

О ЛИКВИДАЦИИ ТРАХОМЫ КАК МАССОВОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ЯЛЬЧИНСКОМ РАЙОНЕ ЧУВАШСКОЙ АССР¹

Районный окулист Е. С. Сергеева

По данным Зарубина, заболеваемость трахомой населения Яльчинского района в 1931 г. составляла 70,7%.

В данной статье мы хотим поделиться опытом работы по ликвидации трахомы как массового заболевания за 1952—58 гг. В эти годы государство бесплатно обеспечивало наш район в потребном количестве эмульсией синтомицина.

В указанные годы трахома в районе имела эндемический характер, и лечением эмульсией синтомицина было охвачено более 6000 человек. По годам число больных трахомой было следующим: 1952 — 4302, 53 — 3860; 54 — 2950; 55 — 2433; 56 — 1842; 57 — 648; 58 — 250, и на 1 января 59 г. с заразной формой трахомы было 27 человек.

В эти годы в районе функционировало вначале 48 трахоматозных пунктов и последние 3 года — 41.

С 1955 по 59 гг. в районе было развернуто 415 коек (вместе с детскими площадками и временными глазными стационарами).

В 1955 г. в районе было 30 коек с планом 6000 койко-дней, в 1956 г. — соответственно 180 — 15 000, в 1957 г. — 110 — 12 000, в 1958 г. — 65 — 8 000. Всего за эти годы трахомными больными проведено 42 200 койко-дней. Только за последние годы лечилось стационарно ежегодно от 500 до 700 человек.

В лечебной работе на трахоматозных и фельдшерских пунктах мы придерживались методики, рекомендованной приказом МЗ СССР № 839.

Лечение неосложненной трахомы I, II и III стадий начиналось с тщательного выдавливания фолликул переходных складок, слезного мясца и полулунной складки.

Вскоре после начала лечения эмульсией синтомицина мы убедились, что однократное выдавливание за курс лечения в наших условиях не столь эффективно, а потому повторяли его через две недели.

За последние 5 лет при отсутствии фолликул, но при упорной инфильтрации, особенно на хрящах верхних век, мы стойко придерживались методики двойного массажа во время утренней процедуры (проводится движение выдавливания стеклянной палочкой, начиная с верхнего края хрящей, преимущественно в хрящевой части конъюнктивы век и затем — втирание эмульсии синтомицина).

После трехлетнего применения синтомицина мы и по нашему району обнаружили особо упорные формы трахомы. В таких случаях применялась комплексная терапия. Нам удалось провести в массовом масштабе по 2—3 курса приема внутрь норсульфазола (по 0,5—3 раза в день в течение 7—10 дней с недельным перерывом между курсами). Перед лечением норсульфазолом проводилось выдавливание. Больные принимали норсульфазол в присутствии сестры. Помимо этого, больные были подвергнуты массовой дегельминтизации (только по трем пунктам — 1190 человек). Почти все больные принимали рыбий жир. Широко рекомендовался прием внутрь домашних пивных дрожжей (по 1 столовой ложке 3—4 раза в день в течение 2 недель). При выявлении соматических заболеваний у больных трахомой мы стремились их госпитализировать. Все больные трахомой глухонемые и с врожденной дебильностью лечились ста-

¹ Доложено на XI выездной сессии филиала научно-исследовательского ин-та глазных болезней им. Гельмгольца 19/III-59 г.

ционарно. Стационарным лечением обеспечивались все беременные и матери с грудными детьми.

Еще после поголовного осмотра населения в 54 г. из общего количества больных трахомой дети от 4 до 6 лет составляли 9,4%, а от 7 до 14 лет — 25%. Это заставило нас проводить лечение детей в стационаре. После проведенной комплексной терапии в течение 3—4 недель дети выписывались без инфильтрации и фолликул, со свежими рубцами. Через 3—4 месяца при выезде на места мы установили полное излечение у 70—75%.

Борьба с трахомой среди школьников проводилась в постоянном контакте с РОНО. Через педагогические коллективы обращали внимание на ликвидацию трахомы и в семьях учащихся. Была налажена сигнализация о посещении пунктов членами семей школьников. По вопросам борьбы с трахомой систематически проводились специальные заседания педагогических советов.

Лечение трахомы в стационаре проводилось по следующей схеме:

При наличии фолликул — выдавливание. По утрам — двойной массаж. Днем — закапывание через 1,5—2 часа 30% раствора альбурцида или закапывание 4—5 раз эмульсии синтомицина.

Норсульфазол назначался по 0,5—3 раза в день в течение 7 дней. В особо упорных случаях — аутогемотерапия. Применялись и постельный режим с удлиненным сном или пребыванием с закрытыми глазами.

Одновременно проводилось лечение сопутствующих заболеваний и при надобности — дегельминтизация.

Стационарно больные лечились редко более месяца. Тем, у кого за этот срок не наступило выздоровления, предоставлялось лечение с освобождением от работы еще на месяц. В ряде случаев за этот срок наступало выздоровление. В особо упорных (редко встречающихся) случаях больной госпитализировался повторно. Выписываемые больные получали указание проводить противорецидивное лечение по месту жительства. По истечении года обычно 75—83% лечившихся снимались с учета, 15,5% оставались на противорецидивном лечении и 4,6% оставались с трахомой III стадии.

К июлю 58 г. по 40 населенным пунктам района мы изучили причину слепоты на оба глаза. Трахома как причина слепоты установлена в 39%. Все слепые от трахомы были больны ею 20 и более лет. По возрасту они распределялись следующим образом (в числителе — мужчины, в знаменателе — женщины): от 31 до 40 лет — 0/1; от 41 до 50 — 1/2; от 51 до 60 — 0/10; от 61 до 70 — 2/11; от 71 до 80 — 1/19; от 81 до 90 — 0/2.

С началом применения синтомицина случаев полной слепоты на оба глаза, вызванной трахомой, не зарегистрировано.

В районе за последние годы установлена керофтальмия на одном глазу у 6 больных из числа тех, кто упорно отказывался от лечения.

При лечении паннусов, наряду с медикаментозной терапией, мы широко применяли аутогемотерапию (по 0,5—1 мл под конъюнктиву с месячными интервалами).

Оперативное лечение трахоматозных осложнений на веках мы проводили и в стационаре, и на фельдшерских пунктах, куда выезжали с операционной сестрой. Всего сделано за эти годы более 600 операций, из них 150 на местах. В данное время с осложнениями на веках числится 38 больных, из них 21 старше 60 лет.

Осуществление задачи ликвидации трахомы как массового заболевания является лишь первым этапом лечебно-оздоровительной работы среди населения; выполнение же задачи полной ликвидации трахомы требует еще огромного напряжения сил медицинских работников и общественности. Среди болевших трахомой имеются

еще сотни не снятых с учета. Тысячи излеченных от трахомы нуждаются в длительном наблюдении. Быстрая заражаемость трахомой детей требует от медицинских работников обеспечения систематического контроля. Ликвидация трахомы также связана с ростом культуры, повышением жизненного уровня и ликвидацией пережитков капитализма в сознании людей.

ЛИТЕРАТУРА

Зарубин К. А. Диспансеризация населения Чувашии на трахому. Чебоксары, 1935.

Поступила 8 августа 1959 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

О НОЖЕВОМ РАНЕНИИ СЕРДЦА И ЛЕГКОГО

И. Н. Матвеев

Из хирургического отделения Буинской больницы ТАССР (зав.—И. Н. Матвеев)

18/X-58 г. в Буинскую больницу из деревни, расположенной от нее в 20 км, был доставлен Н., 25 лет, с проникающим ножевым ранением грудной клетки. Сопровождавший пострадавшего фельдшер во все время переезда придавливал рану своей рукой.

Пострадавший жалуется на боль в груди и одышку. Легкий цианоз лица. Дыхание частое, пульс 120, слабого наполнения и напряжения. Раневое отверстие на уровне 5 ребра по переднеаксиллярной линии, длиной 2,5 см, с ровными краями. Из раны вытекает артериальная кровь и с шумом входит воздух в плевральную полость.

Введен промедол, произведена шейная вагосимпатическая блокада и приступлено к операции под местной анестезией (оперировал И. Н. Матвеев, ассистировал В. П. Афанасьев).

В плевральной полости оказалось до 2 л свежей крови. Раны с ровными краями до 1,5 см на сердце (левом ушке) и несколько больших размеров — на левом легком. На ушко наложено 3 шелковых шва и на легочную рану — один. По удалении крови в плевральную полость введено 300 000 ед. пенициллина.

Рана зашита наглухо, воздух откачан шприцем. Во время операции больному введено 500 мл крови, 1500 мл физиологического раствора, давался кислород (ингаляционно).

В последующие дни температура поднималась до 40°, отмечались затруненное дыхание, тахикардия. На левой стороне груди и живота была подкожная эмфизема. Появился кашель с серозно-гноющей мокротой.

При рентгеноскопии выявлен ячеистый рисунок в нижней доле правого легкого, слева — гомогенное затемнение в нижней трети легочного поля, ограничение экскурсий диафрагмы. Тень сердца умеренно увеличена в обе стороны, по-видимому, за счет затекания крови в полость перикарда.

Дважды было эвакуировано по 1 л крови из полости плевры.

Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 8 день. Через месяц больной стал ходить и выписался на 54 день.

Поступила 12 февраля 1959 г.

СЛУЧАЙ РАНЕНИЯ СЕРДЦА

А. Ф. Агеев

Из хирургического отделения (зав.—Г. М. Кузнецов)
2-го больнично-поликлинического объединения г. Бугульмы
(главврач — А. П. Щекотоло)

Лечение ранений сердца мирного времени по-прежнему остается разделом казуистики. Каждый случай этого вида травмы представляет определенный практический интерес.

Г., 22 лет, поступил в хирургическое отделение в 3 ч. 30/VI-57 г. За два часа до поступления получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Состоя-