

содержания гемоглобина ниже 70 ед., а по существу, картина крови не ухудшалась, тогда как, по сообщению О. Л. Гордона и Г. Ф. Марковой, после гастрэктомии наблюдается в 26% гиперхромная анемия.

Диетический режим после резекции желудка достаточно полно описан в руководствах по лечебному питанию, и, нужно сказать, оправдал себя. Диететика оперированных была построена во многом лишь на основании опыта, и только в последнее время она стала получать экспериментальное подтверждение. Так, например, в последние годы экспериментальными работами отечественных ученых выявлено, что тонкий кишечник — основной компенсирующий орган утерянной пищеварительной деятельности желудка, причем повышение ферментовыделительной функции кишечника наиболее выражено на пептон (бульон). В клинике госпитальной хирургии педиатрического факультета Казанского медицинского института еще с 1936 г. в раннюю послеоперационную диету был введен мясной бульон, который давался больным уже со второго дня после резекции желудка.

Исходя из наших данных, мы считаем, что и резецированный желудок в течение первого года после операции в некоторой степени может участвовать в пищеварении. Даже через 4 месяца желудочный сок обладает очень большой пептической активностью и способен при относительно небольшой кислотности обеспечить хорошее пищеварение при достаточной экспозиции. Поэтому, по нашему мнению, послеоперационный диетический режим больным должен быть индивидуализирован, с учетом функционального состояния резецированного желудка.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бадилькес С. О. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, Медгиз, 1956.— 2. Березенцев В. П. Вест. хир. им. Грекова, 1958, 2.— 3. Березов Е. Л. Вопросы хирургии желудка и пищевода. Горький, 1956.— 4. Воробьев А. М. Физиол. журн. СССР, 1936, т. 21, вып. 5—6.— Гордон О. Л. Вopr. патол. орган. пищеварения, Москва, 1951.— 6. Гошкина А. И. Вест. хир. им. Грекова, 1953, 2.— 7. Гуляева Е. И. Динамика желудочной секреции у больных, оперированных по поводу язвенной болезни. Канд. дисс., Горький, 1953.— 8. Зарубин С. А. Отдаленные последствия резекции желудка при язвенной болезни. Докт. дисс., Горький, 1954.— 9. Захаров Н. А. Характеристика функции желудка у человека до и после операции по поводу опухолей и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореф. канд. дисс., Рязань, 1955.— 10. Корняева Н. В. Труды ВММА, 1955, т. 51.— 11. Лазовский Ю. М. Функциональная морфология желудка в норме и патологии, АМН СССР, 1948.— 12. Пятницкий Н. П. Труды 3-й Всесоюз. конф. врачей-лаборантов. Ленинград, 1955.— 13. Разенков И. П. Арх. биол. наук, 1925, т. 25, вып. 1—3.— 14. Соловьев А. В. Роль и значение нервной системы в регуляции секреторной функции желудка и поджелудочной железы. Докт. дисс., Ленинград, 1953.— 15. Юдин С. С. Труды 24-го съезда хирургов, 1939.— 16. Ege R. und P. Menck-Thygesen. Bioch. Ztschr., 1933, Bd. 264.

Поступила 17 марта 1959 г.

## ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ АНТИБИОТИКАМИ И НОРСУЛЬФАЗОЛОМ

*Асс. Л. И. Москвичева*

Из госпитальной терапевтической клиники (зав.—проф. Л. С. Шварц)  
и кафедры микробиологии (зав.—проф. С. И. Шеришорина)  
Саратовского медицинского института

Применение сульфаниламидных препаратов и антибиотиков у больных крупозной и очаговой пневмониями, несомненно, резко снизило смертность и число осложнений.

Однако, за последние годы все чаще выявляются случаи пневмоний,

резистентных к сульфаниламидным препаратам и антибиотикам, в связи с появлением возбудителей, устойчивых к указанным препаратам. Эта устойчивость может выражаться различно, начиная от небольшого снижения чувствительности, до полной ее потери (А. И. Пинес).

Для лучшего терапевтического эффекта и для предотвращения развития лекарственной устойчивости многие авторы рекомендуют применять одновременно ряд антибиотиков (М. И. Николаев, Арутюнов, Ляховецкий, Оурд и др.) с различными спектрами действия.

Но при подборе антибиотиков и сульфаниламидных препаратов необходимо учитывать, что, помимо явления синергизма, можно получить и антагонистическое действие или явление индифферентности. Это может зависеть не только от состава, но и от концентрации антибиотиков, входящих в комбинацию (Квирикадзе).

Мы поставили своей задачей изучение особенностей течения пневмоний у больных, леченных антибиотиками и сульфаниламидами (норсульфазолом). Под нашим наблюдением было 788 больных, леченных в стационаре 1-й клинической больницы Саратова за период с 1953 по 1956 гг., 288 из них страдали крупозной (36%) и 500 (64%) — очаговой пневмониями.

Большинство составляли лица до 50-летнего возраста (480 человек, то есть 60,9%).

240 больных (32%) получали только норсульфазол, 63 (9%) — антибиотики, 24 (3%) — комбинацию антибиотиков, и 434 (56%) — комбинацию сульфаниламидов и антибиотиков.

Температура упала в период так называемого «лекарственного кризиса», то есть в течение первых 2—3 дней лечения, только у 111 больных, или в 18% случаев. У 275 больных (44%) падение температуры наступило в сроки от 4-го до 11-го дня лечения. Больше 15 дней температура держалась у 186 больных (29%). У 95 (12%) к моменту выписки температура оставалась субфебрильной.

К моменту выписки не было физикальных изменений в легких лишь у 36,5%; у 576 больных прослушивались хрипы, а у 200 были изменения дыхания.

Рентгенологически изменения в легких в виде усиления легочного рисунка или инфильтративных изменений оставались еще у 50% больных.

Мы наблюдали следующие осложнения: сухой плеврит — у 19 больных; экссудативный — у 28, абсцесс легкого — у 9, пневмосклероз — у 1, токсический гепатит — у 4, очаговый нефрит — у 5, миокардит — у 1.

Недостаточная эффективность терапии норсульфазолом и антибиотиками у значительного числа больных заставила нас проверить чувствительность пневмококка, полученного от больных пневмонией, к различным концентрациям антибиотиков и норсульфазола и к их различным комбинациям.

Бактериологически исследовались больные с затянувшимся течением пневмонии (7 — с крупозной и 11 — очаговой). У 8 больных чувствительность возбудителя определялась на жидких средах методом серийных разведений, у 10 — по методу Луриа (добавление в расплавленный агар различных концентраций и смесей антибиотиков и норсульфазола с последующим посевом культуры на поверхности агара и подсчетом колоний). Из антибиотиков мы использовали пенициллин, стрептомицин, биомицин.

Наши исследования, в согласии с литературными данными, показали, что действие антибиотиков и норсульфазола на культуру пневмококка зависит от концентрации препарата — большие дозы оказывают не только бактериостатическое, но и бактерицидное действие, малые же концентрации приводят иногда даже к усилению роста бактерий по отношению к контролю.

При комбинировании антибиотиков и норсульфазола какой-либо определенной закономерности мы отметить не могли, хотя добавление сульфаниламидного препарата к комбинации антибиотиков дает часто лучшие результаты, чем одни антибиотики.

При комбинации биомицина и пенициллина выступает синергическое действие этих антибиотиков, даже если лечебная доза биомицина сочетается с нелечебной (малой) дозой пенициллина, или наоборот. Если же оба антибиотика применяются в недостаточных дозах, то в ряде случаев положительного лечебного эффекта добиться не удалось.

Позволяем себе сделать следующие выводы:

1. Изучение течения пневмоний за ряд лет выявило у значительной части больных недостаточную эффективность антибиотиков и норсульфазола, даже при применении их комбинаций.

2. Неэффективность терапии пневмоний норсульфазолом и антибиотиками зависит в основном от развития устойчивости возбудителя к указанным препаратам из-за недостаточной дозировки или неправильного применения.

3. Лучшее терапевтическое действие отмечается при применении биомицина или его комбинации с пенициллином.

4. При отсутствии положительного эффекта от применения сульфаниламидов или антибиотиков в течение 2—3 дней рекомендуется комбинированная терапия сульфаниламидами и антибиотиками.

5. В связи с тем, что при применении малых доз антибиотиков получено усиление роста бактерий, лечение недостаточными дозами может привести к ухудшению процесса.

6. При исследовании чувствительности возбудителя к антибиотикам, сульфаниламидам и их комбинации целесообразно пользоваться не только методом антибактериальных дисков, но в некоторых случаях и методом Луриа.

Поступила 24 июня 1958 г.

## О ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА БЕДРА У ДЕТЕЙ

*Канд. мед. наук Т. П. Завьялова*

Из детского ортопедического отделения (зав. — канд. мед. наук Т. П. Завьялова) Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии

Лечение переломов бедренной кости в детском возрасте до сего времени еще представляет значительные трудности.

На основании изучения материалов нашего института за 1956—1957 гг. нам удалось выявить некоторые закономерности локализации переломов нижних конечностей, в зависимости от возраста. Оказалось, что у детей до 10 лет преобладают переломы бедра, в то время как у детей старше 10 лет чаще встречаются переломы голени.

За указанный период в детском отделении института лечили 72 ребенка с переломами бедра (57 мальчиков и 15 девочек).

По возрасту они распределялись следующим образом:

	мальчики	девочки
до 5 лет . . .	19	7
6—10 лет . . .	28	7
11—15 лет . . .	10	1

Подавляющее большинство составляли диафизарные переломы. Переломы шейки бедра и чрезвертельные переломы у детей, как известно, встречаются сравнительно редко.