

Противопоказанием к применению фурадонина является недостаточность деятельности обеих почек, так как может произойти накопление препарата в токсических концентрациях.

Дозировка: 4—5 раз в сутки по 0,1, детям из расчета 5 мг/кг в сутки (разделить на 4 приема). Курс лечения не более 10—15 дней. При увеличении количества остаточного азота в крови до 50 мг и выше рекомендуется уменьшить дозировку вдвое. Не следует применять фурадонин длительно, особенно месяцами, поскольку в таких случаях могут наблюдаться серьезные токсические явления, а также развитие устойчивости к нитрофуранам у возбудителя.

Фурацилин. Ввиду большей токсичности по сравнению с фуразолидоном и другими нитрофуранами и меньшего выделения с мочей в урологии применяется только при отсутствии других препаратов этой группы. Внутрь назначается взрослым по 0,1 4 раза в сутки, детям до 6 месяцев из расчета 4—6 мг/кг, а старше 6 месяцев — по 6—8 мг/кг в сутки. Курс лечения — 6—8 дней.

Фуразолидон. Слабо растворим в воде, но, в отличие от фурадонина, быстро создает в крови значительные и длительно сохраняющиеся концентрации, а затем проникает в различные внутренние органы и ткани. Может оказывать лечебное действие при воспалительных поражениях во внутренних органах и при септических инфекциях. Из крови быстро и в значительных концентрациях проникает в мочу, окрашивая ее в желтый цвет (максимальные концентрации в моче отмечаются уже через 2 часа). В 8—10 раз менее токсичен, чем фурадонин или фурацилин (а также левомицетин и биомидин), реже оказывает побочное действие и является весьма активным лечебным средством и в урологической практике.

Дозировка: взрослым 4 раза в сутки по 0,1, детям из расчета 8—10 мг/кг в сутки. Курс лечения — до 10 дней.

Фуразолин. Особенно рекомендуется при септических инфекциях, поскольку быстро появляется в крови и затем длительно и в значительных концентрациях в ней сохраняется. Так же быстро и в довольно большом количестве (хотя меньше, чем фурадонин, фуразолидон и фурагин) проникает в мочу. Весьма активен при многих урологических инфекциях, особенно стафилококковых. Значительно реже, чем фурадонин и фурацилин, вызывает побочные явления. По активности действия на патогенные стафилококки почти не уступает фуразолидону. Дозировка и курс лечения — как у последнего.

Фурагин (ранее назывался фуразином). Характеризуется высокой антимикробной активностью (по действию на стафилококки мало отличается от фуразолидона и фуразолина), являясь наименее токсичным из всех описываемых нами нитрофуранов, хорошо переносится больными. С мочой выделяется в значительных количествах, но появляется в ней медленнее, чем остальные препараты этой группы: максимальная концентрация отмечается только через 10—14 часов после приема. Однако выделение продолжается не менее суток; в небольших количествах обнаруживается в моче даже через 2 суток.

Учитывая эти особенности фурагина, можно рекомендовать комбинированный метод лечения: первый день его назначают вместе с фуразолидоном или фурадоном (в полных дозах), а на следующий день дают только один фурагин. Это обеспечивает быстрое создание в моче достаточных концентраций нитрофуранов, поддерживаемое затем сравнительно небольшими дозами фурагина.

Дозировка: взрослым по 0,1 4 раза в сутки, детям из расчета 5 мг/кг в сутки. Курс лечения — до 10 дней.

УДК 616.629—616—089

С. С. Курбанаева и Т. И. Аладышкина (Казань). К казуистике полного незаращения урахуса

Урахус представляет собой остаток протока между мезвевым пузырем эмбриона и внебрюшинной частью аллантоиса. К 5—6 месяцам внутриутробной жизни просвет облитерируется в тяж — пузырно-пупочную связку. В некоторых случаях облитерация протока не наступает. Незаращение урахуса может быть полным и частичным. Диагностика полного незаращения урахуса иногда не представляет трудностей — отмечается выделение мочи в пупочное кольцо. В качестве дополнительного метода исследования применяют фистулографию или введение индигокармина в мочевой пузырь. Значительно труднее распознать частичное незаращение урахуса. В этих случаях могут образоваться кисты, которые нередко нагнаиваются и имитируют острую патологию живота (чаще острый аппендицит), и больные могут быть подвергнуты ненужному оперативному вмешательству.

Редкость подобной аномалии побудила нас поделиться нашим наблюдением.

Ф., 14 лет, впервые поступила в сентябре 1962 г. с жалобами на боли в правой половине живота. Через 2 часа с момента поступления была подвергнута аппендэктомии. Удален «катарально» измененный отросток. Послеоперационное течение гладкое. Однако боли в животе, особенно в области пупка, не прекращались.

Повторно больная поступила 18/XII 1962 г. с диагнозом — незаращение урахуса. Продолжает жаловаться на ноющие боли постоянного характера в области пупка

и выделения из пупочного кольца, которые беспокоят ее особенно последние 3 года. Прозрачные выделения иногда сменялись гнойными. Дизурических расстройств большая не отмечает.

Живот обычной формы, мягкий, незначительно болезненный справа от пупка. На дне пупка в лежачем положении большой скапливается прозрачная жидкость без цвета и запаха. Для уточнения диагноза в мочевоу пузырь введен концентрированный раствор метиленовой сини. Через 20 мин. на дне пупочной ямки появилась жидкость, окрашенная в синий цвет, что позволило установить связь пупочного свища с мочевоым пузырем и подтвердить диагноз полного незаращения урахуса.

3/1 1963 г. произведена операция (С. С. Курбанаева) под местной анестезией. Поскольку в свищевой ход на дне пупочной ямки вставить зонд не удалось, выделение и иссечение урахуса производились внебрюшинно, со дна мочевоого пузыря. На стенку последнего наложены двухрядные погружные швы (кетгутвые и шелковые). Предпузырная клетчатка дренирована марлевоым тампоном. Послеоперационное течение гладкое. Ф. выписана на 14-й день в хорошем состоянии.

Осмотрена через 2 года. Жалоб не предъявляет. Состояние хорошее. Свища нет.

УДК 616.65—002—615.7

А. Ф. Попов и Б. М. Титов (Казань). Лечение хронического простатита в условиях поликлиники

За 1963 г. в урологическом кабинете лечилось 42 больных с хроническим простатитом. Этиологическим фактором чаще являлась кокко-бациллярная флора. Из 42 больных 3 в прошлом болели гонореей, 8—неспецифическим уретритом, 20 перенесли острый, не до конца вылеченный простатит и у 11 причину и начало заболевания точно установить не удалось.

В возрасте от 20 до 30 лет было 14 больных, от 31 до 50 лет — 24 и от 51 до 60 лет — 4.

Длительность заболевания от нескольких месяцев до 2 лет была у 12, от 2 до 5 лет — у 18, от 5 до 10 лет — у 2, от 10 до 15 лет — у 2; у 8 больных сроки заболевания не установлены. Истинное начало заболевания не всегда, по-видимому, соответствует данным анамнеза.

Мы испытывали эффективность новокаино-антибиотико-гормональных пара-субкапсулярных блокад предстательной железы. Для блокад применялись пенициллин, стрептомицин, мономицин, колимицин и кортикотропные гормоны. Выбор того или иного антибиотика зависел от чувствительности к нему микрофлоры. В тех случаях, когда определить чувствительность микрофлоры к антибиотикам не удавалось, мы брали одновременно два вида антибиотиков. В 10 мл 1% новокаина растворяли 1 млн. ед. пенициллина и стрептомицина, после чего по 5 мл этого раствора вводили с каждой стороны (2,5 мл в окружающую клетчатку и 2,5 мл под капсулу предстательной железы) у нижних отделов боковых долей.

Больному придают колено-локтевое положение. Под контролем пальца, введенного в прямую кишку, производят вкол иглы в точку пересечения средней линии промежности с окружностью сфинктера и, предпосылая новокаин, продвигают ее к правой и левой доле. Блокаду повторяют через 1—2 дня до полного исчезновения микрофлоры и лейкоцитов или резкого уменьшения количества последних в простатическом секрете. Перед каждой блокадой в течение 1 мин. массируют железу. На курс лечения большиству больных достаточно 3—4 блокад. Далее таким же способом вводят кортизон (100 мг) или гидркортизон (50 мг на инъекцию). Гормоны вводят в первый день к одной, а через сутки — к другой доле железы. При этом способе лекарственные средства подводятся непосредственно к очагу воспаления, где происходит всасывание их в наибольшей концентрации; таким образом создаются более выгодные условия воздействия на воспалительный процесс (по сравнению с обычным внутримышечным введением). Количество гормональных инъекций такое же, как новокаино-антибиотиковых блокад — 3—4. На полный курс лечения в среднем требуется 15 дней. К концу лечения больные, как правило, отмечают значительное облегчение. Исчезают боли над лобком и в паховых областях, проходят дизурические явления, предстательная железа становится менее болезненной и плотной, яснее вырисовываются ее контуры, в простатическом секрете уменьшается количество лейкоцитов или они исчезают совсем. Каких-либо осложнений мы не наблюдали.

На сроках от 3 до 6 месяцев проводилось контрольное обследование всех лечившихся больных. Критерием выздоровления служили: отсутствие жалоб, безболезненность железы при пальпации, заметное уменьшение ее размеров и рассасывание плотных инфильтратов, более отчетливое вырисовывание контуров, исчезновение или резкое уменьшение лейкоцитов в простатическом секрете, исчезновение микрофлоры, нарастание лецитиновых зерен, полное восстановление половой функции.

Хорошие отдаленные результаты оказались у 30 больных (наступило полное выздоровление). С удовлетворительным результатом лечения было 9 человек. У них отмечались незначительное уплотнение паренхимы железы и понижение количества лецитиновых зерен. У 3 больных не наступило стойкого излечения: через 1—2 месяца появился рецидив болезни.