

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. Шориним 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, удается, 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.

У 74 больных раны зажили на 6—10 сутки после начала рационального лечения, у 25 больных — на 5—7 сутки. Пяти больным на 7—9 сутки, после предварительного бактериологического контроля многопробными посевами, были наложены вторичные швы. У всех раны зажили первичным натяжением.

Рациональное применение антибиотиков значительно сократило сроки лечения.

У 86 больных I гр. с самого начала заболевания проводилась рациональная антибиотикотерапия. Для этой подгруппы характерны быстрое заживление ран и восстановление трудоспособности в самые короткие сроки (5—9 суток).

По одной клинической картине, без учета бактериологического состояния гнойного очага невозможно судить о подготовленности раны для наложения вторичных швов или пластической операции.

Засл. врач ТАССР Г. И. Рахматуллина (Арск). Наблюдения сельского акушера-гинеколога

Раньше в Мензелинском и Челнинском районах ТАССР часто встречались общеравномерно суженные и плоскорахитические тазы, особенно в татарских деревнях. До 1947 г., по данным родильного дома Челнинского района ТАССР, общеравномерно суженные и плоскорахитические тазы составляли около 35—37% из общего числа родивших женщин, а мертворожденности от этих причин было около 1,5—3%.

С тех пор прошло много времени. Коренное улучшение материального положения трудящихся СССР, повышение культурного уровня населения и широко проводимая профилактическая работа по борьбе с рахитом снизили и частоту общеравномерно суженных и плоскорахитических тазов. Акушеры-гинекологи, работающие в женских консультациях и в родильных домах, заметили, что таких тазов у женщин за последние годы стало гораздо меньше и осложнений при родах по этой причине также меньше. Нас теперь не пугают узкие тазы.

Приведем анализ работы родильного отделения Арской больницы ТАССР, обслуживающей в основном татарское население, за 5 лет — с 1955 по 1959 гг.

Годы	Количество родов	Общеравномерно суженные тазы (в %)	Плоскорахитические тазы (в %)	Мертворождаемость (в %)	Кесарево сечение		Перфорация головки плода
					(абсолютные цифры)		
1955	393	2,3	15	0,9	2	2	—
1956	449	1,7	1,2	0,4	1	1	—
1957	465	4,5	4,9	0,2	1	1	—
1958	513	3,7	2,7	0,19	1	—	—
1959	550	2	3	—	—	—	—

Дальнейшее снижение заболеваемости рахитом у детей зависит от обеспечения профилактических мероприятий педиатрами.

За 1960 г. в Арском районе ТАССР было 3 случая преждевременной отслойки плаценты, сидящего на нормальном месте, два случая центрального предлежания плаценты, 5 случаев бокового и краевого предлежания плаценты. До 1952 г. такие формы встречались очень редко. Причинами этих форм патологии являются аборты — особенно внебольничные.

Внебольничные аборты встречаются потому, что мы еще недостаточно проводим санитарно-просветительную работу среди женщин, не читаем лекции на предприятиях, недостаточно проводим беседы с женщинами в родильных домах и женских консультациях.

За последние годы увеличилась связанная с последствиями абортов внематочная беременность. За 1960 г. в Арском районе ТАССР было 12 случаев внематочной беременности, а раньше мы имели за год 1—2 случая. Что касается воспалительных процессов, особенно внутренних половых органов, то их стало тоже больше. Встречаются воспалительные кисты яичников, некоторые из них приходится лечить оперативно. В женской консультации лечится много женщин от воспалительных заболеваний женских половых органов, дисфункций яичников, эрозий шейки матки, вторичного бесплодия и т. д. Среди них 70% имеют в анамнезе аборты, чаще всего внебольничные. Несмотря на некоторое увеличение количества абортов, рождаемость в Арском районе ТАССР растет. Так, в 1955 г. родов зарегистрировано 922, 1956 г. — 1085, 1957 г. — 1230, 1958 г. — 1295, 1959 г. — 1198.

Наличие внебольничных абортов ставит перед акушерами-гинекологами большие задачи: усилить санитарно-просветительную работу среди женского населения и предлагать им самые простые доступные противозачаточные средства. Забота о женщине — матери и работнице в условиях социалистической действительности приобретает первостепенное значение.