

них внимания, так как не было ни боли, ни зуда. Определялись истончение кожи или утолщение ее, огрубление, сухость, ороговелость, трещины, на голове отдельными участками гипертрихоз, выпадение и поседение волос. Вазомоторные нарушения отмечались в виде цианоза конечностей, похолодания их, бледности, мраморности кожи. В 74 сл. были рубцы от ожогов. В некоторых случаях был отек подкожной клетчатки, державшийся длительное время. В 3 сл. наблюдались изменения сухожилий в виде дюпоитреновской контрактуры; были изменения суставов в виде артропатий, безболезненные вывихи суставов и переломы костей, изменения позвоночника в виде кифосколиоза (55 сл.), сколиоза (98 сл.), чаще в грудном отделе.

Клиническое изучение этнологических моментов не дает возможности установить единой причины. В 34 случаях, где начало заболевания протекало с подъемами температуры, головными болями, диплопией, головокружением, можно предполагать инфекционную природу заболевания — тем более, что нами установлена сирингомиелия главным образом у жителей лесистых местностей при отсутствии защиты от насекомых, способных передавать инфекцию.

Из внешних факторов в развитии сирингомиелии придавали большое значение травме в прошлом. Среди наших больных бытовая травма наблюдалась у 43 и военная — у 7, после которых первые симптомы появлялись через 1—3 года.

Связи сирингомиелии с такими заболеваниями, как люэс и туберкулез, мы установить не могли.

Тождество лепры и сирингомиелии в 3 наших случаях нельзя было установить, не было общений с лепрозными, и в сделанных биопсиях не обнаружены бациллы лепры.

Наблюдались случаи заболевания сына и матери, брата и сестры, что, по-видимому, связано с одинаковыми условиями внешней среды. Лечение. Ранняя диагностика и своевременное назначение рентгенотерапии и физиотерапии могут способствовать остановке процесса, а иногда и обратному его развитию. Эзерино- и прозерина-терапия не дали таких результатов, какие получались у других авторов. Операция по Луссепу была произведена в 2 случаях с удовлетворительным результатом.

Т. А. Дмитриева (Курск)

Характеристика травматизма на заводе резино-технических изделий

Производственный травматизм за последние годы, по сравнению с 1953 г., значительно снизился.

Средняя длительность лечения — от 6,3 до 10 дней.

В 1954 г. преобладали ушибы, а с 1955 г. по 1957 г. первое место заняли ранения. Преобладали производственные травмы, связанные с нарушениями правил техники безопасности (в 1957 г. — 74,4%); 10,2% травм возникло вследствие ряда недостатков в организации труда; неисправность оборудования способствовала возникновению травм в 3,6% случаев, на прочие причины приходится 11,8%.

Наиболее часто повреждались пальцы рук и кисти. Ранения рук возникали чаще от попадания их в зазор между валами каландров и вальцов.

Операции, связанные с вальцовкой, каландрованием резиновой смеси, прессовкой и сборкой изделий, выполняемые чаще мужчинами, создают большие возможности травматизма.

56,6% всех травм были у рабочих со стажем до 2 лет, 22,6% — при стаже от 2 до 5 лет и 20,8% — при стаже свыше 5 лет.

Наиболее высок производственный травматизм у рабочих-прессовщиков и вальцовщиков. Вальцовщики получают травмы от режущих инструментов, а также в результате затягивания рук в зазор между валами. У прессовщиков преобладают ожоги о горячие плиты прессов, главным образом на предплечьях, а также ушибы от падений прессовых форм при неосторожном обращении с ними. Рукавицы, которыми пользуются прессовщики, не защищают полностью от травм.

ОБЗОР

ДИЕТОТЕРАПИЯ ОЖИРЕНИЯ

Доц. А. И. Голиков, асп. В. Ф. Богоявленский

Госпитальная терапевтическая клиника (зав. — проф.
А. Г. Тергулов) Казанского медицинского института

В послевоенные годы наблюдается заметный рост числа больных, страдающих ожирением (7, 34). К сожалению, в диагнозах лечебных учреждений обычно фигурируют лишь осложнения ожирения, чем затрудняется точный учет начальных стадий