

При изучении отдаленных результатов было установлено, что рецидивы заболевания отсутствовали лишь у 23. При этом из 57 больных с аллергией они обнаружены у 51, а из 43 без аллергии — у 26.

Рецидивы заболевания у больных обеих групп обычно не были связаны с объемом оперативного вмешательства. Они возникали относительно с одинаковой частотой как у тех больных, у которых наряду с полипотомией носа производились операции на решетчатом лабиринте и на гайморовых пазухах, так и у тех, у которых оперативное вмешательство ограничивалось лишь одной полипотомией носа.

## ВЫВОДЫ

1. Десенсибилизирующее действие пирабутола проявляется по-разному в зависимости от локализации аллергических проявлений.
2. При применении пирабутола у больных полипозными риносинуситами значительно сокращается количество рецидивов заболевания.
3. При сочетании полипозных риносинуситов с бронхиальной астмой применение пирабутола приводит к обострению последней.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Домашенко В. И. Офтальм. журн., 1960, 6.—2. Коган Г. Х. Врач. дело, 1963, 3.—3. Лебедев В. Н. Клин. мед., 1962, 1.—4. Тодоренко А. Д. Врач. дело, 1962, 9.

УДК 616—002.3—616.94—615.7

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛИКОЦИКЛИНА И ОЛЕТЕТРИНА ПРИ НАГНОИТЕЛЬНЫХ И СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*С. И. Ашбель, Д. Д. Завельгельский, И. А. Богословская и  
В. Г. Соколова*

*Клинический отдел (зав.—проф. С. И. Ашбель) Горьковского научно-исследовательского института гигиены труда и профзаболеваний*

Гликоциклин и олететрин были получены нами для клинического испытания из Всесоюзного научно-исследовательского института антибиотиков (ВНИИА) Министерства здравоохранения СССР.

Гликоциклин — новое синтетическое производное тетрациклина (N-глицин-метилтетрациклин) — обладает широким спектром действия и активен в отношении грамположительных и грамотрицательных микробов.

Олететрин — комбинированный антибиотический препарат, в состав которого входят 2 части тетрациклина-хлоргидрата и одна часть олеандомицина-фосфата. Такое сочетание повышает активность препарата против грамположительных бактерий, замедляет образование устойчивых форм микробов.

Клиническое изучение эффективности указанных антибиотиков было проведено нами на 18 больных с нагноительными и септическими заболеваниями (см. табл. 1). У большинства этих больных заболевания протекали тяжело и нередко угрожали жизни пациентов. Проведенная у 14 больных до начала лечения гликоциклином или олететрином энергичная терапия различными антибактериальными препаратами не дала эффекта.

Гликоциклин мы вводили 1—2 раза в сутки внутривенно микроструйным (в течение 10 мин.) или капельным методом. Разовая доза для детей была 200 000 ед., для взрослых — от 300 000 до 500 000 ед. Длительность курса лечения — от 3 до 5 дней. За это время дети получали 1 200 000 — 1 400 000 ед., взрослые — от 900 000 до 3 500 000 ед.

Олететрин вводили также внутривенно, но только капельным методом (в течение 25 и более мин.). Доза для взрослых составляла 300 000 ед. В первые два дня препарат вводили 2 раза в сутки, в последующие дни — 1—2 раза. Суточная доза равнялась 500 000 ед. Курс лечения длился 4—8 дней, в течение которых больные получали от 3 500 000 до 6 000 000 ед. (14-летняя больная — 1 800 000 ед.).

Под влиянием лечения гликоциклином у 2 тяжело больных с пневмонией на фоне хронического нагноительного процесса в легких наступило улучшение самочувствия, температура снизилась с 38—39° до норм., уменьшился кашель и количество отделяемой мокроты, а также количество хрипов в легких; у 2 больных с обострением хронического нагноительного процесса в легких улучшилось самочувствие, в 2 раза снизилось количество отделяемой за сутки мокроты, катаральные явления в легких стали менее выраженными. У 1 больного с пневмосклерозом токсико-хими-

Эффективность лечения нагноительных и септических заболеваний гликоциклином и олететрином

Диагноз	Количество больных	Результат лечения					
		гликоциклин			олететрин		
		хороший	удовлетворительный	отсутствует	хороший	удовлетворительный	отсутствует
Обострение хронического нагноительного процесса в легких . . .	5	2	2	1			
Гнойный плеврит . . . . .	2				1	1	
Перитонит . . . . .	3	2	1		1		1
Септикопиемия . . . . .	2			2			
Септический эндокардит . . . . .	1				1		
Незаживающие инфицированные раны . . . . .	2		1		1		
Абсцедирующая дермоидная киста . . . . .	1	1					
<b>Итого . . . . .</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

ческой этиологии, осложненным хроническим нагноительным процессом в легких, применение гликоциклина оказалось неэффективным.

Двум больным с перфоративным гангренозным аппендицитом, осложненным у одного разлитым и у другого осумкованным перитонитом, гликоциклин вводили с 1—3-го дня после аппендэктомии в течение 2—4 дней. На курс лечения расходовали 2—4 млн. ед. У обоих больных лечение гликоциклином дало хороший терапевтический эффект: значительно улучшилось самочувствие, прекратились боли в животе, нормализовалась температура, исчезли перитонеальные явления. У этих больных после применения гликоциклина лечение другими антибиотиками не проводилось.

У 1 больного после резекции желудка развился панкреатический свищ и разлитой перитонит. Лечение этого больного гликоциклином дало удовлетворительный результат. После трехдневного применения препарата уменьшились боли в животе, снизилась температура с 40 до 38°, уменьшились воспалительные явления в области раны. Двое детей с септическими заболеваниями лечились гликоциклином без эффекта (у них не было своевременно распознано осложнение поддиафрагмальным абсцессом). Одна из них, с септикопиемией, разлитым перитонитом, с высоким тонкокишечным свищом, несмотря на вскрытие поддиафрагмального абсцесса и последующее применение мономицина, скончалась.

Клиническое испытание олететрина для внутривенного введения было проведено на 7 больных (см. табл. 1).

Лечение внутривенными вливаниями олететрина в течение 3 дней быстро улучшило здоровье больного, находившегося в крайне тяжелом состоянии в связи с разлитым гнойным плевритом на фоне ущемленной диафрагмальной грыжи с гангреной передней стенки желудка. В результате лечения температура у больного с 39—40° снизилась до нормы, резко уменьшилось количество гноя, выделяемого из плевральной полости, появился аппетит.

У другого больного с осумкованным метапневмоническим гнойным плевритом эффект лечения оказался удовлетворительным: общее состояние здоровья улучшилось, при рентгенологическом исследовании было обнаружено уменьшение жидкости в плевральной полости.

У больного с разлитым перитонитом, находившегося в состоянии крайней тяжести, внутривенное введение олететрина в течение 3 дней привело к быстрому улучшению общего состояния, снижению температуры до нормы и значительному уменьшению выраженности явлений перитонита (уменьшились боли в брюшной полости, стали отходить газы и исчезли клинические симптомы раздражения брюшины). В дальнейшем антибактериальная терапия больному не проводилась и заболевание завершилось выздоровлением.

У другой больной с крайне тяжелым состоянием вследствие перитонита, развившегося после операции по поводу ракового заболевания желудочно-кишечного тракта, во время лечения олететрином температура снизилась с 38,5° до нормы. Однако в связи с нарастающими явлениями интоксикации, вызванной недостаточностью кишечного анастомоза, больная скончалась.

У больной с септическим эндокардитом лечение внутривенными вливаниями олететрина продолжалось 8 дней. В результате наступило значительное улучшение общего самочувствия, стойко нормализовалась температура, до того гектическая, исчез-

ли ознобы и поты, уменьшилась одышка и неприятные ощущения в области сердца, улучшились гематологические показатели.

Больному с упорно не заживающими в течение года инфицированными ранами на месте послеожоговых рубцов лечение внутривенными вливаниями олететрина также было продолжено до 7 дней, причем удалось добиться заживления раны: боли и отек исчезли, прекратились гнойные выделения, закрылись свищи.

Таким образом, у 5 больных непосредственный результат лечения внутривенными вливаниями олететрина был хорошим, у 2 из них необходимости в дальнейшем применении других антибиотиков не было.

Внутривенное введение гликоциклина и олететрина хорошо переносилось большинством больных. Только у 2 больных при внутривенном введении гликоциклина возникли боли и гиперемия по ходу вены. Эти явления держались в течение нескольких часов. У одной больной, лечившейся пенициллином, стрептомицином, тетрациклином, после внутривенных вливаний гликоциклина появился дрожжеподобный грибок рода кандиды в соскобе с языка, в моче, мокроте в значительном количестве (почкующиеся формы и нити мицелия).

Итак, из 18 взятых нами под наблюдение больных внутривенное введение в течение 3—8 дней гликоциклина или олететрина у 5 привело к практическому выздоровлению без дальнейшего применения этих, а также других антибиотиков.

У 10 больных был получен также благоприятный терапевтический эффект, однако после достижения (в результате внутривенного введения указанных антибиотиков) перелома в течении заболевания эти больные нуждались в продолжении лечения другими антибактериальными препаратами. Ранее прекращение антибиотикотерапии приводило в отдельных случаях к ухудшению состояния больных. Отсутствие клинического эффекта при внутривенном введении гликоциклина и олететрина было только у 3 больных.

УДК 616—089.5—031.81

## ВВОДНЫЙ МАСОЧНЫЙ ХЛОРЭТИЛОВЫЙ НАРКОЗ<sup>1</sup>

А. А. Ивунин

22-я хирургическая больница (главврач — А. П. Лихачев), г. Горький

Для вводного наркоза мы применяли хлорэтил в смеси с кислородом. Предпосылкой к этому послужили фармакодинамические свойства хлорэтила: он не вызывает чувства удушья, не имеет неприятного запаха, очень быстро действует, не изменяется в организме и быстро выводится. Отрицательные стороны его связаны с дозировкой и недостаточной легочной вентиляцией.

Введение в наркоз хлорэтилом осуществляли при помощи малого испарителя наркозного аппарата УНА-1. В стакан испарителя наливали 2—3 мл хлорэтила через носик ампулы. Такое количество хлорэтила исключало передозировку, но вполне обеспечивало введение больного в наркоз. Подачу хлорэтила дозировали путем поворота ручки, регулирующей количество наркотического вещества в газообразном состоянии по условной шкале от 0 до 4.

Премедикацию применяли общепринятую — атропином с промедолом в дозировках, соответствующих весу и возрасту больных.

Перед введением в наркоз больной в течение минуты насыщался кислородом через маску наркозного аппарата с потоком кислорода 2 л/мин. при полузакрытой системе. После этого включали малый испаритель с хлорэтилом, установив дозиметрическую ручку вначале на цифру 1 шкалы, чтобы дать больному возможность привыкнуть к запаху хлорэтила. Затем ручку ставили на цифру 4, и больной насыщался смесью хлорэтила с кислородом.

В течение 2—3-минутного насыщения хлорэтилом контакт с больным прекращался — наступала стадия анальгезии. С этого момента включали эфирницу — к смеси добавлялся эфир. Параллельно с включением эфира и увеличением его дозировки закрывали дозиметр малого испарителя и прекращали подачу хлорэтила. Больной быстро и плавно входил в наркоз без резких признаков возбуждения. Далее наркоз поддерживали смесью эфира с кислородом.

Такую методику мы применяем с января 1964 г. как при интубационном, так и при масочном эфирно-кислородном наркозе. За это время проведено более 600 введений в наркоз хлорэтилом в смеси с кислородом с хорошими результатами.

Осложнений от введения в наркоз хлорэтилом с кислородом мы не наблюдали.

<sup>1</sup> Статья печатается в порядке обсуждения. Ввиду отсутствия совершенной наркозной аппаратуры для дачи хлорэтила рекомендовать этот метод для широкого применения преждевременно. (Ред.)