

вытекла пенистая жидкость с единичными крупинками малины. Диагноз врача скорой помощи совпал с результатами вскрытия: смерть от асфиксии, аналогичной утоплению.

П. Ч., 50 лет, после трахеотомии по поводу туберкулеза гортани в течение пяти лет пользовался трахеотомической канюлей. При этом несколько раз, по словам жены, в результате скопления слизи в трахеотомической канюле «он чуть не задохся». Внутреннюю трубку он не носил, а наружную прочищал изогнутой проволокой, не вынимая ее из стомы. Однажды в присутствии близких он внезапно закашлялся, почувствовал резкое затруднение дыхания и, едва успев сказать своей жене об этом, повалился на пол. У него появилась резкая синюшность кожных покровов, дыхание прекратилось, наступили судороги, и через 5—6 мин он скончался.

При извлечении судебным медиком трахеотомической трубки просвет ее оказался плотно закупоренным густой слизисто-гнойной массой.

Заключение в результате вскрытия: смерть наступила от асфиксии.

В наблюдаемых нами случаях правильное оказание первой помощи могло бы спасти жизнь. Однако этого не случилось, так как близкие родственники оказались беспомощными. На наш вопрос, почему они не извлекли трахеотомическую канюлю, следовал ответ: «я боялась»; «я не знала, что нужно делать». В этих случаях бросятся в глаза безнадзорность трахеотомированного и грубое нарушение правил пользования трахеотомической канюлей. Эти факты свидетельствуют, что разъяснительная работа врачей среди таких больных и их близких должна сопровождаться практическим их обучением правилам обращения с трахеотомическими канюлями.

И. П. Арлеевский и Н. Н. Ягодинская (Лениногорск). Конъюнктивит от гудронной пыли

В результате попадания гудронной пыли у 5 рабочих, не пользовавшихся защитными очками, появились боль в глазах, ощущение инородного тела, резкая светобоязнь, слезотечение.

Конъюнктивита оказалась резко гиперемированной, роговица неповрежденной. Лечение: темные очки, в капывание в конъюнктивальный мешок 4 раза в день 0,25% раствора дикаина, 30% раствора альбуцида и введение 1% террамициновой мази.

Через 3 дня наступило выздоровление.

Асс. К. Б. Старосельская, орд. Е. В. Грицевская, Р. И. Слепова (Казань). Сравнительная оценка окраски туберкулезных палочек в флотационном слое плеврального эксудата по Циль-Нильсену и Озолу

Для врача-клинициста обнаружение туберкулезных бактерий в плевральном эксudate имеет большое значение.

В плевральных эксудатах туберкулезную палочку удается обнаружить по методу Циль-Нильсена по данным А. Е. Рабухина в 4% случаев, Н. А. Пустоваловой — только в 0,5%.

Получивший в последнее время распространение флотационный метод позволил обнаруживать туберкулезные палочки в данном материале несколько чаще. Н. В. Попова и Г. А. Вонзблейн из 15 плевральных эксудатов, отрицательных по Циль-Нильсену, методом флотации обнаружили туберкулезные палочки в четырех случаях.

На кафедре микробиологии Казанского медицинского института с успехом применяется комбинация метода флотации с окраской по принципу толстого мазка для исследования мокроты на туберкулезные бактерии. Это позволило при исследовании большого количества проб обнаруживать туберкулезные палочки в мокроте на 10—12% чаще, чем при обычном методе флотации (М. Г. Шром, Р. И. Алхан-Кемал).

Методика. Посуда обрабатывалась по методу А. А. Клебановой и А. Е. Скрябиной. Исследуемый материал переносился из пробирок в склянки Соксклета, куда добавлялось равное количество 0,5% раствора NaOH. Все содержимое энергично встряхивалось в течение 10 мин, затем добавлялся 1 мл ксиола и дистиллированная вода до метки 130—150 мл и снова встряхивалось 10 мин; после этого добавлялась дистиллированная вода до самого верха, и все содержимое отставалось в течение часа. Весь сливкообразный слой насыщался пастеровской пипеткой в равном объеме на 2 предварительно подогретых на закрытой водяной бане предметных стекла таким образом, что площадь каждого мазка равнялась $3,5 \times 1,5 - 2 \text{ см}^2$. Насыщалось 3—5 слоев.

Высушенные на водяной бане мазки окрашивались, первый — по классическому методу Циль-Нильсена, второй — по методу А. Э. Озола.

Препарят окрашивался карболовым раствором фуксина в течение 5 мин при отхождении паров обильно налитого на препарат фуксина, не допуская кипения. Так как раствор фуксина при продолжительном подогревании препарата испаряется, то необходимо по мере приближения момента его полного испарения добавлять новую порцию фуксина при строго горизонтальном положении стекла.

После пятиминутного охлаждения окрашенного препарата при комнатной температуре остаток фуксина сливается.

Препарат промывается водой до тех пор, пока красный цвет воды не станет стабильно слегка розовым.

Невысущенный препарат обесцвечивается 10% раствором серной кислоты.

Препарат высушивают в вертикальном положении при комнатной температуре или при 60°. Высушивать можно совершенно чистой фильтровальной бумагой, покрывая осторожно не сразу весь препарат.

Высущенный мазок перед микроскопированием обесцвечивается несколькими каплями смеси Озола, представляющей собой 10% раствор Na_2SO_3 в спирте. (Удобно готовить эту смесь в следующей пропорции: 0,02 г Na_2SO_3 растворяется в 2 мл дистиллированной воды, затем добавляется 0,4 мл 96° спирта). Такое соотношение удобно, так как смесь нестойкая и может быть годна в течение 3—5 дней.

Нанесенная на препарат смесь в течение нескольких секунд обесцвечивает тот или иной участок препарата. Затем смесь быстро сливается, и препарат тщательно, но осторожно просушивается чистой фильтровальной бумагой, после чего он микроскопируется иммерсионной системой.

При микроскопировании бросается в глаза белое или кремоватое поле зрения, на котором при поворотах микровинта из различной глубины мазка выплывают красные туберкулезные палочки. При микроскопировании каждый препарат просматривался в 100 полях зрения.

Результаты наших исследований представлены в таблице:

Характер экссудата	Количество	Положительных находок	
		по оригинальной флотации	по комбинированной флотации
Серозный	29	10	11
Серозно-гнойный . .	33	28	30
Гнойный	19	17	18
Геморрагический . .	18	8	13
Итого:	99	63	72

В препаратах, окрашенных по методу Озола, обычно обнаруживается большее количество туберкулезных палочек, чем в препаратах, окрашенных по Циль-Нильсену. Общее количество туберкулезных палочек в единовременно окрашенных препаратах, поддающихся подсчету, по Циль-Нильсену — 750, по Озолу — 2460.

Значительно большее количество туберкулезных палочек в мазках, окрашенных по Озолу, зависит, по-видимому, и от отсутствия дополнительной окраски, и от повторного обесцвечивания сернистокислым натрием. Последний, как показывают исследования Игансена, восстанавливает красный цвет обесцвеченных серной кислотой молодых или измененных форм туб. микобактерий. Светлый фон также помогает легче обнаружить туберкулезные палочки при малом их количестве в мазке.

Больший процент положительных находок в мазках, окрашенных по Озолу, по сравнению с мазками, окрашенными по Циль-Нильсену, можно также объяснить налиянием сливкообразного слоя не в виде капель-мазков, что затрудняет обнаружение туберкулезных палочек, а в виде мазка площадью $3,5 \times 1,5 - 2 \text{ см}.$

Необходимо отметить, что предлагаемый нами метод дает эффект только при пользовании для окраски препаратов чистым кристаллическим фуксином и химически чистым сернистокислым натрием.

ГИГИЕНА ТРУДА И ПРОФЗАБОЛЕВАНИЯ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМ РАДИКУЛИТОМ БУРОВИКОВ И РАБОЧИХ ПОДЗЕМНОГО РЕМОНТА НЕФТИНЫХ СКВАЖИН В БАШКИРИИ

H. A. Мустаева

Уфимский научно-исследовательский институт гигиены и профзаболеваний

Изучение заболеваемости среди рабочих нефтепромысловых управлений «Ишимбайнефть», «Туймазанефть», рабочих конторы бурения № 1 и № 2 треста «Туймазабурнефть» показало высокую частоту забо-