В клинической лаборатории Горьковской городской больницы № 5 ежедневно производится около 500—600 анализов. Сотрудники шефствуют над лабораториями Работкинского района.

На снимке: работники лаборатории М. Лебская, Т. Дарьенкова, Л. Кокорева, А. Попова, Ф. Качко, Б. Лысова, А. Сухова.

Фото В. БОРОДИНА.

НОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ

НАФТАМОН

Лаборатория синтеза антигельминтных препаратов Института медицинской паразитологии и тропической медицины имени Е. И. Марциновского разработала методику синтеза препарата нафтамона, применяемого для лечения анкилостомидозов и аскаридоза.

Препарат прошел клинические испытания и показал высокую активность. Его преимущество перед другими лекарственными средствами, применяющимися при лечении анкилостомидозов (хеноподиевое масло, четыреххлористый этилен и др.), заключается в меньшей токсичности.

Нафтамон назначается внутрь однократно. Разовая доза — 5 г Противопоказаниями являются *гепатиты с резкими нарушениями* функций печени.

Фармакологический комитет Министерства здравоохранения СССР разрешил применение нового препарата в медицинской практике.

ГНОЙНИЧКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

СРЕДИ ПРИЧИН гнойничковых заболеваний большое место занимают факторы внешней среды, в том числе производственно - профессиональные. Работа в жарких помещениях и плохая вентиляция, загрязнение смазочными маслами, химическими веществами и длительное охлаждение кожи способствуют возникновению заболеваний.

Коллектив клиники кожных болезней Московского областного научно-исследовательского института имени М. Ф. Владимирского в течение длительного времени проводил работу по профилактике и лечению гнойничковых заболеваний кожи на некоторых промышленных и сельскохозяйственных предприятиях Подмосковья.

Установлено, что чаще всего фурункулы у шахтеров локализуются на закрытых одеждой участках. Поэтому при осмотрах мы обращали внимание на всю поверхность тела. Выяснилось, что микротравмы возникают из-за трения кожи одеждой, загрязненной угольной пылью. На это обстоятельство обычно не обращают внимания и обрабатывают только кисти рук шахтера, в то время как санации подлежит вся кожа.

Полезным и простым способом санации оказалась обработка микротравм подкисленной водой. Сейчас этот метод профилактики (полпроцентный раствор соляной кислоты) внедрен в практику ряда здравпунктов промышленных предприятий.

Инициатива и опыт

На угольных предприятиях, текстильных фабриках и торфоразработках получил применение и другой метод профилактики — жидкостью Новикова. Ее состав: танин—1 г, бриллиантовая зелень — 0,2 г, спирт — 0,2 мл, касторовое масло — 0,5 мл, коллодий — 20 г. Этой жидкостью смазывают поврежденный участок (царапину, порез, ссадину). Образуется твердая пленка, которая и защищает кожу от внедрения пиококков. Так можно обрабатывать только участки повреждения кожи, на которых нет нагноений.

На машиностроительных заводах Подольска для обработки кожи рук рабочих стали по нашему предложению применять такой состав: пемза молотая — 670 г, сода кальцинированная — 100 г, тринатрий фосфата — 80 г, ОП-7 — 150 г. Этот порошок смешивают с водой, получается мылообразная паста, которой смывают металлическую пыль и технические масла с рук. Кожа делается эластичной и мягкой. Паста прекрасно санирует повреждения, ссадины, микротравмы.

На подольском заводе «Микропровод» пользуются так называемыми биологическими перчатками. Кожу рук перед работой смазывают защитной пастой. В состав ее входит: казеиновый клей «Экстра» — 300 г, двадцатипятипроцентный аммиак — 10 г, глицерин — 300 г, спирт — 850 г, вода — 680 г. Получается смесь серо-коричневого цвета с резким спиртовым запахом. Застывая на коже рук, паста образует стойкую бесцветную или светло-коричневую пленку в виде перчаток, которая легко смывается теплой водой с мылом. «Биологические перчатки» являются к тому же защитным средством при работе с химическими растворителями.

Для обработки микротравм у торфяников оправдал себя метод врача Пайкина — ополаскивание рук четвертьпроцентным раствором нашатырного спирта с последующим смазыванием кожи вазелином. Очень важно, что на торфяных предприятиях применяют весь комплекс санитарно-гигиенических мер против гнойничковых заболеваний.

Для профилактики большое значение имеет систематическое облучение кожи ультрафиолетовыми лучами. Фотарии организованы в угольных шахтах Подмосковья, на текстильных фабриках Егорьевска.

В большинстве случаев заболевания начинаются с воспаления сально-волосяного аппарата кожи: едва заметного гнойничка — фолликулита. В этот период, для того чтобы помешать развитию фурункула или карбункула, достаточно ватным шариком, смоченным спиртом, снять гнойную покрышку фолликулита и смазать чистым ихтиолом или спиртовым раствором бриллиантовой зелени. То же самое касается и гидраденита. При покраснении кожи подмышек и образовании плотного валика следует смазать этот участок чистым ихтиолом и сверху наложить кусочек стерильной ваты.

Если образовалась язва, края поражения смазывают ихтиолом, а на поверхность накладывают примочки из гулярдовой воды, которые меняют несколько раз в день. Применение согревающих компрессов противопоказано, поскольку они раздражают здоровую ткань, как бы открывая путь для вторичной инфекции.

Из общих средств лечения при фурункулезе, гидраденитах и абсцессах применяют инъекции антифагина, антифагина с пенициллином, а внутрь — террамицин, левомицетин или эритромицин по 0,2 три-четыре раза в день, 30—40 таблеток на курс. Полезны инъекции пенициллина по 200—400 тысяч единиц ежедневно, в сумме 2—3 миллиона единиц. При хронических формах гнойничковых заболеваний кожи хорошее терапевтическое действие оказывают внутримышечные инъекции стафилококкового анатоксина — 2 мл. Этот препарат особенно эффективен при хроническом фурункулезе.

Стафилококковый анатоксин — профилактическое и лечебное средство. В первый день назначают 0,5 мл, на пятый — 1 мл, на десятый — 1,5 мл, на тринадцатый день — 2 мл. В некоторых случаях курс лечения приходится повторять. Анатоксин применяют и в амбулаторных условиях, так как побочных явлений и осложнений он, как правило, не дает.

Для лечения гнойничковых заболеваний мы успешно применяем также гемотерапию (инъекции цельной крови, лаковой крови), вакцины, витамины. При тяжелых формах гнойничковых заболеваний вводим внутримышечно серу в масле (серы чистой — 0,2 г, персикового масла — 10 мл); инъекции начинаем с 0,1 г, через два-три дня дозу повышаем до 0,3—0,5 г и больше, всего 3—4 инъекции. При патологии паренхиматозных органов сера противопоказана.

Больным, страдающим к тому же малокровием и общей слабостью, назначают витамин B_{12} по 200—500 микрограммов через день, внутримышечно, всего 20 инъекций. Применяют также витамин B_1 по 1 мл ежедневно, всего 20 инъекций внутримышечно, витамин А (концентрат) — по 10 капель 2—3 раза внутрь перед едой в течение 1—2 месяцев. На текстильных фабриках лица, работающие в горячих цехах, получали внутрь витамины С и B_1. Рабочие, страдающие хроническим фурункулезом, принимали пивные дрожжи в жидком виде по 100 г ежедневно перед едой.

В редких случаях лицам, страдающим хроническим гидраденитом и фурункулезом, вводили кортизон по 50 млг два раза в день внутримышечно, повышая дозу до 200 млг в день, всего на курс 5—6 г, а также АКТГ длительного действия по 50 единиц три раза в неделю, всего 20 инъекций; преднизолон по 0,005 мг два-три раза в день внутрь. После 30 таблеток доза повышалась до 3—5 таблеток в день, затем снижалась до 1—2 таблеток. Лечение продолжалось месяц и больше. При введении всех этих препаратов следует время от времени проверять мочу и кровь.

При гнойничковых заболеваниях большое значение имеет диета. Пищу нужно разнообразить овощами, витаминами, ограничив потребление меда, шоколада, варенья, конфет и исключив алкоголь и табак.

Проф. В. АРУТЮНОВ.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Актуальные проблемы медицины

Одной из трудных задач практической и теоретической медицины являются наследственные болезни человека. Изучение наследственного предрасположения к тому или иному заболеванию должно интересовать врача любой специальности.

Необходимо вскрыть механизмы, лежащие в основе реализации наследственных задатков в течении онтогенеза. Такое изучение с учетом влияния факторов внешней среды обеспечит раскрытие патогенетической сущности ряда заболеваний, в том числе наследственных. Только таким путем можно понять громадное разнообразие проявлений какого-либо наследственного фактора у разных членов семьи и в разных семьях и в соответствии с этим правильно организовать профилактику и терапию болезни.

Во всех разделах медицины имеются болезненные формы, наследственный компонент которых очевиден. Повторные случаи заболевания могут встречаться в родословных по нисходящей линии, выявляя тип доминантной наследственной передачи, либо только в рамках поколения, к которому принадлежит больной.

Терапевтам хорошо известны наследственные болезни крови и кровотворных органов — гемофилия, серповидно-клеточная анемия и другие. Получены данные о наследственном предрасположении к некоторым формам гипертонии и артериосклероза. В клинике внутренних болезней установлено наследственное предрасположение к нарушениям обмена веществ (в частности к диабету), встречающееся в определенных семьях. За последние годы выделен ряд обменных нарушений, часто имеющих наследственный характер: галактозурия, фруктозурия, пентозурия и пр. Имеются данные о различных типах их наследственной передачи.

Особенно часто встречаются наследственные заболевания, поражающие нервную систему человека. Ряд таких болезней, например гепато-лентикулярная дегенерация с ее различными формами, также имеет в своей основе нарушение обмена веществ (в частности аминокислот, ферментов) и обмена солей меди.

Можно полагать, что разнообразные наследственные заболевания мышечной системы (прогрессивная мышечная атрофия Дюшена, Эрба, атрофическая миотония Россолимо-Штейнгарт, Куршмана и др.) обусловлены нарушением ряда энзимных и гормональных систем, например фрагментов углеводного обмена.

В области психиатрии наиболее выражен наследственный компонент в течении маниакально-депрессивного психоза. Эти больные страдают и обменными нарушениями, наблюдаемыми даже в межприступные периоды. Неоднократно описаны однояйцевые близнецы, страдающие маниакально-депрессивным психозом.

Другие заболевания нервной системы характеризуются перерождением определенных проводящих путей и клеток головного и спинного мозга (спастический спинальный паралич, болезнь Фридрейха и другие).

В отоларингологии известны случаи семейных нарушений развития органов ротовой полости и гортани, глухонемоты и косноязычия. В офтальмологии нередки наследственные аномалии строения глаз. В педиатрии можно встретить разнообразные формы умственного недоразвития, уродства тела и конечностей, прогрессивные атрофии зрительных нервов и пр.

Можно утверждать, что представители всех разделов клинической медицины при изучении этиологии и патогенеза заболеваний встречаются с наследственностью, играющей определенную роль в проявлении этих болезней.

Какие же вопросы стоят в данной области перед практическими работниками медицины в настоящее время? Это прежде всего вопрос о распознавании заболеваний, носящих наследственный характер. Врач на участке, в поликлинике и больнице обязан внимательно собирать анамнестические сведения, например о повторных случаях заболевания в семье, о степени и характере его выраженности у отдельных ее членов, о возможном кровном родстве родителей. Необходимо учитывать заболеваемость близнецовых пар.

Врачи должны знать ранние симптомы наследственных болезней и возможно раньше начинать лечение, чтобы остановить развитие наследственно обусловленного, но не «рокового» процесса. Когда, например, развился процесс фиброзного или жирового перерождения всех мышц при мышечной атрофии, трудно рассчитывать на восстановительную медикаментозную, диетическую или гормональную терапию. Однако подобное состояние у больного возникает не сразу, а развивается в течение ряда лет. Другое дело, если диагноз поставлен в ранней стадии, когда имеется лишь ослабление отдельных групп мышц, больной быстро устает, спотыкается, но продолжает ходить. В этот период лечебный и диетический режим может принести реальную пользу.

Мы располагаем литературными сведениями о распространенности семейной формы паркинсоно-дементного синдрома с умственной отсталостью, дрожанием и акинезией на острове Гуамо, где он дает 5 проц. всей смертности. В других местах эта патология неизвестна. Или, например, дистальный поздний тип прогрессивной мышечной атрофии распространен в 19 из 25 районов Швеции, но не встречается в других странах. В то же время дистальный ювенильный тип Биемонда, встречаясь в Голландии, не наблюдается в Швеции. Миотоническая дистрофия в Швеции обнаруживается в семь раз чаще, чем в Швейцарии. Все это подтверждает важность вопроса о географическом распространении наследственных заболеваний.

Не менее злободневна и другая теоретическая задача — глубокое биохимическое изучение больных с наследственно-обменными нарушениями. Значительные расстройства обмена определяются недостаточностью какого-либо энзима или фермента в обменном цикле.

Недоокисленные продукты оказывают токсическое действие на организм, в частности на нервную систему. При ряде заболеваний мышечного аппарата снижается содержание альфа-липопротеина и увеличивается количество дельта-липопротеина с уменьшением энзима фосфолипазы. Содержание в организме нейроаминных кислот у больных с гепато-лентикулярными поражениями, как правило, увеличено. При мышечных атрофиях отмечается увеличение фермента трансаминазы и альдолазы.

Важное значение всех этих биохимических сдвигов, связанных с тем или иным заболеванием, говорит о необходимости приблизить биохимический анализ к потребностям клиники. Имеются достаточные основания считать, что, назначая специфическую диету, соответствующую данному виду нарушения обмена, особенно на ранних стадиях развития, можно предупредить нарастающее токсическое действие такого нарушения на различные ткани и органы, особенно на нервную систему. Отсутствие окраски волос и радужных оболочек глаза, например, обусловлено нарушением системы тирозин — энзим тирозиназа; тормозящее действие на эту систему оказывает фенилаламин. При назначении диеты, лишенной фенилаламина, цвет волос темнеет. Этого же можно достигнуть с помощью увеличения в пище количества тирозина.

Приведем другой пример. Неспособность организма к обмену галактозы влечет за собой галактоземию, клиническими симптомами которой являются поражения печени, катаракта, отсталость психической сферы. Возникновение перечисленных отклонений можно предупредить назначением диеты, свободной от галактозы, в самом начале развития галактоземии. Если же диетическое лечение начато поздно, наступают необратимые процессы, тормозящие умственное развитие. Диета влияет и на улучшение данных электроэнцефалограмм.

Хорошо известен тот факт, что при гепато-лентикулярной дегенерации лечение стало возможным лишь после применения препаратов, содержащих сульфгидрильные группы, которые обеспечивают вывод с мочой из организма избытка солей меди.

Как видно из теоретических биохимических исследований, мы располагаем пока незначительными, но достаточно перспективными мерами борьбы с развитием наследственно обусловленных патологических процессов. Чем выше будет технический уровень изучения узловых звеньев нарушения обменных процессов, тем быстрее удастся побороть представление о якобы фатальной роли наследственных болезней с помощью таких простых специфических воздействий, как диета или назначение ряда препаратов.

В заключение остановимся еще на одном крайне существенном вопросе — на цитологическом изучении набора хромосом в клетках разных тканей человека. Нарушения в этом наборе и в отдельных хромосомах связаны с некоторыми известными в клинике конституциональными аномалиями. Наиболее доступно изучение хромосом делящихся клеток лейкоцитов крови, клеток костного мозга и других тканей. Важно обеспечить подготовку цитологов, хорошо знакомых с набором хромосом человека. Методика подобных исследований достаточно разработана, и они могут быть проведены в соответствующих лабораториях.

Уже в настоящее время цитогенетическое изучение ряда конституциональных аномалий показало, что такая, например, аномалия, как болезнь Дауна (отсталость роста, развитие гипотонии, увеличение языка и пр.), сопровождается нарушением набора хромосом. Лежен и Тюрпин указали на наличие добавочной 21-й хромосомы при этом заболевании.

Приведенные цитогенетические данные тесно связаны с хорошо известным клиницистам фактом, что дети с болезнью Дауна родятся у пожилых матерей, у которых под влиянием факторов среды могла наступить аномалия и в половых клетках которых было нарушено течение митотического процесса. В свою очередь такая конституциональная аномалия, как малый рост женщин, отсутствие вторичных половых признаков, аменорея и пр., связана с ненормальным распределением половых хромосом.

Все это говорит о настоятельной необходимости приблизить к клинике методику изучения наборов хромосом в клетках организма (лейкоциты, костный мозг и пр.). В результате появится возможность дальнейшего накопления информации о связи конституциональных заболеваний с нарушением в хромосомальном аппарате. Эти данные могут лечь в основу полезных медико-генетических советов членам семей с обнаруженными аномалиями.

Таким образом, важнейшая задача изучения наследственной патологии человека должна решаться комплексно, с участием врачей всех специальностей и широким использованием современных биохимических и цитологических исследований. Будем надеяться, что большой коллектив специалистов разных областей биологических и медицинских знаний возьмется за эту очень трудную, но перспективную работу. Сам факт, что считавшиеся ранее неизлечимыми больные получат при этом надежду на выздоровление, имеет большое психотерапевтическое значение.

Советская медицина должна безотлагательно приступить к реализации этой трудной задачи, пути решения которой поможет определить предстоящая Всесоюзная конференция по медицинской генетике.

Проф. Н. КРЫШОВА.

Ленинград.

ДЕПУТАТЫ ПРЕДЛАГАЮТ

СВЕРДЛОВСК. **(Наш корр.).** На очередной сессии областного Совета депутатов трудящихся были обсуждены вопросы дальнейшего развития коммунального хозяйства и благоустройства населенных пунктов области. Выступивший с докладом заместитель председателя исполнительного комитета В. А. Павлов рассказал о том, что *сделано в Свердловской области* за три года семилетки.

Построено, в частности, свыше пяти миллионов квадратных метров жилой площади, около 250 тысяч семей переехало в новые квартиры. Только в одном Свердловске в течение 1959—1961 гг. введено в строй 1 миллион 200 тысяч квадратных метров!

В своих выступлениях делегаты большое внимание уделили ликвидации загрязнения воздуха в областном центре.

Беден Средний Урал водой. Депутаты резко критиковали руководителей совнархоза и ряда промышленных предприятий, срывающих строительство технических водоводов. С интересом восприняли участники сессии сообщение о том, что по решению правительства в Свердловск должна быть подведена вода из реки Уфы.

Благоустраиваются города и рабочие поселки Свердловской области. Только за два минувших года построено 600 километров новых дорог, 1200 километров тротуаров, установлено 184 тысячи уличных светильников, высажено 6 миллионов деревьев и кустов, разбито 500 гектаров парков, скверов и бульваров.

Сессия приняла решение развернуть массовое социалистическое соревнование за лучшее проведение работ по благоустройству населенных пунктов и коммунальному обслуживанию трудящихся, добиваться превращения городов и поселков области в очаги образцовой чистоты и высокой санитарной культуры.

АППАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ

Несколько лет назад сотрудник Центрального научно-исследовательского института травматологии и ортопедии кандидат медицинских наук О. Н. Гудушаури сконструировал аппарат для репозиции и фиксации длинных трубчатых костей.

Недавно он применил свой аппарат для лечения осложненных ложных суставов. С помощью аппарата Гудушаури лечение осложненных ложных суставов проводится в один этап, при этом в большинстве случаев без хирургического вмешательства на очаге осложненного ложного сустава. Спицы, натянутые в аппарате, дают хорошую фиксацию и взаимодавление отломков, а также способствуют сращению переломов. Спицы проводятся через кость по две в каждый отломок в отдалении от ложного сустава. При этом спицы фиксируются аппаратом, при помощи которого можно производить компрессию отломков и устранять их боковые смещения.

Новый метод лечения эффективен.

НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА

Непрямой массаж сердца вначале был известен в медицине как особая модификация методики искусственного дыхания по Кениг — Маасу. Предполагалось, что проводимые при этой методике сдавливания нижней части грудной клетки при их форсировании способствуют выталкиванию крови из сердца в сосуды.

Возможность проведения непрямого массажа сердца в период *приближения клинической* смерти у взрослого человека обусловлена необычной подвижностью грудной клетки вследствие потери мышечного тонуса. Можно сравнительно легко сместить нижний конец грудины на 3—4 сантиметра и сжимать сердце между грудиной и позвоночником. Артериальное давление при этом может достигать 80—100 миллиметров ртутного столба.

Для проведения непрямого массажа сердца больного укладывают на спину на жесткую кровать или скамейку. Оказывающий помощь становится с левой стороны и надавливает ладонью руки (лучше внутренним краем ладони) на нижний конец грудины больного, усиливая эти движения другой рукой. Строгая локализация места нажатия на грудину обеспечивает эффект массажа и устраняет опасность перелома ребер. После каждого надавливания нужно отнимать руку от грудной клетки, чтобы не препятствовать ее расправлению и наполнению сердца кровью.

Сжатия грудной клетки во время массажа способствуют лишь незначительной циркуляции воздуха в дыхательных путях. Поэтому дыхание у больного поддерживают другим способом, а именно путем вдувания воздуха «изо рта в рот» или «изо рта в нос». Способ не требует особых физических усилий, а вместе с тем обеспечивает дыхательный объем в один литр воздуха, превышая в три-четыре раза объем вдоха при ручном искусственном дыхании.

Техника его исполнения несложна: оказывающий помощь делает два-три свободных вдоха, а затем вдувает воздух в рот или в нос пострадавшему. При вдувании в *рот можно пользоваться* специальными трубками из плотной резины. Конец трубки, который вводят в рот пострадавшему, изогнут и препятствует закрытию гортани корнем языка. При вдувании в нос можно пользоваться марлевой салфеткой (или носовым платком) в целях предохранения от взаимного инфицирования. Для сохранения свободного доступа воздуха в трахею необходимо возможно больше запрокинуть голову больного.

Массаж сердца не должен препятствовать вдоху. Мы получили положительные результаты, соблюдая следующий порядок сочетания этих двух мероприятий: после каждого вдоха проводили четыре нажатия на грудину через интервалы в одну секунду, а затем вновь производили вдох и т. д. Таким образом, на одну минуту приходится 48 сжатий сердца и 12 вдохов. В случае оказания помощи одним человеком массаж сердца следует прерывать каждые 15 секунд для проведения одного глубокого вдоха. Однако некоторые авторы рекомендуют более частый ритм массажа и искусственного дыхания. Этот вопрос, по-видимому, требует дальнейшего уточнения.

При правильном проведении массажа можно прощупать пульс не только на крупных сосудах, но и на лучевой артерии. Необходимо также следить за состоянием зрачков. Узкий зрачок, появление у больного самостоятельных дыхательных движений указывают на эффективность массажа. Расширение зрачков, прекращение самостоятельного дыхания *говорят о* его недостаточности. Нередко усилением нажатия на грудную клетку или смещением руки, массирующей сердце, удается сделать массаж более эффективным.

В настоящее время в медицинской практике как в стационарах, так и на станциях скорой помощи Москвы все чаще применяется непрямой массаж сердца.

Врачи лаборатории по оживлению организма Академии медицинских наук СССР и 4-й городской больницы И. Серебряников, А. Аксельрод, А. Ермолов спасли в октябре 1961 года с помощью непрямого массажа женщину, у которой наступила внезапная смерть от коронароспазма. Помощь была оказана на месте происшествия: одновременно с массажем проводилось искусственное дыхание по способу «изо рта в рот». У больной в течение нескольких часов после оживления отмечались различные нарушения центральной нервной системы (спутанность сознания, рефлекс Бабинского), но постепенно ее состояние улучшилось, и через несколько дней она была выписана из больницы.

Врач В. Табак добился временного оживления больного, умершего от обширного инфаркта миокарда, осложненного развившимся отеком легких. Больной полностью пришел в сознание после проведенного непрямого массажа сердца, однако через некоторое время произошла вторичная остановка сердца в результате прогрессировавшего основного заболевания.

Врачи станции скорой помощи Москвы В. С. Белкин, Е. А. Лужников, И. Б. Браверман и *другие*, освоившие в лаборатории по оживлению организма методику непрямого *массажа сердца*, с успехом применяют его в своей повседневной практике.

Неоценимым достоинством непрямого массажа сердца как метода экстренной помощи является то, что его можно быстро проводить без подготовки и без каких-либо инструментов. Так, присутствовавший при внезапной смерти больного врач станции скорой помощи Е. А. Лужников начал проводить непрямой массаж сердца, и через три минуты у больного появилось дыхание и восстановилась работа сердца.

Непрямой массаж сердца должен применяться во всех случаях внезапной смерти, связанной с наступлением фибрилляции желудочков, которая наблюдается при электротравмах и, по-видимому, также при внезапном прекращении деятельности сердца в связи с некоторыми заболеваниями (коронароспазм, *инфаркт миокарда*, *базедова* болезнь и др.).

Необходимо, чтобы эти мероприятия могли проводиться в качестве доврачебной помощи при внезапной смерти, где бы она ни случилась.

Проф. В. НЕГОВСКИЙ,
заведующий лабораторией по оживлению организма Академии медицинских наук СССР.
Н. ГУРВИЧ,
доктор медицинских наук, старший научный сотрудник.

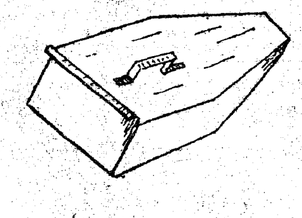
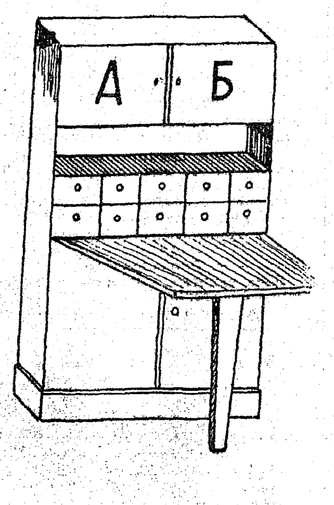
В Дарнице сделали так...

А КАК У ВАС?

Вещательная магнитофонная станция. К помощи магнитофона впервые обратились в Макаровской больнице в 1951 г. Эту инициативу переняли и развили в Дарницкой больнице. Здесь в небольшой комнате на первом этаже находятся два магнитофона и усилитель. Репродукторы установлены во всех палатах. Выключение магнитофонных «радиопередач» происходит автоматически после каждой лекции или концерта (с помощью датчика, работающего на фотоэлементе).

Усовершенствование больничного инвентаря. В Дарницкой больнице изготовили футляры с плотно закрывающимися крышками. В этих футлярах удобно выносить из палат судна — они гигиеничны, облегчают труд санитарок (рис. 1).

В больнице не всегда можно пользоваться пылесосом, особенно в палатах, где лежат тяжелобольные: пылесос издает резкий шум. После уборки обычными средствами (щеткой, веником) сор собирают совком. В Дарнице пользуются закрытым «автоматическим» совком. Как только его ставят на пол, он открывается, когда приподнимают, его затворка захлопывается. Такой совок удобен и гигиеничен.



Каким должен быть пост дежурной медицинской сестры? Существующий почти повсеместно однотумбовый столик неудобен, даже когда к нему пристраивают шкафы и шкафчики. В Дарницкой больнице изготовили с этой целью секретер (рис. 2). Верхние два ящика отведены под медикаменты группы «А» и «Б», ниже — открытая полка для стеклянной посуды, еще ниже — два ряда шкатулок для порошков. Общая дверца откидывается и служит столиком. Нижнее (под плоскостью стола) отделение отведено для других предметов (грелки, зонды и т. д.).