

Отдел III. Из практики.

Из Акунш.-гинеко. к-ки I ММИ (дир. з. д. н. проф. М. С. Малиновский) и фармакологического института I ММИ (дир. проф. В. В. Николаев).

Клиническое испытание сульфихтона.

Прив.-доц. В. И. Здравомыслов и проф. В. В. Николаев.

Широко применяемый в медицине ихтиол (*Ammonium sulfoichthyolicum*, вызвавшийся ранее из Германии), теперь производится в заводском масштабе в Советском союзе, где он запатентован под названием „*Sulfichton ammonium rossicum*“. Советский сульфихтон, постепенно улучшаясь, в настоящее время почти не уступает по качеству иностранным образцам.

За последнее время по ряду технических причин была видоизменена технология процесса получения сульфихтона. При обработке сланцевой смолы в некоторых случаях стали применять керосин.

В виду возможной токсичности полученного новым способом сульфихтона, последний был передан для клинического испытания. Испытания производились в послеродовом и септическом отделениях и лаборатории акушерско-гинекологической клиники I ММИ и в фармакологическом институте I ММИ. Вышеуказанный образец сульфихтона был испытан как наружное и полувнутреннее средство и, наконец, в виде парентеральных инъекций.

10% и 20% сульфихтоновая мазь на вазелине не вызвала никакого раздражения кожи и действовала подобно мази из старого образца ихтиола (*Ammonium sulfoichthyolicum*). Ректальные свечи с 0,2 и 0,3 сульфихтона на масле какао, примененные при геморрое у родильниц, также не вызвали раздражения слизистой прямой кишки, содействуя сморщиванию геморроидальных шишек и уменьшению болей. Для влагалищного употребления был приготовлен 10% раствор сульфихтона в глицерине; таким раствором мы смачивали ватные тампоны и применяли их при эрозиях влагалищной части шейки матки и для смазывания цервикального канала при эндоцервитах. И в этих случаях от сульфихтона раздражений не было. Терапевтическое же действие, сказывавшееся как и при *Ammonii sulfoichthyolici* в эпителизации эрозированных мест, протекало в обычном темпе. Таким образом испытуемый образец сульфихтона при наружном и полувнутреннем применении показал себя не хуже старых образцов ихтиола.

Для того, чтобы вывести окончательное заключение о возможности применения вышеуказанного образца сульфихтона, необходимо было провести его парентеральное испытание, обратив внимание на возможную его токсичность.

Прежде чем приступить к парентеральному введению сульфихтона на больных людях, были предприняты опыты на животных. Сначала 5% водный стерильный раствор сульфихтона, а затем и 10% раствор в количестве 1,0—2,0 вводился кроликам подкожно и внутримышечно.

Инъекции обоих растворов рассасывались довольно быстро и обычно на другой день после инъекции на месте укола инфильтрата не прощупывалось и животное на болезненность на месте укола не жаловалось.

Эти положительные результаты экспериментальных наблюдений дали возможность приступить к парентеральному введению испытуемого образца сульфихтона непосредственно больным женщинам. Предварительно у всех больных были взяты на исследование кровь и моча. Впрыскивался 10% водный стерильный раствор сульфихтона в количестве 2,0. Часть больных получила инъекции внутримышечно в левую ягодицу, а часть—подкожно в левое бедро. На следующий день после первой инъекции у больных снова производился анализ крови и мочи и делались такие инъекции в правую половину тела. Через сутки-двое больные снова подвергались лабораторному обследованию.

Все инъекции в момент впрыскивания протекали совершенно безболезненно, за исключением одного укола, но здесь причиной была тупая игла, а не вливаемое вещество. В дальнейшем места внутримышечных инъекций были безболезненны, а—подкожных первые 2—3 дня сохраняли заметную чувствительность. Инфильтрата инъекции не дали ни разу. Хорошая переносимость испытуемого образца сульфихтона больными при парентеральных инъекциях (отсутствие болезненности и инфильтратов) показывает улучшение качества продукта по сравнению с ихтиолом, выпускавшимся 5—6 лет тому назад (Здравомыслов, Бергман), когда указанные осложнения все же имели место. Температурной реакции, как правило, не было, за исключением одной больной, имевшей подострый процесс и давшей после первой инъекции $39,0^{\circ}$ с обострением болей в пораженном участке (очаговая реакция) и после второй инъекции— $37,8^{\circ}$, с последующим улучшением как общего состояния, так и местного процесса.

Свойство испытуемого образца сульфихтона—не давать резкой температурной реакции при парентеральном введении, в противовес другим веществам, вводимым в организм с целью Reiztherapie, соответствует такому же свойству Ammonii sulfoichthyolici, описанному ранее (Здравомыслов, Азатын, Straszinski, Sokolski, Kennis и друг).

Клиническое исследование мочи не показало ни появления белка, ни каких либо других патологических изменений.

Клиническое исследование крови не обнаружило резких изменений под влиянием парентеральных инъекций сульфихтона. Среднее количество Hb у всех подопытных больных, бывшее до начала инъекции 56%, при последующих исследованиях показало снова 56% и после окончания опыта—60%. Количество красных кровяных шариков дало соответственно средние цифры 3.601.000—3.556.000—3.792.000. Общее количество белых кровяных шариков, бывшее перед инъекциями несколько больше нормы, показало добавочное небольшое увеличение с последующим снижением. Лишь одна больная, давшая бурную температурную реакцию после первой инъекции, имела соответственно после нее и значительное повышение лейкоцитоза (с 10.000 до 13.400), со снижением до 11.500 после второй инъекции и с последующим возвращением к первоначальному количеству через 2 дня. Резкого сдвига лейкоцитарной формулы в какую-либо определенную сторону тоже не получено; были случаи сдвигов как вправо, так и влево, два случая сдвига не дали совершенно.

Означенное обстоятельство соответствует данным Азатиана, проводившего работу с Ammonium Sulfoichthyolicum.

Кроме обычного клинического исследования мочи, была поставлена специальная реакция на фенол, давшая во всех случаях отрицательный результат, и только в моче одной больной оказались очень незначительные следы фенола, обнаруживаемые при помощи самого чувствительного реактива. Присутствие такого количества фенола в моче не является противопоказанием к применению испытуемого препарата с терапевтической целью, тем более, что следы фенола в моче могут зависеть от пищеварительных процессов в кишечнике, без всякого приема фенола в каком бы то ни было виде.

Таким образом, на основании вышеприведенных испытаний, можно прийти к заключению, что испытуемый образец сульфихтона, полученный с применением керосина, может быть употребляем в терапии наравне с Ammonium Sulfoichthyolicum.

Сарапульская городская больница (завед. отдел. П. П. Митрофанов).

Ранение околосердечной сумки без ранения сердца.

П. П. Митрофанов.

Герцен, Напалков считают, что ранение околосердечной сумки, без ранения сердца, представляет исключительный научно-практический интерес. По сборной статье тике Чугаева до 1901 г. отмечено в мировой литературе 27 случаев. По материалу Обуховской больницы по 1927 год—10 случаев и д-ром Иргером (Н. Х. А., № 57, 1928 г.) описано два случая ранения околосердечной сумки без ранения сердца, оба с смертельным исходом. Одновременно при ранении околосердечной сумки бывает в большинстве случаев также повреждение плевры и легкого.

В нашем случае было резаное ранение грудной клетки, с повреждением плевры, легкого и околосердечной сумки.

Ист. болезни Гр-ка Б-на, 34 лет, доставлена станцией скорой помощи в хирург. отдел. горб-цы 15/XII 34 года. При осмотре обнаружено: резаное ранение грудной клетки слева, между 4-м и 5-м ребрами, рана длиной 5 см.; из раны выделяется пенящаяся кровь. Цианоз, одышка, пульс почти не прощупывается, шейные вены напряжены. Через 30 мин. операция под общим наркозом (смесь Вальбота). Видоизмененный разрез Робертса от грудины влево, по верхнему краю 6-го ребра, оглябая вверх грудную железу. Кожно-мышечный лоскут с грудной железой откинут вверх. Резецированы 4-е, 5-е ребро дл. 6 см. Вскрыта плевра: образовано отверстие для свободного введения руки. Из плеврального мешка удалено большое кол-во свежей и свернувшейся крови. Левое легкое находилось в спавшемся состоянии; внутренний край верхней доли легкого имеет резаную сквозную кровоточащую рану. На рану легкого наложены швы. Средостение заполнено кровью. Кровь удалена, сосуды перевязаны. В освобожденном от крови средостении установлено: смещение сердца вправо; обнаружена рана перикардия длиной 2 см., перикардий наполнен кровью; рана была распарена вверх и вниз, кровь из околосердечной сумки удалена (около 400 г.) Сердце приподнято рукой, осмотрено, повреждения не обнаружено. По удалении крови из перикардия, сердце заметно усилило свою работу. Швы на околосердечную сумку. Запята плевра. Костный дефект закрыт кожно-мышечным лоскутом с грудной железой. Глухие швы на кожу. Вливание физиологического раствора. Кофеин. Через час после операции пульс стал лучшего наполнения, 120 удар, ритмич., дыхание свободное.

19/XII 1934 г. больная продемонстрирована проф. В. К. Шамагиным, который нашел больную в удовлетворительном состоянии и рекомендовал дольше выдерживать