

В 22 случаях кожно-головные щипцы были наложены почти при полном открытии шейки матки: роды закончились спонтанно в 5 случаях, после применения бинта Вербова в 4 случаях и после оперативного родоразрешения — в 13 случаях. В пяти случаях самостоятельно закончившихся родов едва ли помогли кожно-головные щипцы, ибо трудно представить, что при полном открытии шейки матки щипцы Мюзо, наложенные на кожу головы, могут низвести ее. В одном случае, как это уже было сказано выше, кожно-головные щипцы были наложены при гидроцефалии, что привело к излиянию вещества мозга. Здесь после уменьшения объема головы роды быстро закончились самостоятельно.

В качестве примера, что кожно-головные щипцы не дают эффекта при полном открытии шейки матки, можно привести два случая, когда они были наложены при двойнях ввиду вторичной слабости родовой деятельности. Щипцы были наложены на головку вторых плодов после рождения первых: в одном случае — через 2 часа 20 мин, и роды закончились через 30 мин после применения бинта Вербова; во втором случае — через 3 часа, и роды закончились через 1 час 30 мин путем наложения полостных щипцов.

ВЫВОДЫ:

1. Кожно-головные щипцы являются акушерской операцией, имеющей свои строгие показания и противопоказания. Применение кожно-головных щипцов показано при частичном предлежании плаценты. Кроме того, кожно-головные щипцы можно рассматривать как один из дополнительных методов стимуляции родовой деятельности при первичной и вторичной ее слабости в первом периоде родов.

2. Кожно-головные щипцы можно накладывать при открытии шейки матки не более 3-х п/пальцев. При большем открытии операция не может быть рекомендована ввиду малой эффективности и возможности осложнений со стороны матери и плода.

3. Положительный эффект операции следует ожидать в течение первых трех часов с момента наложения кожно-головных щипцов. Дальнейшее выжидание нецелесообразно, необходимо применение других методов родоразрешения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аловский А. Д. Акуш. и гинек., 1951, 4. — 2. Жмакин К. Н. и Степанов Л. Г. Очерки акушерской патологии и оперативное акушерство. Медгиз, 1953. — 3. Иванов А. А. Акуш. и гинек., 1955, 4. — 4. Новицкий Д. А. Акуш. и гинек., 1951, 4. — 5. Русин Я. И. Акуш. и гинек., 1946, 2.

Поступила 7 января 1958 г.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИДЕРМОФИТИИ СТОП¹

Асс. А. И. Бизяев

Из кафедры кожных и венерических болезней (зав.— проф. Н. Н. Яснитский) Казанского медицинского института и Республиканской клинической больницы (главврач — Ш. В. Бикчурин)

Эпидермофития стоп — это одно из наиболее распространенных кожных заболеваний инфекционно-аллергического характера. Так, при массовых обследованиях населения это заболевание диагностируется от 9,1% до 19% (Ариевич, Матушкин), причем у 30—80% обследован-

¹ Доложено на заседании общества дерматологов и венерологов ТАССР 25/XII 1957 г.

ных обнаруживаются «стертые» формы заболевания, подтверждаемые лабораторными исследованиями (Ариевич, Бокар, Вейдман, Ходаковский и другие).

При обследовании рабочих казанского мехового комбината эпидермофития диагностирована нами у 21% рабочих, причем у 17% обследованных диагноз подтвержден лабораторно (А. И. Бизяев, В. Л. Черныкова, В. И. Фролова). От 4-х до 5% больных клиники Казанского медицинского института — это больные наиболее тяжелыми формами эпидермофитии стоп, лечение которых в условиях поликлиник было безуспешным.

Нередко острое, бурное течение эпидермофитии с явлениями вторичных, часто диссеминированных высыпаний, с осложнениями, или переход процесса в хроническое течение делают больного нетрудоспособным и требующим длительного стационарного лечения.

С 1952 по 1957 гг. на стационарном лечении в клинике находилось 200 больных с эпидермофитией стоп, из которых 156 были жителями города и 44 — сельской местности. Мужчин было 123, а женщин 77.

Наибольшее количество больных (71) имели возраст от 20 до 30 лет. Детей до 10-летнего возраста было 5.

По срокам заболевания больные распределяются следующим образом: до 1 месяца болело 45 человек, до 3 месяцев — 31, до 1 года — 51, от 1 до 5 лет — 41, от 5 до 10 лет — 16, от 10 до 20 лет — 9, более 20 лет — 2, и без указания срока болезни было 5 больных.

У 77 (38,5%) была диагностирована интертригинозная форма эпидермофитии; у 72 (36%) — дизгидротическая; у 42 (21%) — комбинированная (сочетание первых двух форм), и у 9 (4,5%) — сквамозная. Неосложненная форма эпидермофитии диагностирована у 26 больных (13%), у 28 (14%) процесс был осложнен реактивным воспалением кожи и экзематизацией; у 56 (28%) имелись высыпания аллергидов; у 36 (18%) процесс был осложнен импетигенезацией, и у 54 (27%) имелись одновременно другие кожные заболевания (экзема, нейродермит, фотодерматоз и другие).

Миконосительство, частота осложнений в виде высыпания аллергидов, экзематизация, сочетание с другими кожными заболеваниями (экзема, нейродермит) являются фактами, подтверждающими наличие у больных эпидермофитией повышенной реактивности организма, и в частности кожи.

Учитывая это, каждому больному назначался индивидуальный план терапии, включающий и нормализацию реактивных свойств организма. При отсутствии у больных эпидермофитией объективных изменений нервной системы и внутренних органов и при явлениях сенсibilизации применялись методы неспецифической десенсибилизирующей терапии. Так, 71 больному проводились курсы внутривенных вливаний 30% раствора гипосульфита натрия по 10,0 ежедневно, на курс 12—18 вливаний; 11 больным — внутривенные вливания бромистого натрия; 8 — курс внутривенных вливаний 0,5% раствора новокаина; 5 — аутогемотерапия; 2 — инъекции алоэ; 3 — паравerteбральная диатермия; 3 больным — курс внутривенных вливаний раствора хлористого кальция; 1 — инъекции никотиновой кислоты; 4 — инъекции витамина В₁; 9 — инъекции 1% раствора мышьяковистого натрия; 32 больных получали внутрь микстуру Бехтерева; 6 — прием внутрь жидкости АСД фракция № 2; 1 — хлористый кальций; 1 — промедол.

26 больных, имевших эпидермофитию, осложненную пиодермией, иногда с явлениями лимфангоита и лимфаденита, подвергались пенициллинотерапии.

Из методов наружной терапии при островоспалительных явлениях применялись 2% борная, боровская, борно-боровская примочки. При пиодермии отдавалось предпочтение применению видоизмененной примочки профессора А. Г. Ге (карболовой кислоты 0,25%; камфарного спирта 5%; свинцовой воды до 100,0), риваноловой примочки, а также и из раствора марганцовокислого калия.

После ликвидации островоспалительных явлений и эпителизации эрозии назначались укусные ванночки для стоп из расчета 1 столовая ложка 7—9% уксуса на 1 литр воды вначале комнатной температуры с постепенным доведением их до горячих при условии хорошей переносимости. При пиодермии на очагах предпочтение отдавалось ванночкам из раствора марганцовокислого калия 1 : 4000 — 1 : 6000. Каждому больному в межпальцевые складки стоп назначались прокладки с пудрой следующего состава: салициловой кислоты 5%; таннина и борной кислоты по 10%; окиси цинка и талька по 10,0.

После отмены примочек больным на 1 сутки назначалась индифферентная терапия для проверки индивидуальной переносимости назначаемых основ — цинковой пасты, цинкового масла, с последующим введением в их состав фунгистатических средств — препаратов серы, дегтя, салициловой кислоты и нафталана в постепенно возрастающих концентрациях.

С хорошим клиническим эффектом широко применялась жидкость Дорогова (АСД фракция № 3), которая вводилась в состав цинкового масла в концентрации от 5 до 25%.

В качестве заключительного этапа терапии для ликвидации остаточных тканевых изменений применялась рентгенотерапия. Рентгенотерапией удавалось ликвидировать как субъективные, так и объективные тканевые изменения на очагах.

Из 200 больных при среднем пребывании на койке до 1 месяца выписались с клиническим выздоровлением 131 человек (65,5%), со значительным улучшением — 49 больных (24,5%) и с улучшением — 20 человек (10%). Большинство больных, выписанных с улучшением, находились на койке от 8 до 18 дней, они были выписаны досрочно по их настоятельной просьбе после ликвидации у них островоспалительных явлений.

Одновременно с назначением лечения больным рекомендовалась в качестве необходимого мероприятия дезинфекция обуви в целях профилактики повторного заражения. Внутренняя поверхность обуви и стелька тщательно протираются ватным тампоном, обильно смоченным 40% раствором формалина. Обувь закрывается плотно в газетную бумагу, где она остается в течение нескольких дней. Дезинфекция должна производиться повторно.

ВЫВОДЫ:

1. При эпидермофитии стоп — заболевании инфекционно-аллергического характера — необходимо обязательное применение методов общего воздействия на организм, нормализующих повышенную реактивность организма (применение внутривенных вливаний 30% раствора гипосульфита натрия, 10% раствора хлористого кальция, 2-х и 10% растворов бромистого натрия, аутогемотерапии).

2. После ликвидации островоспалительных явлений хороший эффект дает применение на очаги поражения жидкости Дорогова (АСД фракция № 3) при введении ее в состав цинкового масла, цинковых мазей и паст в 5 — 10% концентрациях.

3. Для полной ликвидации остаточных явлений (инфильтрации, зуда) рекомендуется назначать местную рентгенотерапию.

4. Как профилактически, так и с лечебной целью при межпальцевой эпидермофитии стоп хороший эффект оказывает пудра, содержащая таннина и салициловой кислоты по 5% и борной кислоты 10%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андриясян Г. К. Вест. венер. и дерм., 1954, 2. — 2. Грингар Ф. Н. Вест. венер. и дерм. 1953, 5. — 3. Еремян А. В. Вест. венер. и дерм., 1953, 1. — 4. Кожевников П. В. Вест. венер. и дерм., 1957, 3. — 5. Кунин Л. Б. Вест. венер. и дерм., 1957, 4. — 6. Кристалеvская С. А. Вест. венер. и дерм., 1953, 5. — 7. Кашкин П. Н. Дерматомикозы. Медгиз, 1954. — 8. Сапожникова М. Н. Вест. венер. и дерм., 1955, 3. — 9. Сборник «Экспериментальные и клинические исследования», XI. Вопросы дерматомикологии, 1956.

Поступила 20 марта 1958 г.

О БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЗАГРЯЗНЕННОСТИ ВОЗДУХА В ПОМЕЩЕНИЯХ ОПЕРАЦИОННЫХ БЛОКОВ И ЕГО ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ОЧИСТКЕ

Асп. Т. А. Шакиров

Из кафедры общей гигиены (зав. — проф. В. В. Милославский)
Казанского медицинского института

Учитывая актуальность вопроса об оздоровлении воздуха больничных помещений, мы поставили задачу выяснить степень бактериальной загрязненности воздуха операционных блоков с механической вентиляцией и без нее.

Работа проводилась в клинике имени А. В. Вишневского, Республиканской клинической больницы, в 12-й и 8-й городских больницах Казани.

Хирургическая клиника имени А. В. Вишневского построена в 1897—1900 гг., в связи с чем в устройстве ее операционного блока много санитарно-технических недостатков. Здесь нет специального помещения для предоперационной, электропроводка и отопительные приборы расположены открыто и имеют ребристые трубы, которые не отвечают современным санитарно-гигиеническим требованиям и сейчас не применяются даже в жилых зданиях. Организованной системы вентиляции в операционной и других помещениях операционного блока нет. Приточно-вытяжная вентиляционная система с тепловым побуждением, которой было оборудовано здание, не действует. Операционный блок расположен в первом этаже, операционная ориентирована на север.

Операционный блок 12-й городской больницы расположен во втором этаже трехэтажного главного корпуса больницы, построенного по типовому проекту Госздравпроекта в 1949 году. Операционный блок занимает отдельное крыло здания, состоит из операционной, предоперационной и автоклавной. Операционная обращена на север. Электропроводка расположена скрыто, лучистое отопление стенового типа. Операционная комната оборудована механической вытяжной системой вентиляции; приточная в настоящее время не действует.

Главный корпус 8-й больницы построен в 1951 году по типовому проекту хирургического корпуса на 75 коек (№ 1116) Госздравпроекта. Это двухэтажное кирпичное здание находится в лесистой местности. Операционный блок расположен во втором этаже левого крыла здания,