

В неканализованных поселках выгреба 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 (ортоклиностатическая 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 ортоклиностатическая 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, ортоклиностатическая 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).

Из 40 женщин с различными формами позднего токсикоза и повышенным АД ортоклиностатическая разница максимального АД, превышавшая 10 мм, обнаружена у 12. У одной из них, получавшей магнизиальную терапию, выявлена парадоксальная реакция — давление сидя оказалось выше на 20 мм; у остальных 11 давление сидя было меньше — у 2 на 15, у 8 на 20 и у одной на 30 мм. Минимальное АД было более высоким в положении лежа у 5 женщин (у 3 — на 15 и у 2 — на 20 мм).

Аналогичные измерения проводились после введения пентамина у 20 беременных женщин с различными формами позднего токсикоза, сопровождавшимися повышением АД (см. Казанский мед. ж., 1966, 3).

После внутримышечного введения 2 мл 5% раствора пентамина гипотензивный эффект чаще наступал через 15—60 мин. и продолжался от 2 до 6 часов, а в отдельных случаях и дольше. Снижение АД в положении сидя наступало раньше и длилось более продолжительное время (уже после того, как давление в положении лежа возвращалось или почти возвращалось к исходному уровню). Чем сильнее был выражен гипотензивный эффект и ниже уровень давления, тем меньше становилась ортоклиностатическая разница. При сохранении же высокого уровня давления (главным образом при тяжелых и устойчивых формах токсикоза) эта разница была больше (например, 170/110 мм в положении лежа и 140/90—150/100 мм сидя). Такая дополнительная ортостатическая гипотензия положительно сказывается на общем состоянии этой категории больных и позволяет поддерживать АД в течение продолжительного времени на более низких уровнях.

Таким образом, у женщин с гипертензивными формами позднего токсикоза беременных АД в положении лежа нередко оказывается на 20—30 мм выше, чем в положении сидя. Это необходимо учитывать, так как при поступлении женщины в родильный дом ей измеряется давление в положении сидя, а в предродовой или родовой — лежа, в связи с чем лечащий врач может столкнуться с якобы внезапным повышением давления. Поэтому при поступлении женщины на роды необходимо обязательно измерять давление в положении лежа. Возможность более низкого АД в положении сидя необходимо также учитывать при оценке гипотензивного действия лекарственных препаратов, поэтому в динамике необходимо измерять давление в одном и том же положении тела.

Учитывая, что у женщин с поздними токсикозами беременности имеется склонность к ортостатической гипотензии, особенно под влиянием ганглиоблокирующих препаратов, мы считаем, что следует рекомендовать беременным и роженицам положение в постели с максимально приподнятым головным концом (как средство не только снижения давления в плечевой артерии, но и уменьшения внутричерепного давления и предупреждения отека мозга), что может способствовать профилактике эклампсии.

УДК 615.847—616.89

А. И. Скипетров (Ульяновск). Опыт аэроионотерапии при психических заболеваниях

Вначале мы применяли ионизатор Микулина, затем — более усовершенствованный бета-лучевой ионизатор системы Н. И. Штейнбока с концентрацией отрицательных ионов $3,5 \cdot 10^6$ в см³. Использовали отрицательные ионы умеренной теплоты, так как ионы более высокой температуры плохо переносятся больными. Мы начинали сеансы с 5 мин., постепенно доводя их до 15—20 мин. ежедневно (по 12—15 сеансов на курс лечения); иногда назначали ионотерапию перед сном при его нарушениях.

Аэроионотерапию мы назначали больным с астеническим состоянием, вялостью, утомляемостью, расстройством сна, депрессивным состоянием. На время проведения аэроионотерапии исключались или ограничивались другие методы лечения.

Из 24 больных улучшение отмечено у 15. Эффекта не было при инволюционной депрессии и при депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза.

УДК 616—074—615.361.45

Е. А. Коган, В. Л. Тиховидов и В. Г. Афанасьев (Казань). Сравнительные данные колебаний уровня катехоламинов, полученные методами К. В. Лебедева — С. В. Сенкевича и В. О. Осинской

Определение в биологических жидкостях адреналина и норадреналина, как наиболее активных из катехоламинов, вырабатываемых хромафинными клетками, представляет большой практический и теоретический интерес. Высоко чувствительными и специфическими являются флуорометрические методы исследования, но они, помимо длительной биохимической обработки, требуют наличия дорогостоящей специальной аппаратуры, что затрудняет их широкое и повсеместное использование. В Казани создан и успешно применяется до настоящего времени метод люминесцентного анализа в модификации К. В. Лебедева — С. В. Сенкевича (1959), который позволяет производить суммарное определение катехоламинов в биологических жидкостях, в том числе и в крови.