

Нв — 15 г% — 90 ед., Э. — 5 020 000, Л. — 11 200, РОЭ — 20 мм/час.

Моча уд. вес — 1025, следы белка, лейкоцитов — 3—6, эритроцитов — 1—3 в поле зрения; оксалаты.

Кожа на мошонке отсутствует. На волосистой части лобка у корня полового члена кожный дефект  $5 \times 4$  см. Кожа на половом члене осталась только у головки на протяжении 5 см. Раневая поверхность покрыта сгустками крови, отделяемое серозно-сукровичное.

19/VII 1960 г. операция (З. С. Дроздова) под эфирно-кислородным интубационным наркозом. Рана промыта физиологическим раствором с пенициллином, края ее иссечены, отсепарованы на промежности и по внутренней поверхности бедер. В созданные карманы по внутренней поверхности бедер и промежности вложены яички, и рана сшила по средней линии на промежности, вплоть до корня полового члена. Кожа лобка отсепарована и вместе с кожей промежности подшита к оставшемуся венчику кожи в дистальной части полового члена. Края раны инфильтрированы раствором пенициллина.

Эрекция подавлялась инъекциями 2% раствора аминазина и бромидами.

В основании полового члена края раны разошлись. Гранулирующий дефект закрыт свободным кожным лоскутом по Тиршу 11/VIII 1960 г. Выписан с зажившей раной 2/IX 1960 г. Рекомендовано систематически оттягивать кожу над яичками, что должно способствовать созданию подобия мошонки.

Осмотрен 2/XII 1960 г. Кожа на половом члене несколько натянута, эрекция не затруднена. Яички нормальных размеров и консистенции, безболезненны. Правое яичко малоподвижно, левое — хорошо подвижно. Кожа над ними растянута, образовался кожный мешочек (больше слева), заменяющий в некоторой степени мошонку.

### Л. А. Вайсман (Куйбышев-обл.). О терапии эризипелоида

Источником заражения являются пораженные возбудителем мясо и рыба, а возбудителем — грамположительная палочка, проникающая через травмы и микротравмы кожи. При этом в сосочковом и ретикулярном слоях кожи, а также в подкожной клетчатке возникает серозное воспаление. В процесс могут вовлекаться связочный аппарат и межфаланговые суставы.

Под нашим наблюдением находилось 102 больных — рабочих Куйбышевского мясокомбината.

Чаще встречается поражение левой кисти. При работе левая кисть фиксирует обрабатываемую часть туши, в правой руке нож, которым при неточных и некоординированных движениях и может быть нанесена травма. Травмы и микротравмы наносят и концы костей, причем также страдает левая кисть, так как она постоянно перемещает объект обработки.

Вопрос о профилактике рожистого воспаления неразрывно связан с профилактикой микротравм, своевременной их обработкой и лечением. Повышение квалификации рабочих занимает одно из ведущих мест, так как 51,96% случаев травм относится к молодым рабочим.

Заболевание проявляется гиперемией кожных покровов с багровым оттенком, четко очерченными границами и умеренной отечностью. В области гиперемии ощущаются зуд и жжение.

Для лечения эризипелоида в 83 случаях использовались сульфаниламидные препараты, пенициллин; местно — 10% ихтиоловая мазь, мазь Вишневского. Эти средства применялись в сочетании или заменялись одни другими при отсутствии эффекта. Средняя длительность лечения в каждом случае равнялась 6—8 дням. Из 83 больных 26 (40,9%) выписались с переводом на «сухую» работу в связи с остаточными явлениями (гиперемией кожных покровов). В 3,92% случаев наблюдалась межфаланговые артриты, трудно поддающиеся лечению.

Также применялось лечение и по методике проф. Л. Г. Фишмана, рекомендованной для лечения панариций: больному в горизонтальном положении в области плеча, а при хорошо выраженных венах — в области предплечья, накладывался жгут или манжетка сфигмоманометра до исчезновения пульса на лучевой артерии. С помощью шприца внутривенно в ретроградном направлении вводился 0,5% раствор новокаина в количестве 20—30 мл с растворенными в нем 300 000 ед. пенициллина. При изолированном поражении одного-двух пальцев мы старались использовать вену на предплечье, несущую кровь именно с этого участка. Жгут оставался на конечности в течение 30 минут, после чего накладывалась асептическая повязка. По этому методу у нас лечилось 19 больных со средней продолжительностью 3,3 дня. Только в одном случае мы не получили желаемого результата, что отнесено нами за счет пенициллиноустойчивой флоры. Осложнений при лечении мы не наблюдали. Метод очень прост и может быть использован в амбулаторных условиях и на здравпунктах.

### В. В. Подосиновский (Казань). О дерматозах у работающих в полировочных цехах деревоотделочных производств

На ряде обследованных предприятий г. Казани полировочные цеха расположены в отдельных помещениях, имеют центральное водяное отопление, оборудованы механической вентиляцией.