

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 5×4 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 гиперемиищаются 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.

Технологический процесс в них имеет следующие этапы. Детали шпаклюют смесью из масляного лака, мела, охры и столярного клея; после этого производится порозаполнение составом, в который входят скипидар (40%) и петролатум (60%). Затем детали сушат, шлифуют наждачной бумагой и покрывают щелочно-спиртовым лаком (шеллак — 30%, спирт — 70%). Сушка, шлифовка и лакирование повторяются, в связи с чем воздух насыщается парами скипидара.

Применяется также политура цветная и черная (цветная политура +1,5—3% краски нигрозина), причем в двух концентрациях (спирта 74% и шеллака 26%; спирта 87% и шеллака 13%).

Производится также полировка бензой (95% этиловый спирт и 2% сандала — органической смолы). Руки работающих имеют непосредственный контакт с указанными веществами.

Из 47 обследованных кожные заболевания обнаружены у 32.

Заболеваемость дерматозами в основном наступает на первом и в течение второго года работы с щелачными политурами.

Для предупреждения дерматозов необходимо при полировке защищать кожу рук медицинскими перчатками или специальными пастами.

Х. М. Сайфуллина (Казань). Из опыта работы стоматологического кабинета детской поликлиники ст. Казань

Из обслуживаемых 6500 детей до 14-летнего возраста каждый ребенок перед поступлением в школу проходит обследование и подвергается санации полости рта. Пломбируются все пораженные кариесом постоянные и молочные зубы, удаляются корни и зубы, не подлежащие лечению, проводится по показаниям противовоспалительное лечение слизистой оболочки полости рта.

Дети с выявленными аномалиями прикуса и деформациями челюстей проходят лечение у врача-ортодонта.

На обязательную санацию полости рта также направляются дети, состоящие на учете у фтизиатра, ревматолога, отоларинголога.

Плановая профилактическая работа проводится в яслях, детских садах, школах непосредственно.

В прикрепленных 5 детских садах 2 раза в год проводится медицинский осмотр с участием стоматолога. По показаниям назначается дополнительное введение в организм кальция и фосфора (глюконата кальция), витаминов, особенно витамина D как регулятора фосфорно-кальциевого обмена, витамина В₁, снижающего поражаемость зубов кариесом. В историю развития ребенка вкладывается стоматологическая карточка, где отмечается состояние и меры по санации полости рта.

Организация плановой санации полости рта дала следующие результаты. С 1956 г. снизилось число школьников, нуждающихся в лечении; снизилось число осложнений кариеса у регулярно санитаровавшихся школьников. Отношение числа удаленных зубов к числу вылеченных и запломбированных составляет 1:20, 1:25.

Если в 1956 г. при осмотре 1450 детей нуждающихся в санации было 80%, то в 1959 г. их оказалось лишь 45% всех осмотренных.

Н. В. Бусыгин (Казань). Способ качественного объективного определения рефракции

Скиаскопия, предложенная в 1873 г. французским ученым Кинье, до сих пор является общепризнанным методом объективного определения рефракции.

Недостатки этого метода следующие:

Видимую наблюдателем тень в области зрачка начинающему окулисту бывает трудно уловить и, значит, решить вопрос о виде рефракции исследуемого, а при фундоскопии видимый на дне пациента сосуд при освещении его офтальмоскопом сразу резче, чем тень, бросается в глаза исследователю формой, цветом и дает уверенность для заключения о виде рефракции больного даже малоопытному окулисту. При этом ясно видимое движение сосуда в ту или другую сторону при прозрачности преломляющих сред пациента указывает на амметропию не ниже 3,0 Д.

В «Вестнике офтальмологии» за 1938 г. в работе «Лобный офтальмоскоп» я рекомендовал производить фундоскопию с лобным офтальмоскопом, а теперь советую производить ее у каждого больного с обычным ручным офтальмоскопом, при этом, исследуя левый глаз, просить пациента следить за движением указательного пальца левой руки врача, при исследовании правого глаза следует офтальмоскоп перехватить в левую руку и, поворачивая зеркало, просить больного следить за движением указательного пальца правой руки.

Ю. К. Разумовский (Лениногорск). Врожденное отсутствие правого легкого

Р., 7 лет, ранее ничем не болевший, 31/III-59 г. стал кашлять, I/IV во время игры на улице ребенок закашлялся, стал синеть, а через 10 мин оказался уже мертвым.

Труп мальчика правильного телосложения, удовлетворительной упитанности. Трупные пятна на задне-боковых поверхностях трупа интенсивно-фиолетовые, сплош-