

ское улучшение. У 7 больных не было гематологического улучшения, хотя клинически у них наблюдалась ремиссия. У 3 в процессе лечения миелосаном развился миелобластный криз.

2. В процессе лечения (чаще на 1—2 неделе) отмечалось нарастание анемизации, но количество ретикулоцитов в крови увеличивалось; повышалось содержание лейкоцитов и незрелых форм; наблюдалось ускорение РОЭ с последующим улучшением (по мере наступления ремиссии) гематологических показателей.

3. Количество тромбоцитов в крови в процессе лечения у половины больных снижалось. Применение АКТГ, кортизона, половых гормонов (прогестерона, тестостерона) способствовало повышению числа тромбоцитов в крови и уменьшению геморрагического синдрома.

4. Содержание базофильных элементов у большинства в конце лечения, как и до лечения, оставалось повышенным или еще больше увеличивалось; количество эозинофильных элементов снижалось более отчетливо, но также оставалось на повышенных цифрах.

Ю. М. Шульц (Краснодарский край). Заболеваемость ангиной и опыт профилактики ангины среди железнодорожников

Наблюдения за заболеваемостью ангиной среди железнодорожников Белореченского узла С. К. ж. д. и их семей были начаты в 1949 г. и проводились по 1958 г. включительно. Наш материал охватывает 2194 болевших ангиной.

В течение этого десятилетнего периода подавляющее большинство больных ангиной лечилось в отоларингологическом кабинете. Если были больные ангиной, лечение которых начинали участковые терапевты, то и эти больные в большинстве случаев в течение своего заболевания передавались для дальнейшего лечения отоларингологу.

В течение этих десяти лет на каждые 1000 первичных посещений по поводу ангины было 19,98 обращений. Мужчины составляли 48,7%, женщины — 51,3%.

Лакунарная ангина встречалась у 67,2% больных, катаральная — у 21,3% и фолликулярная — у 11,5%.

В нашей практике отмечалось, что терапевты и педиатры очень редко ставят диагноз — лакунарная ангина и, наоборот, почти всегда находят фолликулярную ангину там, где есть лакунарная. Эти специалисты нередко ставят диагноз катаральной ангины там, где ангины нет вообще, а есть острый фарингит.

Установить, что заболевший ангиной был перед заболеванием в контакте с другим ангинозным больным, удалось у 8,2% больных. При этом у всех отмечалась лакунарная ангина. Большинство связывало свое заболевание с простудой или употреблением холодных напитков.

Динамика заболеваемости ангиной по возрастным группам (в % к числу всех болевших ангиной): до 10 лет — 8,2%, от 11 до 20 лет — 32%, от 21 до 40 лет — 44,5%, от 41 и старше — 15,3%.

Чаще всего ангины наблюдались в осенние месяцы, затем из месяца в месяц количество заболеваний снижалось, достигая самых низких цифр в конце весны. В летние месяцы заболеваемость заметно возрастала и достигала максимума в октябре.

Сезонная динамика заболеваемости ангиной одинакова для местностей с совершенно различными климатическими условиями. Однако увеличение количества заболеваний ангиной в летнее время следует связывать с изменением местной реактивности глотки и полости рта, употреблением холодных напитков и мороженого, а также кратковременным переохлаждением всего организма при неумеренном купании в открытых водоемах. Как указывает А. С. Токман, большое значение имеют изменения и в характере питания населения в различные сезоны года.

Среди работающих средний срок нетрудоспособности был 4,98 дня.

Заболеваемость ангинами наиболее высока среди слесарей паровозного и вагонного депо и локомотивных бригад. Рабочие пути, находящиеся на открытом воздухе, меньше всего болеют ангиной. Б. Б. Койранский объясняет это тем, что работа на открытом воздухе закаляет организм к действию холода.

Надо отметить гораздо более низкую заболеваемость ангинами, по сравнению со слесарями депо и паровозниками, у проводников и работников вокзалов, имеющих постоянный и широкий контакт с пассажирами. Отсюда можно сделать вывод, как из нашего материала, так и из очень обширных материалов Б. Б. Койранского и А. С. Токмана, что основной причиной возникновения ангины является простуда.

Часто болеющие ангинами были взяты на диспансерный учет. Если частые, повторные ангины являлись не чем иным, как обострениями хронического тонзиллита, то в отношении таких рабочих решался вопрос о тонзиллоэктомии. Санировалась полость рта. Заболевавшие ангиной изолировались на дому. Регулярно проводилась санпросветработа в виде лекций на производстве, бесед, выпуска санитарного бюллетеня об ангине.

Вся работа по профилактике ангины велась в контакте с врачом здравпункта депо. Большую помощь оказывала санэпидстанция.

Число заболеваний ангинами в 1958 г. по сравнению с 1949 г. снизилось среди слесарей депо на 100 работающих на 1,2 (в случаях заболеваний), а в днях болез-

ни — на 4,3; среди паровозников — соответственно на 1,1 и на 4,7. Снижение это нельзя назвать значительным, но надо учитывать, что заболеваемость ангиной имеет тенденцию к росту. Это подтверждается и литературными данными (А. С. Токман), и нашими наблюдениями за теми группами железнодорожников, среди которых не проводился весь комплекс профилактических мероприятий.

Т. Д. Шигорев (Челябинск). Опыт лечения подкожного панариция

Подкожный панариций является наиболее распространенным видом панарициев. Для каждого вида панариция характерна определенная микротравма. При развитии подкожного панариция наиболее частым видом травмы является колотая ранка (иглой, стружкой, костью, проволокой и т. д.). При микротравмах в подкожную клетчатку проникают мельчайшие инфицированные инородные тела (наждачная пыль, металлические осколки, занозы и др.). Они становятся очагом воспалительного процесса и поддерживают его.

Мы придерживаемся следующей методики обработки подкожного панариция:

Проводим анестезию по методу Лукашевича 2% раствором новокаина (по 4 мл). Находим наиболее болезненный очаг, где, как правило, располагается инородное тело, делаем продольный разрез непосредственно над этим очагом и экономное иссечение некротических участков подкожной клетчатки. Затем накладываем на рану компресс с гипертоническим раствором поваренной соли. Швы не накладываются.

На следующий день делается горячая содовая ванна (2% раствор) с последующим наложением компресса 10% раствором поваренной соли.

Такой метод применен у 253 больных. Продолжительность лечения — от 4 до 8 дней. Перехода в костный, суставной или сухожильный панариций не наблюдалось.

К. Л. Флат (Барнаул). Опыт рационализации лечения антибиотиками гнойных воспалительных процессов

В советской и зарубежной литературе много внимания уделяется вопросу о возникновении резистентных к антибиотикам штаммов микроорганизмов, чем увеличивается количество осложнений.

Рекомендуется при назначении антибиотиков предварительно исследовать чувствительность к ним микрофлоры больного, для чего предложены методы серийных разведений на бульоне, разведений на агаре и диффузии в агар с помощью бумажных дисков, описанный Дуоде и усовершенствованный В. А. Шориным и О. С. Иларионовой. Последним методом мы и пользовались.

Перед лечением определялась чувствительность микрофлоры гнойного очага больных к антибиотикам, после чего назначались соответствующие препараты.

Для контроля эффективности действия антибиотиков мы до лечения и повторно во время него брали многопробные посевы по методике В. И. Колесова и Г. Г. Ключаревой, заменив предложенный ими марлевый тампон стеклянным поршнем от шприца Люэра.

Нами применена следующая методика: с поверхности гнойного очага на чашку Петри с кровяным агаром стеклянным поршнем берется 12—16 проб. После этого чашка ставится в термостат. Через сутки производится оценка результатов. По числу выросших колоний в каждой пробе можно судить об интенсивности обсеменения раневой поверхности микроорганизмами и эффективности действия антибиотиков.

Производя систематически контроль многопробными посевами, удастся, в зависимости от лечения, выяснить динамику качественного и количественного изменения микрофлоры в гнойном очаге. Мы располагаем данными о 238 больных с различными нагноительными заболеваниями. Из них мужчин 136, женщин 102.

Многие из этих больных поступили из других лечебных учреждений, где они длительно, но безуспешно лечились антибиотиками без учета чувствительности к ним микрофлоры.

Всех наших больных мы подразделяем на две группы: I группу составляют 190 больных с инфицированными ранами туловища и конечностей, II — 48 больных с нагноительными заболеваниями легких и плевры.

У 104 больных I гр. рациональное лечение антибиотиками начато на 9—18 сутки с начала заболевания. К этому времени у них раны были выполнены вялыми грануляциями грязно-серого цвета. Признаков эпителизации не было. Многопробные посевы раневого отделяемого, как правило, давали обильный рост микробных колоний.

Под влиянием рациональной, местной и общей антибиотикотерапии раны быстро очищались, грануляции оживали, становились сочными и активизировалась регенерация эпителия.

После такого лечения уже на 5—9 сутки многопробные посевы показывали заметное очищение ран: вместо сплошного роста микробов на чашках Петри вырастали только отдельные колонии бактерий, а в ряде случаев посевы оказались стерильными.