

Нами была сделана попытка проанализировать уровень иммунитета по реакции Шика и сопоставить это с частотой бактерионосительства в школе в Поповке и в школе-интернате в Бавлах.

При этом оказалось, что иммунная прослойка детей в школе в Поповке составляла 88,21%, а в школе-интернате Бавлов — 96,15%. Бактерионосителей было обнаружено соответственно 11,03% и 2,19%.

В деревенской школе среди иммунных детей было обнаружено 23 носителя (9,91%), а среди неиммунных — 6 (19,35%), тогда как в благополучной по дифтерии школе в группе иммунных детей выявлено 8 бактерионосителей (2,28%), а среди шикположительных детей носители не были обнаружены. Однако необходимо отметить, что в группе детей в возрасте 12 лет включительно иммунная прослойка в той и другой школе одинакова, и процент носительства каринебактерий дифтерии соответствует в обеих школах таковому в благополучных по дифтерии детских учреждениях (1,5—5%).

Среди детей старше 12 лет в деревенской школе иммунная прослойка была значительно ниже иммунной прослойки поселковой школы-интерната (79,41% и 98,18%), и значительно выше был процент обнаружения бактерионосителей в первой школе по сравнению со второй (17,28% и 2,79%).

Еще более выражена разница в частоте носительства в группе неиммунных детей. Так, в школе Поповки бактерионосителей было 28,57%, а в школе-интернате Бавлов она не была выявлена.

ВЫВОДЫ

1. В обследованных населенных пунктах количество дифтерийных бактерионосителей стоит в прямой связи с заболеваемостью дифтерией.

2. Среди детей старше 12 лет количество бактерионосителей значительно превышало таковое среди детей до 12 лет включительно. Иммунная прослойка в первой группе составляла 79%, во второй — 93%.

3. Значительное число токсигенных штаммов у носителей в изучаемых населенных пунктах говорит об эпидемиологическом неблагополучии в них.

4. Применение кровяно-теллурового агара и среды Бучина для обнаружения дифтерийного бактерионосительства увеличивает процент положительных результатов исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бучин П. И. Лаб. дело. 1963, 2; Новое в микробиологической диагностике дифтерии, Автореф. док. дисс. Куйбышев, 1964. — 2. Девятова Л. Н. Бактерионосительство при дифтерии и опыт его лечения. Автореф. канд. дисс. М., 1952. — 3. Ежова Г. Г. Лаб. дело, 1964, 3. — 4. Наумова Е. К. Там же, 1958, 1.

Поступила 20 января 1965 г.

УДК 615.84—612.824.1—616.12—008.331.1

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИНОСОВОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА НОВОКАИНА ПРИ ЛИКВОРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Е. Г. Дубенко и Р. Б. Тверской

Кафедра нервных болезней (зав.—проф. Г. Д. Лещенко) Харьковского медицинского института и физиотерапевтическое отделение (зав.—канд. мед. наук Р. Б. Тверской) Харьковской Облклинбольницы (главврач — В. А. Пижанкова)

Метод воздействия на слизистую оболочку носа с лечебной целью при внутренних заболеваниях был впервые применен Бонье (1905), который считал, что различные участки рецепторных зон назальной области соответствуют тем или иным внутренним органам. Хотя эффективность этого метода при ряде заболеваний получила признание, в дальнейшем практическое применение его проводилось мало, в основном из-за недостаточной теоретической разработки (А. Р. Киричинский).

В нашей стране внутриносовой электрофорез изучали Н. И. Гращенков, Г. Н. Касиль, Г. С. Ворс, А. Э. Гильчер. Они предлагали применять введение различных лекарственных веществ (новокаина, хлористого кальция, витамина В₁ и др.) через слизистую оболочку носа для лечения бронхальной астмы, язвенной болезни, гипертонической болезни, дисцефальных расстройств, а также головных болей различного происхождения.

В настоящей работе поставлена задача определить влияние внутриносового электрофореза на цефалгический синдром у больных ликворной гипертензией различного происхождения.

Всего обследовано 109 человек. У 69 человек ликворная гипертензия была инфекционного происхождения (после гриппа, ангины, пневмонии и т. п.), у 33 были посткоммоционные явления и у 7 — отогенный, ликворно-гипертензивный синдром. У большинства больных отмечались симптомы, характерные для ликворной гипертензии, торпидные коленные рефлексы и бурные брюшные, диссоциация сухожильных рефлексов (торпидные коленные и живые ахилловы), анизорефлексия сухожильных рефлексов по «шахматному типу», гипостезия или гиперестезия вокруг носа («гипертензионная бабочка» по Г. Д. Лещенко). У всех отмечались ясные гипертензионные изменения на рентгенограмме черепа в виде усиления пальцевых вдавлений, остеопороза и истончения спинки турецкого седла и др. Основной жалобой больных была головная боль, обычно постоянная, усиливающаяся при кашле, чихании. Как правило, головная боль сочеталась с чувством давления на глазные яблоки, болезненностью при движении глазных яблок, ощущением давления на уши.

До применения назального электрофореза больные получали различные виды дегидратационного лечения (внутривенные вливания хлористого натрия, глюкозы, хлористого кальция) без ясного эффекта. Назальный электрофорез с 2% раствором новокаина у этих больных вначале применялся по схеме, предложенной Н. И. Гращенковым и Г. Н. Кассилем. Первые три сеанса: сила тока — 0,3 мА, продолжительность — 10 мин; четвертый — 0,5 мА — 12 мин; с пятого по десятый — 0,5 мА — 20 мин; одиннадцатый и последующие — 0,7 мА и 30 мин.

Наш опыт показал, что применение малых доз силы тока оказывает гораздо лучший эффект, чем больших. Поэтому у ряда больных сила тока в 0,3 мА применялась не только в первые 3 сеанса, но и в последующие. У отдельных больных гальванизация применялась через день, а у некоторых — и через 2 дня на третий. Количество сеансов было не больше 10—15. Большое количество сеансов иногда вызывало обострение головных болей и ухудшение общего состояния. Продолжительность сеансов у этих больных не должна превышать 10 мин, так как более продолжительный электрофорез также вызывает ухудшение состояния.

Положительный эффект от лечения был получен у 81 чел. Уже после первых сеансов значительно уменьшались головные боли, улучшалось общее состояние. У многих больных можно было отметить определенную нормализацию неврологического статуса (становились менее бурными брюшные рефлексы, уменьшалась анизорефлексия).

У 28 больных не было положительного эффекта от лечения, а у некоторых отмечалось даже усиление головных болей. Большинство неудач наблюдалось в начале работы, когда мы применяли большую силу тока, предлагаемую в инструкции. После применения уменьшенных дозировок силы тока и времени электрофореза (максимальная сила тока не более 0,5 мА и максимальное время — 10 мин) мы наблюдали, как правило, только положительный эффект. Большое значение имеет также постоянное наблюдение за силой тока при отпуске процедуры. Колебания силы тока также могут вызывать обострение головной боли.

Обонятельные рецепторы слизистой оболочки носа, а также частично тригеминальные рецепторы общей чувствительности имеют анатомические связи с гипоталамической областью (Л. Я. Пинес, Е. П. Кононова). Влияние на этот важнейший подкорковый вегетативный центр мы считаем одним из механизмов возникновения положительного или отрицательного эффекта данного лечения.

Исходное состояние этой области у больных различно. Вот почему применение назальной гальванизации требует индивидуальной дозировки.

У больных с выраженным повышением внутричерепного давления мы обычно не отмечали положительного эффекта. У этих больных легко допустить угнетение гипоталамической области значительно повышенным ликворным давлением с развитием там фазовых тормозных состояний. Это и обуславливает парадоксальный ответ данной области на импульсацию из назальной сферы, проявляющиеся у больных усилением головных болей, ухудшением общего состояния.

Раздражение назальных рецепторов, несомненно, оказывает влияние на ретикулярную формацию. Именно этим влиянием можно объяснить улучшение настроения, появление бодрости (за счет повышения тонуса коры больших полушарий) у больных после процедуры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Визен Э. М. Головные боли. Медгиз, М., 1951.
2. Гращенков Н. И. и Кассиль Г. Н. Клини. мед. 1955, 9.
3. Кассиль Г. Н. Сов. мед. 1960, 7.
4. Киричинский А. Р. Рефлекторная физиотерапия. Киев, 1959.
5. Лещенко Г. Д. Невропатология и психиатрия, 1941, 5.
6. Лещенко Г. Д. и Глушковский Г. М. Сб. тр. Укр. отоларинг. ин-та и отоларинг. к-ки мед. ин-та. 1946, т. 3.
7. Литвак Л. Б. Врач. дело. 1954, 8.
8. Микиртычан К. Л. Врач. дело. 1957, 5.
9. Платонова Е. П. Головные боли, Медгиз, М., 1960.
10. Шарашов Б. И. Очерки клиники и патоморфологических нарушений сетчатой формации центральной нервной системы. Кишинев, 1959.
11. Penfield W. and Jasper H. H. Epilepsy and functional anatomy of the human brain. Boston, 1954.
12. Possi L. F. and Zanchetti A. Ретикулярная формация ствола мозга. Перевод с англ. М., 1960.