарова, отмечая значительную гинекологическую заболеваемость, не выявила неблагоприятного влияния нефти и продуктов ее переработки на детородную функцию.

Г. И. Алхутова привела данные о некоторых изменениях функции кроветворных органов (лейкопения, лимфоцитоз, тенденция к лейкопении, умеренная тромбопения), чаще наблюдавшихся у женщин. Генез нарушений кроветворения считает неясным.

А. С. Степаненко и М. Г. Болдырева нашли снижение условнорефлекторной секреции слюны и ее амилазной активности, резко выраженные с увеличением стажа работы.

Н. А. Лаврентьева при рентгеноскопии органов грудной клетки не обнаружила специфических изменений, при рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта наблюдала пилороспазмы, расстройство желудочной эвакуации, гастриты.

Почти все авторы связывают обнаруженные ими нарушения здоровья с воздействием нефти и продуктов ее переработки.

П. С. Попов и Л. И. Кубецкая делятся опытом снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

К глубокому сожалению, интерес изложенного обширного фактического материала в значительной мере снижается вследствие серьезных недостатков ряда работ.

Раздел «Состояние органов и систем у обследованных рабочих» представляет собой образец органичной патологии. В каждой из статей отмечается удельный вес в разные годы тех или иных жалоб, симптомов, форм заболеваний. Но все это приводится без всякой взаимосвязи; материалы не трактуются с позиций целостного организма.

Осмотрев почти половину обследованных рабочих повторно, авторы не обобщили данных по отдельным системам и органам, не изложили динамики изменений состояния здоровья у одних и тех же лиц.

Читатель не может самостоятельно составить какое-либо суждение о возможном сочетании патологических симптомов и заболеваний вследствие способа, принятого в сборнике, изложения динамики показателей здоровья: одни авторы сообщают о своих наблюдениях при первом, втором и третьем осмотрах (когда эти осмотры производились? — М. Ф.), другие — при осмотрах в 1958—1960 гг., третьи — в 1957, 1958 и 1960 гг., четвертые — в 1957—1960 гг. и т. д.; приводятся и данные, не приуроченные ни к одному из осмотров (таблицы 3, 10, 14, 15). Где же комплексность исследования и изложения?

В результате не создается представления о характере взаимосвязи между производственной средой данного завода и организмом. Этот разрыв усугубляется положениями, изложенными на стр. 18: «наступает она (нефтяная церебрастения — М. Ф.), однако, в результате воздействия на организм неблагоприятных факторов непсихогенного характера — нефтепродуктов. Под неврастения же принято понимать заболевание психогенного происхождения». Но ведь внешние факторы по-разному воздействуют при том или ином психо-физиологическом состоянии организма, и, обратно, возникновение «заболеваний психогенного происхождения» находится в тесной связи с воздействием внешних факторов.

Вопросу о «нефтяной церебрастении» посвящена специальная статья Н. И. Савченко (стр. 84—93).

Термин «нефтяная церебрастения» встретил резкие возражения на I съезде гигиенистов и санитарных врачей в г. Омске (1961 г.). Остается повторить: церебрастения встречается у нефтяников, но нет оснований выделять ее в специальную форму «нефтяной церебрастении»; ведь название болезней по профессиям, у которых болезни были выявлены («ноги пекарей», «писчий спазм», «катаракта стеклодувов» и т. д.), давно отвергнуто в профпатологии.

Недоумение вызывают некоторые формулировки и положения авторов. На стр. 24 в п. 3 Бирюков из работы М. П. Дергачевой, Н. Д. Гнатука, К. П. Гуськовой и И. А. Бирюкова указано: «с увеличением стажа растет патология нервной системы». Но, по данным таблицы 6, это верно в отношении неврастении (при первом осмотре — у 4%, при втором — у 7,3%, при третьем — у 9,4%), но неверно в отношении нефтяной церебрастении (при первом осмотре — у 25,7%, при втором — у 19,6%, при третьем — у 17,9%).

А. С. Девизарова отмечает, что с увеличением стажа работы у работниц возрастает частота воспалительных заболеваний (стр. 47). Но приняты ли при этом в расчет возраст, роды, аборт?

В. И. Козьмин (стр. 40) отмечает малое число близоруких и пресбиопов, что, по мнению автора, «указывает на молодой, самый трудоспособный возраст работников». Таким ли путем определяется возраст людей?

Подобные примеры непродуманных формулировок не единичны. Для выявления воздействия воздушной среды на рабочих И. А. Бирюковым изучались сдвиги некоторых физиологических показателей в процессе работы (стр. 71—80).

Не будем касаться некоторых остающихся неясными методических вопросов: можно ли было объединять в одну группу рабочих двух цехов, разных профессий (операторы, машинисты, слесари), через сколько времени после окончания вахты попадали рабочие на обследование в амбулаторию и т. д. Но если в этом отношении работа и была поставлена правильно, то все же можно усомниться в обоснованности выводов: ведь из данных таблиц 18—22 следует, что обследование 25 человек было однократным. Это тем более недопустимо в отношении рабочих, занятых в производстве, которое характеризуется резкой изменчивостью производственной среды.

Характерно, что сдвиги, отмечаемые автором, статистически недостоверны при 25 наблюдениях: выводы делаются на основании того, что некоторые показатели после работы отличаются от таковых до работы лишь у 1—2 человек.

Резюмируя, следует указать, что представления о хронических интоксикациях нефтепродуктами и их распространенности не создается. Между тем, рецензируемый сборник вышел в свет после опубликования ряда работ Уфимского института гигиены и профзаболеваний, в которых изложена разносторонняя дифференцированная клиническая картина профессиональных интоксикаций продуктами сернистых и малосернистых нефтей.

Не удовлетворяет и соотношение объема разделов сборника, на что указывалось выше.

На 80-й и 83-й стр. изложены предложения по оздоровлению условий труда. Как можно после нескольких лет работы завода, в течение которых были внедрены технические усовершенствования и резко повысилась санитарная культура, рекомендовать: «пустить в эксплуатацию теплые санузлы», «закончить строительство фекально-хозяйственной канализации», «подвести ко всем установкам питьевой водопровод» и т. п. (стр. 81). Это же только дезориентирует в оценке санитарного состояния завода к 1960 г.

Нельзя согласиться с рекомендацией: «Систематически проводить контроль за соблюдением техники безопасности на **особо опасных** (подчеркнуто мною — М. Ф.) участках работы», — такой контроль обязателен повсюду.

Не следовало бы рекомендовать не проверенные на практике процедуры, как, например, аэроингаляции, притом в массовом масштабе — «для рабочих, подвергающихся воздействию вредно действующих факторов» (стр. 81).

Вряд ли практически осуществимы рекомендуемый учет выделяемой условнорефлекторно слюны и определение ее амилазной активности при профилактических осмотрах (стр. 82).

Имеются упреки в адрес издательства. Ряд литературных источников, фигурирующих в статьях, отсутствует в литературном указателе — это лишает читателей возможности уточнить некоторые положения. Так, на стр. 12 перечисляется ряд авторов, отмечавших, что у нефтяников «чаще, чем у других производственников, встречается патология со стороны нервной системы». Но указанные авторы не изучали патологии нервной системы в сравнительном аспекте, а фигурирующая в числе авторов О. Я. Могилевская и вовсе не занималась вопросами гигиены труда и заболеваемости нефтяников.

Крупным шрифтом набран заголовок «Опыт диспансерного обслуживания рабочих Омского нефтеперерабатывающего завода», автор не указан. Что это: предисловие, редакционная статья?

Здесь на стр. 6 читаем: «членами бригады произведено около 25 000 человекоосмотров и различных исследований». О чем свидетельствует эта цифра? Из этой же

стр. узнаем, что повторно обследовано 49,7% осмотренных, а сумма повторно осмотренных (два раза — 26,6%, три раза — 13%, 4 и более раз — 7%) составляет 46,6%.

Приводятся данные о стаже и профессиях, но к какому периоду обследования относятся эти данные?

На стр. 72 фигурируют названия цехов 2-й и 16-й. Эти цифры ни о чем не говорят гигиенисту.

Не следовало помещать рисунки: «Пешеходная дорожка между установками завода», «Фонтан, сделанный рабочими АВТ-1», «Парниковое хозяйство завода», «Сбор урожая помидоров в заводских теплицах». Ведь за счет этих 4 страниц рисунков можно было бы вдвое увеличить столь малый объем гигиенического раздела.

Итак, проведена большая, весьма трудоемкая работа, но она была бы гораздо более эффективна при своевременном устранении отмеченных недостатков.

Канд. мед. наук М. И. Фонгауз
(Москва)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНЫХ АРТРИТОВ И ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ

*По материалам IX международного конгресса
ортопедов-травматологов,
Вена, 1—7 сентября 1963 г.*

В работе конгресса участвовали представители более 60 государств. От СССР участие принимали М. В. Волков, М. Л. Дмитриев, И. Г. Исаакян, С. И. Ундриц и Л. И. Шулутко.

Президентом конгресса был Ф. Вильсон (США), заместителем — Эрлахер (Вена), генеральным секретарем — Хиари (Вена).

Обширная программа Конгресса потребовала одновременно с пленарными проведения секционных заседаний. Кроме того, в те же часы в одном из залов проводились демонстрации большого количества научных фильмов по самым различным вопросам нашей специальности.

Вопрос о хирургическом лечении ревматоидного артрита впервые ставится для обсуждения на международных конгрессах.

Учитывая, что это заболевание весьма трудно поддается терапевтическому воздействию, многие специалисты стали чаще обращаться к хирургическому лечению, которое в определенной степени в соответствующих случаях может значительно облегчить состояние больного. Известно, что хирургическое вмешательство при ревматоидном артрите не может привести к полному выздоровлению. Но оно дает возможность уменьшить или ликвидировать наиболее тяжелые клинические проявления этого заболевания, а еще в большей мере — предупредить прогрессирование деформации и потерю функции. Следует считать весьма целесообразным содружественную работу в этой области ортопедов с ревматологами. Такое содружество позволит ревматологу усвоить методы профилактики контрактур. В свою очередь, ортопеды будут иметь возможность глубже проникнуть в природу ревматоидного артрита.

В последние годы, — заключил свое выступление куратор проблемы Мерль-Обинье (Париж), — достигнуты значительные успехи в этом содружестве. Установлено, что эволюционный — прогрессирующий ревматоидный артрит не противопоказан для хирургического вмешательства. По мнению видных артрологов, не обязательно дожидаться снижения РОЭ для оперативного вмешательства. В каждом конкретном случае этот вопрос должен решаться индивидуально.

Крупный французский ревматолог Кост (Париж) одобряет хирургическое вмешательство при этом заболевании. Оно, по его мнению, должно быть направлено на ликвидацию болевых ощущений и профилактику прогрессирования процесса. Долгое время, напоминая докладчик, существовало положение, выдвинутое Дювернеем, о том, что больные полиартритами обладают высокой реактивностью, поэтому всякое хирур-