

Вся работа по предупреждению заболеваемости дифтерией строится на основании единого комплексного плана санэпидстанции и детской больницы. Изучение состояния иммунитета среди детей в разрезе врачебных участков г. Чистополя (по прививочной документации) на 1/1 1966 г. показало следующее: охвачено детей, подлежащих прививкам, 99%; в состоянии иммунитета — 89,9%; непривитых детей по медицинским показаниям — 1%. По Чистопольскому району процент охвата детей прививками равен 99,65, в состоянии иммунитета — 88,4%, непривитых детей (включая медотводы) — 0,35%.

С 1959 г. 2 раза в год проводится переучет подлежащих прививке детских контингентов. О вновь прибывающих еженедельно запрашиваются данные в паспортном столе города и из роддомов. Прививочная документация по городу представлена карточкой.

Ежемесячно в детской консультации заслушиваются отчеты педиатров о состоянии прививочного дела на участке. На базе центральной районной больницы, детского объединения, санэпидстанции проводятся занятия по повышению квалификации среднего медперсонала.

Безусловно, ликвидацию дифтерии как массового заболевания можно объяснить повышением уровня иммунитета у детского населения, что подтверждается нами путем постановки реакции Шика у детей различных возрастных групп.

В 1964 г. в городе и районе нами поставлено 4014 реакций Шика, из них положительных оказалось 1,6%.

Из 60 детей, положительно реагирующих на токсины Шика, у 38 в анамнезе имелись перенесенные инфекционные заболевания, снижающие напряженность иммунитета.

В 1965 г. в населенных пунктах района поставлено 4095 реакций Шика, причем выявлено положительно реагирующих детей 4,9%. Это произошло вследствие нарушений правил прививок в 3 населенных пунктах, где прививки пришлось проводить заново всем детям до 12 лет.

Как показал опыт, для ликвидации дифтерии необходимы: полный охват детского населения прививками с учетом миграции (через детские консультации и на ФАП) с предварительным и последующим наблюдением за детьми; раннее выявление и госпитализация подозрительных на дифтерию детей; борьба с бактерионосительством.

Большую роль в ликвидации дифтерии играет методическая помощь педиатрической и санэпидслужб.

Учитывая важное значение реакции Шика как метода контроля за состоянием напряженности иммунитета, необходимо систематически проводить ее среди детского населения.

УДК 616.831.9—092

М. А. Калашникова и А. А. Сорокин (Волжск, Мар. АССР). Лечение гнойных менингитов большими дозами пенициллина

В 1961—1963 гг. мы лечили комплексным методом (антибиотиками, сульфаниламидами в обычных дозах) 5 детей с гнойным менингитом. Эффект был хороший, особенно при легкой форме, но длительно держался субфебрилитет и не санировалась спинномозговая жидкость. Продолжительность пребывания на койке колебалась от одного до двух месяцев.

В 1964 г. лечение 5 больных с гнойным менингитом проводили по предложению неврологической детской клиники ЦИУ — большими дозами пенициллина (по 200—300 тыс. ед. на 1 кг веса ребенка в сутки). Суточную дозу мы вводили равными частями внутримышечно через 3 часа. Курс лечения длился 7 дней, затем мы исследовали спинномозговую жидкость. При цитозе менее 30 клеток и содержании белка 0,33% отменяли пенициллин, при большем цитозе и белке давали его в таких же дозах еще 7 дней. Затем снова исследовали спинномозговую жидкость. Если она оказывалась санированной, то лечение заканчивалось. При недостаточном санировании спинномозговой жидкости через две недели лечения пенициллин заменяли антибиотиками тетрациклинового ряда.

Лихорадка исчезала на 3—4-й день, улучшалось состояние, появлялся аппетит, быстро сглаживались и исчезали менингеальные симптомы. Пребывание на койке сокращалось в легких случаях до 2, в тяжелых — до 4 недель.

Нами было применено такое лечение у больного с тромбозом кавернозного синуса, осложненного гнойным менингитом, и у больного с сепсисом. Оба больных выздоровели.

УДК 616.8—616.988.21—614.47

А. Д. Дробинский, М. Ф. Росташев, В. Я. Батейко и В. М. Костецкая (Запорожье). Поражение нервной системы после антирабических прививок

При антирабических прививках наблюдались церебральные параличи и менингоэнцефалиты, менингоэнцефаломиелиты, радикуломиелиты, ганглиорадикулоневриты, полиневриты, невриты.

С 1947 г. для лечения осложнений стали применять антирабический γ -глобулин в возможно более ранние сроки с предварительной десенсибилизацией. Однако при аллергических поствакцинальных энцефаломиелитах он может усугубить течение процесса, в связи с чем применение его для лечения поствакцинальных осложнений не все считают целесообразным.

Из 15 наших больных у 8 первые признаки заболевания возникли после 6—12-й прививки, у 2 — после 19—22-й и у 5 — после 32—42-й. Первыми жалобами чаще всего были головная боль, общая слабость, головокружение, потемнение в глазах, потливость, сонливость, боли в пояснице и тянущие боли в ногах, чувство онемения в стопах, задержка мочеиспускания. Энцефалит был установлен у 3, энцефаломиелит — у 5 (у одного по типу паралича Ландри), энцефаломиелополирадикулоневрит — у 6, миелит — у одного. Течение осложнений было различным. У одних клиническое выздоровление наступало после прекращения прививок и непродолжительного лечения. У других осложнения протекали тяжело и длительно, а в 2 случаях закончились смертью.

УДК 616.24—002.5

С. Е. Марголин (Бугульма). Результаты комплексного лечения больных активными формами легочного туберкулеза

Под нашим наблюдением в течение 1960—1963 гг. детей старше 3 лет было 22%, подростков — 4,3%, взрослых — 73,7%. Лица мужского пола составляли 58%. С бронхоаденитами было 16,4%, с первичным комплексом — 4,3%, с очаговым туберкулезом — 46%, с инфильтративным — 13,4%, диссеминированным — 5,6%, хроническим фиброзно-кавернозным — 0,5%, с экссудативным плевритом — 9,4% и с другими формами — 4,4%.

25% больных были взяты на учет в фазе уплотнения и рассасывания, 60% — в фазе инфильтрации и 15% — в фазе распада.

С запущенными формами туберкулеза легких (фиброзно-кавернозная и диссеминированная с распадом) было 3,5%. Всех больных, взятых на учет с деструктивными формами туберкулеза легких (включая запущенные), было 15,6%.

64% больных с бронхоаденитом, 60% с инфильтративным туберкулезом в фазе инфильтрации и 45,7% с экссудативным плевритом лечились в стационаре. Из числа бациллярных больных только один не был госпитализирован. Средняя длительность пребывания больного в стационаре — 5 мес. 3 дня, а амбулаторного лечения — 8 месяцев.

Больные получали стрептомицин, ПАСК, фтивазид, тубазид, ИНХА. На первом этапе лечения мы применяли одновременно стрептомицин, фтивазид и ПАСК. После 3—4 месяцев лечения оставляли два препарата. Антибактериальная терапия проводилась на фоне широкого применения витаминов.

Больным с деструктивными формами туберкулеза легких в 20,7% был наложен искусственный пневмоторакс, в 7% — пневмоперитонеум, в 5% произведена частичная резекция.

БК в мокроте перед лечением были найдены у 78% больных. После проведенного энергичного лечения перестали выделять БК с мокротой к концу первого месяца 60% больных, второго — 16%, четвертого, двенадцатого и восемнадцатого месяцев — 6,6%. Стойкими бациллоуничтожителями оказались 17,4% больных.

Перестали определяться каверны и участки распада у 85,8% больных: к концу первого месяца — у 24%, к концу второго — у 22,4%, к концу третьего — у 12%, между 4—12 месяцами — у 13,4%. У 14% больных заживление каверны наступило в сроки от года до трех лет.

За анализируемый период снято с учета по выздоровлению или переведено в группу диспансерного учета 44%, умерло 1,5% больных.

УДК 616.332—002

Н. Г. Габбасова (Уфа). Цитологический метод в диагностике и оценке результатов консервативного лечения хронических тонзиллитов

Мы изучали препараты-отпечатки, взятые с поверхности небных миндалин по методике М. П. Покровской и М. С. Макарова у 305 больных с неосложненной формой хронического тонзиллита до лечения и после курса консервативного лечения.

У больных хроническим тонзиллитом средние данные результатов цитологического анализа представляют следующую картину: лимфоцитов — 20%, сегментоядерных лейкоцитов — 61%, эпителиальных клеток — 18,2%, плазматических клеток — 0,3%, лимфобластов — 0,5%. Большинство сегментоядерных лейкоцитов имело дегенеративные изменения в ядрах, и только 3% лейкоцитов фагоцитировали микроорганизмы.

102 больных лечились по методике Л. А. Луковского и А. А. Анцыферовой; 101 — мерифитом; 102 — по методике нашей клиники. Последняя предусматривает промывание лакун миндалин раствором тетрациклина с последующим введением его в 2% растворе новокаина в ткань миндалин (1-я неделя); смазывание лакун 5% йодной настойкой, а всей поверхности миндалин — 1% йод-глицерином (2-я неделя); прием