

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 Ландрю), 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 бацилловыделителями 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 новоканна в ткань миндалин (1-я неделя); смазывание лакун 5% йодной настойкой, а всей поверхности миндалин — 1% йод-глицерином (2-я неделя); прием