

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 паралистическими формами полиомиелита встречаются очень редко. Их связывают с заражением больного вирусом другого иммунологиче-

ского типа, а редкость объясняют определенной степенью выработки иммунитета и к другим типам полиовируса (М. Войкулеску). В отечественной литературе описаны только единичные случаи повторных заболеваний полиомиелитом.

Приводим наши наблюдения.

1. М., 1923 г. рождения, в возрасте 3 лет внезапно заболела: была высокая температура и спутанность сознания. На 3-й день от начала заболевания на фоне снижения температуры до нормы и прояснения сознания развился вялый паралич обеих нижних конечностей с исчезновением сухожильных рефлексов при сохранении чувствительности и функции тазовых органов. Восстановление утраченных двигательных функций шло постепенно: к 6 месяцам от начала заболевания больная могла стоять, а через 1 год — передвигаться с палкой. К 8-летнему возрасту функция ног восстановилась до такой степени, что девочка могла бегать, прыгать, но легкая хромота оставалась (левая нога была короче и тоньше). В возрасте 24 лет повторно остро заболела: повысилась температура до 39,8°, появилась головная боль с тошнотой, развился паралич правой ноги, из-за чего больная слегла в постель. Температура нормализовалась через 3 дня. Чувствительность и функция тазовых органов не нарушались. Установлен диагноз: повторное заболевание полиомиелитом.

С 24/II по 24/III 1964 г. больная наблюдалась нами. Клинические проявления заболевания не вызывали сомнения, что больная перенесла острый полиомиелит. На ЭМГ — четкие указания на поражение переднего рога. Лечение: грязевые аппликации на поясницу и левую ногу (20 кг температурой 42°С в течение 15 мин.), на курс 9 процедур, в комбинации с углекисло-сероводородными ваннами температурой 37°С, продолжительностью 15 мин., на курс 11 процедур; ежедневный массаж пораженных групп мышц, лечебная гимнастика для парализованных и ослабленных групп мышц, дозированная ходьба, климатолечение. В результате наступило улучшение: в 5 из 19 пораженных мышц сила увеличилась до 1 балла, уменьшились атрофии на 0,5 см. Улучшилась опорная функция, появилась возможность передвигаться на большие расстояния без усталости.

2. Н., 31 года, перенесла полиомиелит в возрасте 2,5 лет. Был вялый парез правой руки и паралич левой ноги. В возрасте 20 лет повторно заболела полиомиелитом. На этот раз был парез левой руки и паралич правой ноги. Сухожильные рефлексы на пораженных конечностях не вызывались. Чувствительность и функция тазовых органов не нарушались. С 17/I по 12/II 1964 г. больная была под нашим наблюдением. Клинические проявления заболевания свидетельствовали, что больная перенесла острый полиомиелит. Это подтверждалось и данными ЭМГ. В результате лечения (углекисло-сероводородные ванны № 17, грязевые аппликации № 3, ЛФК, массаж) наступило улучшение: в 25 из 68 пораженных мышц сила возросла до 1 балла, улучшилась опорная функция правой ноги (больная может стоять на ней до 50 сек., а до лечения могла стоять до 5 сек.), появилась возможность передвигаться на 1 км (до лечения передвигалась на 500 м).

Комплексная курортная терапия является одним из эффективных звеньев этапного лечения больных с последствиями полиомиелита.

УДК 616.981.25—616.981.47—616—097

Л. Г. Максимова (Казань). Антигенные свойства стафилококка и протей

За последнее время внимание бактериологов и клиницистов привлекают к себе гнойные заболевания. Общеизвестно, что наиболее частым возбудителем гнойных заболеваний является стафилококк. Во многих случаях стафилококковая инфекция осложняется протеей. Это усугубляет течение процесса и переводит его в хроническую форму.

Мы изучали иммуногенные свойства стафилококка и протей, то есть проверяли невосприимчивость иммунизированных животных к последующему заражению указанными культурами. Для приготовления вакцины использовали свежeweделенные штаммы стафилококка и палочки протей. Стафилококк был выделен от больного с флегмоной левой кисти. Полученная культура давала гемолиз на кровяном агаре, коагулировала плазму через 4 часа, сбраживала маннит с образованием кислоты без газа, не разлагала лактозу и давала золотистый пигмент.

Протей был выделен от больной с трофической язвой левой голени. Данный штамм не давал гемолиза на кровяном агаре, разлагал мочевину, разжижал желатину, разлагал глюкозу с образованием кислоты и газа, не расщеплял лактозу, маннит и сахарозу, не образовывал сероводорода и индола. На основании этих данных штамм протей был отнесен к мирабилиному виду.

Приготовление вакцины из убитых культур стафилококка и протей осуществлялось по методу Т. Б. Горгиева. Параллельно готовились живые вакцины из тридцатидневных ослабленных культур стафилококка и протей этих же штаммов в титрах 1 млрд. микробных тел.

80 белых мышей были разделены на 2 группы, по 20 опытных и по 20 контрольных в каждой группе.