

С отморожениями III степени было 5 чел. Сроки пребывания в больнице — от 20 до 90 дней. Кроме пенициллина, применялись биомидин, синтомицин. Как правило, применялся комплекс витаминов внутривенно, внутриартериальные вливания 1% раствора новокаина по 10—15 мл вместе с 100 000 ед. пенициллина. Вливания проводили по методике проф. Н. Н. Еланского с манжеткой к периферии от места введения.

При мумифицирующих формах применяли световые каркасы. Влажная гангрена наблюдалась лишь в одном случае и только вначале. Нам удалось перевести ее в сухую. Под некротическими корками гранулировали и частично эпителизовались раны. Некротические корки удалялись по частям. В одном случае после образования четкой демаркационной линии была произведена экзартикуляция ногтевых фаланг пальцев стопы. Операция производилась отступая от края демаркационной линии на 2—3 мм. Заживление происходило частично вторичным натяжением.

Больные выписаны в удовлетворительном состоянии. У некоторых эпителизация ран еще не закончилась. Обычно наблюдались расстройства чувствительности, слушание ногтей, деформация и тугоподвижность в суставах пальцев.

Отморожения IV степени выявлены у 3 больных. Больные после применения повязок в первые дни переводились под световые каркасы. Влажной гангрены не наблюдалось. Четкая демаркационная линия обычно намечалась через 2—3 недели. В качестве предоперационной подготовки применяли горячие ванны с 0,5% раствором нашатырного спирта в течение 5—6 дней. Частично некротические корки при этом удалялись. Операция производилась отступая на 2—3 мм от линии глубокого некроза. Накладывались редкие швы. Заживление происходило частично вторичным натяжением. Все операции касались ампутаций и экзартикуляций пальцев или их фаланг.

Больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Частично оставались гранулирующие раны. Наблюдались деформации суставов, тугоподвижность, стойкое снижение всех видов чувствительности, трофические изменения: цианоз стоп, кистей, их отеки, зябкость. Остеопорозов на сроках до трех месяцев нам наблюдать не удавалось.

В. А. Аминев (Куйбышев-областной). Анальный рефлекс после проктологических операций

Под наблюдением находилось 85 больных после операций на прямой кишке, производимых под местной анестезией 0,25% раствором новокаина (200—300 мл).

Анальный рефлекс исчезает или ослабевает, если при операции Габриэля по поводу простых свищей прямой кишки повреждена большая часть сфинктера. Если затронута небольшая часть сфинктера, то анальный рефлекс не изменяется. После операции Габриэля анальный рефлекс обычно восстанавливается к 7—10 дню.

После операции по поводу сложных свищей прямой кишки, заключающейся в иссечении свища и дополнительной сфинктеротомии, анальный рефлекс более чем в половине случаев делается слабым или совсем исчезает, что можно объяснить травмой сфинктера и его временным бездействием. Анальный рефлекс восстанавливается на 8—35 день после операции. Если операция иссечения свища не сопровождается сфинктеротомией, то анальный рефлекс не изменяется.

У больных острым парапроктитом после вскрытия гнояника анальный рефлекс обычно не изменяется. Но при тяжелых двусторонних формах гнилостного парапроктита анальный рефлекс может быть ослаблен или даже отсутствовать.

После операций, связанных с полным нарушением целостности сфинктера прямой кишки (ампутация с последующим низведением при раке, полное рассечение сфинктера при пластических операциях), анальный рефлекс исчезает.

После операций по поводу геморроя и полипов прямой кишки анальный рефлекс обычно не изменяется, если не было сопутствующего осложнения в виде тромбоза геморроидальных вен.

Различные степени анального рефлекса характеризуют сохранение и восстановление функции сфинктера заднего прохода при некоторых воспалительных процессах и операционных травмах.

Канд. мед. наук П. Е. Дмитриева (Москва). Влияние новокаиновой блокады на процесс метастазирования рака молочной железы

Клинические наблюдения касаются результатов оперативного лечения больных раком молочной железы в сочетании с другими видами дополнительной терапии. Все операции проводились под местным обезболиванием 0,25% раствором новокаина.

Из 271 больного, радикально оперированного по поводу рака молочной железы, 66 получали рентгенотерапию, из них с I ст. болезни — 5, со II ст. — 33, с III ст. — 28.

72 больным на различных сроках после радикальной мастэктомии производили поясничную новокаиновую блокаду, в том числе с I ст. болезни — у 26, со II ст. — у 46.

133 больных не получали никакой терапии после радикальной мастэктомии, из них 55 с I ст. и 78 — со II ст. заболевания.

В группе больных, которым после операции производили поясничную новокаиновую блокаду, результаты стойкого выздоровления выше, чем у больных, леченных только оперативно. Из 26 больных с I ст. заболевания, которым после операции применена поясничная новокаиновая блокада, через 3 года остались все живы, а из 46 оперированных в III ст. остались в живых 42. Из подвергшихся только операции 56 больных в I ст. через 3 года остались живы 50, а из 78 больных II ст. через 3 года остались живы 4.

Частота метастазов рака у больных II ст. заболевания, которым производили после операции новокаиновую блокаду, значительно ниже, чем у больных, подвергшихся послеоперационной рентгенотерапии, а также леченных только оперативно.

3. С. Гершов (Уфа). Гриппозные заболевания на Уфимском хлопчатобумажном комбинате.

На Уфимском хлопчатобумажном комбинате (УХБК) условия труда значительно лучше, чем на многих других предприятиях Уфы, однако заболеваемость эндемическим гриппом и общая заболеваемость (по данным 1952—56 гг.) значительно выше. Это можно объяснить тем, что на УХБК метеорологические условия не отвечают гигиеническим нормативам и отличаются от таковых на других предприятиях. В ткацком цехе в первой половине 1957 г. заболеваемость гриппом была выше, чем за тот же период 1956 г., когда санитарное состояние цеха было хуже. Анализ показал, что в сравниваемых полугодиях температура была почти одинаковой, а относительная влажность воздуха резко повысилась в 1957 г. Из этих данных вытекает, что одной из основных патогенетических причин высокой заболеваемости эндемическим гриппом на УХБК является высокая относительная влажность воздуха, которая при повышенной температуре и малой подвижности воздуха вызывает профузное потение. Последнее может вести к переохлаждению, так как рабочие часто выходят из цеха во двор.

В наиболее неблагоприятном по гриппу ткацком цехе снизить температуру ниже 26° невозможно из-за непригодности помещения, а относительная влажность ниже 60% не допускается по технологии процесса, поэтому единственным средством устранения обильного потения является увеличение движения воздуха в цехе.

С целью профилактики гриппа на УХБК необходимо снизить относительную влажность и температуру воздуха, улучшить вентиляцию и установить на рабочих местах вентиляторы веерного типа.

Л. П. Рябова (Ленинград). Влияние дифациловой внутрикожной блокады на функциональное состояние печени при болезни Боткина

Дифацил (дифенилуксусный эфир диэтиламиноэтанола) по характеру действия близок к новокаину, но значительно активнее последнего, так как обладает способностью влиять на различные звенья рефлекторной дуги и характеризуется более длительным резорбтивным действием.

Задача работы — выяснить влияние сегментарной дифациловой блокады на функциональные пробы печени (билирубин, гиппуровую, пробу Квика, белковые фракции сыворотки крови). Были проведены наблюдения у 30 больных болезнью Боткина от 16 до 67 лет с различной тяжестью заболевания. Все больные поступили в клинику в фазе развития у них желтухи и получали комплексную терапию (белково-углеводную диету, витамины, камполон, дуоденальные инстилляции или магнезиальные промывания по Демьянову, а при сопутствующем холангите — антибиотики). На фоне этой терапии в докризовый период производилась одна, а в некоторых наиболее тяжелых случаях — две дифациловые блокады, то есть вводилось внутрикожно 50 мл 0,5% раствора дифацила, справа, параллельно позвоночнику, отступая от последнего на 2—3 см в зоне поясничных позвонков.

После блокады наблюдалось отчетливое снижение билирубина, которое в ряде случаев протекало волнообразно, то есть сразу после дифациловой блокады происходило нарастание билирубина, а в течение ближайших 3—5 дней увеличение.

У всех больных отмечалось снижение альбуминов, особенно резко выраженное при тяжелой форме или затяжном течении заболевания. Кроме того, у этих же больных имелось значительное увеличение γ -глобулинов. Извращение белковых фракций свидетельствует о тяжести поражения печени и нарушении ее протениобразовательной функции.

Дифациловая блокада на фоне комплексного лечения ведет к снижению γ -глобулинов и увеличению альбуминов.

После дифациловой блокады у всех больных значительно улучшалось самочувствие, появлялась бодрость, восстанавливался аппетит, исчезали боли в области печени и в более ранние сроки наступал криз — появление окрашенного кала, снижение билирубинемии.