

после аппликаций наблюдалось при применении грязей относительно низких температур и меньшей площади приложения. Наклонность к брадикардии через 30 мин и спустя 1,5 часа после грязевых процедур наблюдалась независимо от температуры грязи и площади аппликаций.

Под влиянием курса лечения у 27 больных наступило учащение ритма в среднем на 10—20 ударов, у 20 — нерезко выраженная брадикардия, и у остальных ритм сердечной деятельности не изменился.

У 3 больных, наряду с урежением ритма, появились желудочковые экстрасистолы.

Непосредственно после процедуры и через 30 мин после ее окончания у 52 больных было отмечено снижение амплитуды зубцов R и T, преимущественно во II и III отведениях, однако через 1,5 часа в большинстве случаев высота их возвращалась к исходным величинам.

Под влиянием курса лечения уменьшалась величина зубцов R (54) и T (у 46), причем в отдельных случаях наступали инверсия и уплощение зубца T, преимущественно в III отведении.

Непосредственно после процедуры снижения систолического давления в пределах 15—30 мм наблюдалось у 50 и снижение диастолического на 5—15 мм у 36 больных. Через 1,5 часа после процедуры у большинства больных уровень артериального давления возвращался к исходным цифрам. По окончании курса лечения кровяное давление было измерено у 65. У 46 оно оказалось сниженным (максимальное — на 5—30 мм и минимальное — на 5—20 мм). Магнетиальное время определялось у 13 больных. Под влиянием однократных процедур у 9 человек наблюдалось ускорение тока крови на 1—7 сек. После лечения скорость кровотока в 5 случаях увеличилась на 1—5 сек.

Проведенные наблюдения дают право заключить, что грязелечение на курорте Варзи-Ятчи допустимо для больных лишь с небольшими нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы, не выходящими за рамки недостаточности кровообращения первой степени и без симптомов коронарной недостаточности. Должна быть проявлена осторожность при назначении процедур больным с кардиосклерозом.

**Доц. А. П. Кияшов (Одесса). О предоперационной обработке рук хирурга 3% раствором сернокислого цинка**

Бактериологическим исследованием, экспериментами на животных и, наконец, клинической практикой удалось установить, что 3% раствор сернокислого цинка является эффективным средством обработки рук хирурга. Менее концентрированные растворы дают худшие результаты, более концентрированные повреждают кожу.

Руки после мытья с мылом обрабатываются стерильными марлевыми салфетками в течение 8 мин струей подогретого 3% раствора сернокислого цинка. В заключение руки вытираются стерильным сухим полотенцем или стерильными сухими салфетками.

В Одесском областном онкологическом диспансере было проведено 1037 операций, перед которыми руки хирурга и ассистентов обрабатывались по вышеуказанному методу. В 97,4% наблюдалось заживление первичным натяжением, в 2,2% — вторичным натяжением. У четырех больных (0,38%) было выраженное нагноение, четверо больных скончалось от причин, связанных с основным заболеванием, или от послеоперационных осложнений.

В факультетской хирургической клинике лечебного факультета Одесского медицинского института в последние годы 3% раствор сернокислого цинка с успехом применяется как заменитель чистого винного

спирта после обработки рук  $1/2\%$  раствором нашатырного спирта. Руки вначале протираются при помощи марлевых салфеток в струе  $1/2\%$  раствора нашатырного спирта 5 минут, затем 3 минуты обрабатываются марлевыми салфетками под струей  $3\%$  раствора сернокислого цинка, наконец, осушаются сухой стерильной марлевой салфеткой.

При обработке рук описанным способом были проведены различные операции 950 больным.

В  $94,6\%$  послеоперационные раны зажили первичным натяжением, в  $5,4\%$  — вторичным натяжением, в том числе у 9 больных ( $0,9\%$ ) наблюдалось выраженное нагноение.

При обработке рук баккалином количество послеоперационных нагноений равно  $1\%$ , при обработке по Спасокукоцкому — Кочергину —  $1\%$ ;  $2\%$  раствором хлористого аммония в  $80^\circ$  спирте —  $0,3\%$ ;  $1/2\%$  раствором нашатырного спирта и  $3\%$  раствором сернокислого цинка —  $0,9\%$ ; раствором КОН по Напалкову —  $0,5\%$ , и  $3\%$  раствором сернокислого цинка —  $0,38\%$ .

Баккалин является дефицитным веществом. Хлористый аммоний и КОН при повторном их применении неблагоприятно влияют на кожу. Поэтому наиболее приемлемыми способами предоперационной подготовки рук следует считать способ Спасокукоцкого — Кочергина и предложенный способ обработки  $3\%$  раствором сернокислого цинка.

**Р. В. Овечкин (Свердловск). К дифференциальнодиагностической оценке некоторых симптомов при заболеваниях пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы**

Проверялась диагностическая ценность: 1) симптома «высокой пятки» (А. Т. Акопджанянц — 1928), 2) безболевого рефлекторно-тонического симптома (А. О. Хачатуров — 1948) и 3) «феномен таза» (В. В. Селецкий — 1949) у 150 больных с поражением пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы.

Были получены следующие данные о частоте симптомов.

Симптом Лазега —  $98,6\%$ ; безболевого рефлекторно-тонического симптома —  $82,6\%$ ; симптома «высокой пятки» —  $71,3\%$ ; «феномен таза» —  $43,3\%$ . Другие симптомы, например, симптом Вассермана — встретился в  $28,6\%$ ; симптом Нери — Куницина в  $25,3\%$  и симптом Дежерина — в  $9,3\%$  обследованных больных.

Ценность безболевого рефлекторно-тонического симптома заключается в том, что он является ранним симптомом заболевания и что его трудно имитировать. Этот симптом является довольно стойким признаком заболевания пояснично-крестцовых корешков и седалищного нерва и исчезает позднее многих других феноменов, связанных с наличием болей.

Симптом «высокой пятки» наблюдается у больных как в острой стадии заболевания, когда имеется болезненность паравертебральных точек и точек по ходу седалищного нерва, так и в случаях, когда наступает стихание болей, но воспалительный процесс еще не закончился, хотя при пальпации больной уже не отмечает болезненности по ходу пораженного седалищного нерва. Он исчезает позднее других болевых феноменов.

Рассмотренные два симптома встречаются как при корешковой, так и стволовой форме поражения, независимо от его характера.

«Феномен таза» обычно наблюдается при корешковых формах поражения со значительно выраженным болевым синдромом. В процессе клинического улучшения он исчезает значительно раньше, чем симптом