

Наиболее тяжело заболевание протекало у однократно и двукратно привитых, заболевших через 11 дней или 1—2—3 месяца после прививки.

У вакцинированных детей даже при тяжелом течении заболевания было меньше летальных случаев (у привитых — 1 из 42 заболевших, а у непривитых — 4 из 63).

Сроки восстановления двигательных функций у привитых детей, заболевших легкой формой полиомиелита, оказались короче, нежели у непривитых.

А. А. Сорокин и М. А. Калашникова (Волжск, Мар. АССР). Лечение дифтерийных бациллоносителей мицеринном

В настоящее время еще нет надежного средства в борьбе с дифтерийным бациллоносительством.

Это и побудило нас испытать новый антибиотик — мицерин. Он хорошо растворим в воде и обладает широким спектром антибактериального действия.

Мы орошали зев раствором мицерина 25000 ед. на 1 мл воды и вкапывали в нос по 5—7 капель этого же раствора.

Для орошения зева мы пользовались пятиграммовым шприцем, на конец которого была надета резиновая трубка (отрезок дуоденального зонда) с наглухо затянутым свободным концом. В трубочке у ее завязанного конца было наколото на протяжении одного сантиметра 20—30 отверстий. Трубочка подводилась за маленький язычок, и быстрым и энергичным нажимом на поршень содержимое шприца распылялось в зеве. Так делалось 3 раза в день в течение 5 дней.

Под нашим наблюдением было 105 здоровых бациллоносителей и 15 бациллоносителей-реконвалесцентов. Для ликвидации бациллоносительства достаточно было одного 5-дневного курса применения мицерина. Лишь трем пришлось курс повторить.

Контроль — посева из носа и зева, проведенные через 30—45 дней, дали отрицательный результат у всех прежних бациллоносителей.

Канд. мед. наук Р. З. Амиров (Москва). Обоняние при некоторых лорзаболеваниях

Определялось состояние обоняния при хроническом тонзиллите, ревматизме, остром катаре верхних дыхательных путей, гриппе, гайморите, вазомоторном рините, искривлении носовой перегородки, отогенном абсцессе мозга, отите, сотрясении мозга. Для исследования применялись разработанные нами ольфактометры, в которые воздух нагнетается воздуходувкой и дальше по трубке поступает в дыхательные пути испытуемого. В приборе создается различная необходимая для исследования концентрация пахучего вещества. У испытуемого возникает ощущение запаха и его исчезновение.

В качестве пахучего вещества применялось мятное масло, являющееся в слабой концентрации обонятельным раздражителем, а в сильной — раздражителем также и тройничного нерва.

Минимальная сила запаха, ощущаемая больным, регистрируется как порог обоняния.

Определялись время исчезновения ощущения запаха в ходе адаптации, а также действие подпорогового запахового раздражителя, понижающего обонятельную чувствительность. При каждом исследовании регистрировали латентный период и следую реакцию обонятельного ощущения.

Всего исследовано более 250 здоровых и больных.

У взрослых испытуемых с высокой чувствительностью обоняния, когда порог ощущения запаха мятного масла составлял 0,03 мм, часты следующие заболевания: ревматизм, крапивница, отек Квинке, то есть заболевания аллергического характера.

Чувствительность обоняния у больных хроническим тонзиллитом и ревматизмом оказалась в пределах нормы. У некоторых детей, больных ревматизмом, было обострение чувствительности обоняния. Изменения адаптации обоняния более выражены у больных хроническим тонзиллитом и ревматизмом.

Адаптация обоняния при гриппе у многих больных была ускорена и составляла 1—2 минуты.

При повторных исследованиях адаптации обоняния при выздоровлении больных гриппом можно наблюдать удлинение адаптации обоняния.

Понижение чувствительности обоняния под влиянием подпорогового запахового раздражителя при определении порога обоняния в условиях постепенного возрастания концентрации вещества до ощущения запаха обнаруживается у большинства больных гриппом. Это же явление у здоровых людей обычно наблюдается только в 10% случаев.

При гайморите, вазомоторном насморке, искривлении носовой перегородки, сотрясении мозга, абсцессе мозга мы наблюдали различные степени нарушения чувствительности обоняния, часто и полную потерю ощущения запахов.

При отите у 11 детей из 22 исследованных чувствительность обоняния была понижена на стороне, соответствующей больному уху.

При резко выраженных гипосмиях мы неоднократно применяли нашатырный спирт и после этого наблюдали улучшение обоняния. Такое благоприятное действие

сильного раздражителя тройничного нерва позволило нам применить его для лечебных целей, то есть для восстановления нормальной чувствительности обоняния. Лечение мы начинали только после того, как убеждались в отсутствии механических причин, затрудняющих носовое дыхание.

Применение нашатырного спирта позволило восстановить чувствительность обоняния у некоторых больных с anosmией, возникшей после гриппа и длившейся до 6 месяцев.

ГИГИЕНА ТРУДА

К ВОПРОСУ ОБ УТОМЛЯЕМОСТИ РАБОТАЮЩИХ В АБСОЛЮТНОЙ ТЕМНОТЕ

Доц. В. П. Камчатнов

Казанский медицинский институт

Гигиеническая оценка условий труда в темных цехах до настоящего времени мало известна, хотя в условиях абсолютной темноты и работают в киноплочной промышленности, на кинокопировочных фабриках, в полиграфической промышленности, в фотографиях и других предприятиях.

Анализируя заболеваемость в «темных цехах» химзавода им. В. В. Куйбышева, мы совместно с Ф. Г. Валиуллиной и А. И. Самойловой (1960) установили, что заболеваемость у работающих в темноте (цех отделки пленки) в 1957 г. на 70% и в 1958 г. на 108,5% выше, чем заболеваемость у работающих на свету. Сведения о заболеваемости у работающих на свету и в темноте были подвергнуты статистической обработке методом качественных признаков, что и позволило сделать вывод, что работа в темноте является профессионально вредной. Для объяснения механизма вредного влияния темноты могут быть использованы данные экспериментальной физиологии.

П. К. Денисов и П. С. Купалов (1933), изучая величину условных рефлексов собаки в освещенной и затемненной камерах, обнаружили понижение тонуса коры головного мозга.

Н. А. Костенецкая (1949) повторила опыты Купалова и Денисова только с безусловными рефлексами и получила понижение секреции в темной камере. Понижение секреции в темной камере представляет факт, аналогичный тому, который видели П. С. Купалов и П. К. Денисов.

М. С. Степанова (1959), изучая особенности высшей нервной деятельности здорового человека в условиях адаптации к темноте, наблюдала усиление сосудистых и дыхательных реакций в темноте, что указывает на изменения в функциональном состоянии ЦНС. Полученные факты она рассматривает как следствие развивающегося в темноте снижения коркового тонуса, ослабления регулирующего влияния коры больших полушарий на нижележащие отделы ЦНС.

Я. М. Пресман (1955) при изучении оборонительно-двигательных рефлексов у собак при адаптации к темноте наблюдал понижение возбудимости корковых концов кожного и зрительного анализаторов.

Для выяснения вопроса о том, к каким функциональным нарушениям ведет работа в темноте у человека, мы применили следующие методические приемы: работающим давалось задание сосчитать количество букв, например, «О Р» в 10 строчках текста специальных карточек корректорского типа. При этом отмечались начало и конец счета при помощи секундомера, а затем подсчитывалось количество ошибок.

Исследование каждого рабочего проводилось в течение двух дней. Первый тренировочный день из обработки исключался. Исследование проводилось в течение всей рабочей смены, то есть в начале работы, в конце первого, второго, третьего часа работы, перед обедом, после обеда, в конце пятого, шестого часа работы, в конце работы.

Исследованию было подвергнуто 27 женщин из работающих на свету и 51 — из работающих в абсолютной темноте. Всего проведено 670 наблюдений.

Число ошибок и длительность счета букв мы учитывали в зависимости от условий работы, стажа и времени работы в течение смены, а затем обработали методом дисперсионного анализа. Цифры каждой группы обрабатывались трехфакторным комплексом.

Средние и статистическая достоверность данных времени счета и количества ошибок в зависимости от стажа и в целом приведены в таблице 1.