

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

внутри витаминов В₁, В₂, С, димедрола, 10% раствора СаСl₂ и аутогемотерапию (3—4 раза).

Наибольшая нормализация цитогрaмм (86%) получена при лечении по методу нашей клиники. Второе место по эффективности занимает метод Л. А. Луковского и А. А. Анцыферовой (72%), и третье — лечение мерифитом (62%).

УДК 616.002.36—616.716.1

В. П. Пичугина и Л. А. Поспелова (Казань). Лечение околочелюстных флегмон в поликлинике

В течение 1963 г. через хирургический кабинет стоматологической поликлиники прошло 10 890 больных, из них 466 были с острыми воспалительными процессами одонтогенного происхождения, 65 (28 мужчин и 37 женщин) — с флегмонами мягких тканей челюстно-лицевой области.

Флегмоны дна полости рта и подбородочной области были у 20, подчелюстного треугольника — у 20, крыло-челюстного пространства — у 5, подглазничной области — у 4, щечной области — у 2, ангулярные — у 7, аденофлегмоны — у 2 больных.

В возрасте до 16 лет было 25 (35%); до 30 лет — 23; до 40 лет — 8 и старше — 9 больных.

Возникновение флегмон было связано с разрушением зубов нижней челюсти: 6-го зуба у 20 больных и 8-го — у 18. У 11 флегмоны возникли после удаления зубов по поводу острых воспалительных процессов.

Из 65 больных 25 с наиболее тяжелым общим состоянием были направлены в стационар. Амбулаторно оперированы: флегмоны дна полости рта и подбородочной области — у 12, подчелюстного треугольника — у 15, крыло-челюстного пространства — у 5, подглазничной области — у 2, щечной — у 2, ангулярной — у 2, аденофлегмоны — у 2 больных.

У 18 больных вскрыты флегмоны с одновременным удалением больного зуба. У 9 из 40 больных зубы не были удалены (у 5 в связи с тризмом и отеком, а у 4 — в расчете сохранить зуб путем консервативного лечения).

Продолжительность амбулаторного лечения флегмон — 8—10 дней.

УДК 614.777

Ю. М. Очкань (Ульяновск). Влияние улучшения санитарного состояния водосточников на инфекционную заболеваемость в прилежащих населенных пунктах

На р. Свияге более 80 сельских населенных пунктов индивидуально используют воду открытых водоемов для питья.

Учет, проведенный в одном рабочем поселке, показал, что под влиянием комплекса противозидемических мероприятий заболеваемость острой дизентерией снизилась со 105,2 (1956) до 71,6 (1962), оставаясь, однако, выше среднего показателя по области.

Вода р. Свияги характеризуется низким содержанием фтора (0,14—0,2 мг/л). Поскольку при профилактическом осмотре населения в районе, снабжаемом этой водой, выявлен большой процент поражения зубов кариесом, мы считаем, что водопроводную воду в г. Ульяновске необходимо фторировать до оптимальных доз (1,0—1,4 мг/л).

В целях профилактики лептоспироза следует запретить купание людей в малых непроточных водоемах, используемых для водопоя и купания сельскохозяйственных животных — возможных носителей лептоспир.

УДК 614.777

И. В. Кузнецов (Новокуйбышевск). Санитарное состояние вновь строящегося города

Новокуйбышевск вначале строился как рабочий поселок на 14—15 тыс. жителей. В 1948 г. образовалось два жилых района в виде крупных рабочих поселков, расположенных один от другого на расстоянии 3—5 км. Первый жилой район застраивался двухэтажными домами типа общежитий на 30—35 комнат или бараками на 12—15 комнат. Водоснабжение осуществлялось через уличные колонки.

В основном жилом районе создавался весь комплекс санитарно-коммунальных благоустройств (центральное отопление, подводка холодной и горячей воды в квартиры, канализация и газ).

Строительство новых промышленных предприятий сопровождалось увеличением численности населения, что приводило к переуплотнению квартир и возведению на летний период «палаточных городков» для прибывающих рабочих и их семей.

Вся работа по медицинскому и противозидемическому обслуживанию населения проводилась вначале медицинскими учреждениями одного из районов Куйбышева и была крайне недостаточной. Инфекционная заболеваемость была очень высокой. В 1953 г. рабочий поселок Новокуйбышевск был преобразован в город областного подчинения и в нем была организована СЭС. В состав города вошли вновь построенные два постоянных, три временных поселка и три поселка сельского типа, оказавшиеся в черте города (пос. Васильки, Русло и Биофабрики).