

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 противоэпидемических 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 противоэпидемическому 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).

В неканализованных поселках выгребов и мусороприемники часто переполнялись. Таким образом возрастало загрязнение внешней среды и создавались условия усиленного выплода мух. Эти два обстоятельства и оказались конкретными причинами возникшей сразу очень высокой заболеваемости кишечными инфекциями, прежде всего дизентерией. Снижение этих показателей шло в соответствии с организацией очистки. Большая поражаемость населения дизентерией наблюдалась во временных поселках, не имевших санитарно-коммунальных сооружений (пос. 102-й и 106-й км). Заболеваемость в этих поселках была в 3—5 раз выше, чем в центральной, благоустроенной части города. К 1956 г. к канализационным сетям было подключено 60% домовладений, в которых проживало 80% всего населения города. В связи с этим заболеваемость кишечными инфекциями в 1956 г. по сравнению с 1953 г. снизилась более чем в два раза, но все же продолжала оставаться высокой по сравнению с другими городами страны. На протяжении 1957—1960 гг. были снесены три временных, неблагоустроенных поселка, где проживало около 5000 чел. К 1960 г. оставались не полностью благоустроенными два поселка (население — 4000 чел.), которые сохранились до настоящего времени. Один из них построен вновь. Здесь наружные санитарные узлы подключены к местной канализационной сети. Во втором поселке все временные санитарные узлы капитально перестроены в соответствии с санитарными требованиями. Таким образом, большая часть населения пользуется канализацией.

УДК 616.346.2—002—611—012

Н. И. Пушкарёв (Бижбуляк, Баш. АССР). Аппендицит и мезосигмоидит при полном обратном расположении внутренностей

Всего в известной нам отечественной и зарубежной литературе описано 76 наблюдений аппендицита при обратном расположении внутренностей.

У нашей больной аппендицит слева сочетался с мезосигмоидитом справа, что и представляется поучительным и потому заслуживающим описания.

Г., 50 лет, поступила 25/XI 1963 г. с жалобами на боли в левой подвздошной области и правой половине живота, рвоту и общую слабость. Заболела 24/XI; до этого несколько раз беспокоили кратковременные схваткообразные боли в животе.

Т° — 37,6°. В легких везикулярное дыхание. Правая граница сердца проходит по правой срединно-ключичной линии, левая — на 1 см наружи от левой грудинной линии, верхушечный толчок — в V правом межреберье; тоны сердца приглушены; пульс 80, равномерный, правильный, среднего наполнения и напряжения. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Болезненность в левой и правой подвздошных областях. Симптомы Ровзинга и Ситковского положительные слева. Э. — 4 820 000, Л. — 14 700, РОЭ — 13 мм/час. Рентгеноскопией, а затем и рентгенографией грудной и брюшной полостей установлено полное обратное расположение внутренностей.

С диагнозом аппендицит больная взята на операцию.

Печень слева, селезенка справа, желудок и двенадцатиперстная кишка слева; слепая кишка находится в левой подвздошной ямке; червеобразный отросток утолщен, напряжен, окутан фибринозно-гнойными наложениями и спайками; сигмовидная кишка справа, изгиб ее в правом подреберье, основание сужено, на брыжейке рубцы и перетяжки.

Произведены аппендэктомия и мезосигмопликация по И. Э. Гаген-Торну.

При гистологическом исследовании отростка установлен флегмонозный аппендицит. 13/XII больная выписана по выздоровлении.

Таким образом, боли справа у пациентки имели определенную местную причину — мезосигмоидит.

УДК 612.14

И. И. Фрейдлин (Казань). Значение положения тела при измерении АД у беременных женщин

Известно, что на уровень АД влияют многочисленные факторы, в частности положение тела.

Нами было обследовано 120 женщин. Повторные измерения АД производились на одной и той же плечевой артерии аускультативным способом (по Короткову) вначале в положении женщины лежа на спине, а затем через 10—15 минут после того, как она садилась, либо наоборот — вначале сидя, а потом лежа. Разница АД в положении лежа и сидя (ортоткиностагическая разница) в 10 мм считалась нами методически допустимой, а более 10 мм рассматривалась как определенный симптом.

Из 40 здоровых небеременных женщин в возрасте от 17 до 44 лет с уровнем АД не выше 135/90 и не ниже 100/60 ортоткиностагическая разница максимального АД, превышавшая 10 мм, обнаружена лишь у трех (у одной — 15 и у двух — 20 мм), а минимального — у одной (20 мм).

Из 40 беременных женщин в возрасте от 17 до 43 лет, имевших нормальный уровень АД, со сроком беременности свыше 30 недель, ортоткиностагическая разница максимального АД, превышавшая 10 мм, выявлена у 6 (у 2 — 15 и у 4 — 20 мм), а минимального — у 3 (у одной — 15 и у двух — 20 мм).