

Содержание Са в крови исследовано у 111 больных. У 44 обнаружена гиперкальциемия, у 59 уровень Са был в норме и у 8 — ниже нормы.

У 67 больных был сделан анализ суточной мочи на содержание в ней Са. У 25 больных количество Са в крови и в моче было в пределах нормы, у 32 оно было повышенным в крови и нормальным в моче, у 3 — нормальным в крови и повышенным в моче, у 7 — повышенным и в крови, и в моче.

Среди больных 1-й группы мы ни у одного не обнаружили рецидива мочекаменной болезни, среди больных 2-й группы рецидивное камнеобразование было у 3.

В 3-й группе рецидивов не было, а в 4-й из 7 чел. у 3 был рецидив камнеобразования, что дает возможность предполагать у них значительные нарушения кальциевого обмена.

Таким образом, мочекаменная болезнь является заболеванием, возникновение которого зависит от сочетания ряда факторов как экзогенного, так и эндогенного происхождения.

С. Н. Соринсон, М. К. Кушакова, Е. Е. Воронин, С. А. Комиссарова, Е. Т. Башкирова, Р. В. Меламед, Ф. И. Сперанская, Г. Ф. Мошковиц, Л. И. Немцова и О. К. Владыкина (Горький). Лечение больных острой дизентерией фтазином

УДК 616.935

На протяжении последнего десятилетия арсенал химиотерапевтических средств обогатился новой группой — сульфаниламидами продленного действия. Для обеспечения эффективной концентрации требуется прием всего 0,5—1,0 в сутки.

Во Всесоюзном химико-фармацевтическом институте им. С. Орджоникидзе был синтезирован новый препарат этой группы — фтазин (Т. В. Гортинская). Он представляет сульфацилпиримидин, в структуру которого включена фталевая кислота для уменьшения растворимости. Благодаря этому препарат накапливается в толстом кишечнике. Доказана его высокая эффективность при экспериментальной дизентерийной инфекции (Е. Н. Падейская). Фармакологический комитет МЗ СССР 25/XII 1964 г. разрешил его применение.

Мы наблюдали 234 больных (преимущественно в возрасте от 30 до 50 лет) с легкой и средне-тяжелой формой острой дизентерии. Диагноз был подтвержден бактериологически у 37,9% (выделились в основном шигеллы Зонне, реже Флекснера).

Больные получали фтазин в течение 5 дней два раза в день — первые 2 дня по 1,0 на прием, последующие 3 дня — по 0,5. У 150 больных лечение фтазином сочеталось с укороченным циклом лечения левомицетином или полимиксином (3 раза в день по 0,5 в течение 3 дней). Действенность этого метода сопоставлялась с результатами применения левомицетина (полимиксина) у 100 больных (5—6 ежедневных приемов по 0,5 в течение 5—7 дней). У остальных 84 больных, получавших только фтазин, эффективность лечения сравнивалась с результатами применения фталазола у 50 больных (5 ежедневных приемов по 1,0 в течение 5 дней).

Полученные данные свидетельствуют, что фтазин по своей клинической эффективности не уступает ни фталазолу, ни антибиотикам.

30 больных получали сульфадиметоксин в сочетании с левомицетином. Результаты лечения у них были столь же благоприятными. Это позволяет считать, что отмеченная клиническая эффективность фтазина при острой дизентерии, по-видимому, присуща всей группе сульфаниламидов продленного действия, в том числе с высокой растворимостью.

При лечении фтазином, как и фталазолом, у многих больных после окончания 5-дневного курса продолжали выделяться шигеллы. При применении фтазина отсутствие санации непосредственно после курса лечения выявилось у 19 из 48 больных, при применении фталазола — у 10 из 18. Вместе с тем при сочетанном применении фтазина с левомицетином у всех 25 больных с бактериологически подтвержденным диагнозом сразу после окончания курса лечения наступала санация.

Мы изучали чувствительность выделенных культур к фтазину и фталазолу. В подавляющем числе исследований шигеллы оказались к ним нечувствительными. Только в 3 культурах отмечена чувствительность к фтазину. Из этих 3 культур 2 были чувствительны и к фталазолу. Отсутствие чувствительности шигелл к сульфаниламидам установлено у многих больных с хорошими результатами лечения. Выделенные культуры были несравненно более чувствительны к левомицетину (42 из 55 культур).

Г. Т. Келейников (Пятигорск). Эффективность курортного лечения больных с повторными заболеваниями острым полиомиелитом

УДК 616.988.23—615.834

Повторные заболевания парализирующими формами полиомиелита встречаются очень редко. Их связывают с заражением больного вирусом другого иммунологиче-