

та Шафраново. Это позволяет широко применять кумыс в любое время года. Такой кумыс мало отличается от натурального. Лечение кумысом следует проводить по показаниям с учетом индивидуальных особенностей больного и переносимости кумыса. Имеются больные, а также и здоровые лица, которые не переносят кумыс.

УДК 616,24—002:615.361

**И. Г. Даниляк, Н. И. Ромашова, Е. П. Гитель, Г. А. Смирнова (Москва).
Неробол в комплексном лечении больных хронической пневмонией**

Препарат анаболического действия неробол был применен у 34 больных с обострением хронической пневмонии. Кроме этого, больные получали антибактериальные, бронхорасширяющие, отхаркивающие средства. Контрольную группу составили 20 пациентов, которые не получали неробола. Обе группы больных были идентичными, что позволило в дальнейшем сравнивать результаты лечения.

В течение 1-й недели мы давали больным по 20 мг неробола в сутки, в течение 2-й — 15 мг, 3-й — 10 мг, 4-й — 5 мг. Результаты лечения оценивали по изменению самочувствия больных, динамике веса, снижению температуры, уменьшению или исчезновению кашля, хрипов в легких, количеству и гнойности мокроты, динамике рентгенологических показателей, количества лейкоцитов, РОЭ и белковых фракций сыворотки крови.

Все эти показатели улучшались или приходили к норме у больных основной группы достоверно быстрее, чем контрольной.

После лечения все пациенты прибавили в весе, в среднем на 3,1 кг. У 29 больных (78%), леченных нероболом, выявлено повышение содержания белка в сыворотке крови (в среднем на 0,45 г%). В процессе лечения нероболом наблюдалась тенденция к нормализации соотношения натрия/калия мочи. Диурез в процессе лечения не изменялся.

Прибавка в весе больных, принимавших неробол, обусловлена, по-видимому, истинно анаболическим его действием. Каких-либо побочных эффектов при применении препарата не отмечено.

В основной группе хорошие и отличные результаты были получены у 76,4% больных, в контрольной — только у 55%. Лечение оказалось неэффективным в контрольной группе у 15%, а в основной — только у 1 больного.

Включение неробола в комплексную терапию позволяло достигнуть положительных результатов и у больных с длительно существующими бронхоэктазами при наличии амилоидоза почек, у которых обычная противовоспалительная терапия не оказывала выраженного действия.

Таким образом, наши данные свидетельствуют о целесообразности включения неробола в комплекс лечения больных хронической пневмонией.

УДК 616—089.819.1

В. Н. Перепелица (Липецк). Методы предупреждения осложнений пункции и катетеризации магистральных вен

При катетеризации магистральных вен, которая произведена нами в 107 случаях у 98 больных в возрасте от 3 месяцев до 73 лет, мы в последнее время для упрощения методики применяем полиэтиленовые или полихлорвиниловые катетеры, насаженные на иглу для люмбальной пункции, моделируя их над пламенем спиртовки таким образом, чтобы конец катетера плотно охватывал иглу. Стерилизацию проводим путем кипячения в течение 10 мин. с последующим хранением в тройном растворе. После пункции вены катетер продвигаем по игле, как по проводнику, затем иглу удаляем. Игла с катетером намного упрощает и сокращает всю процедуру пункции магистральных вен, что важно в экстренных ситуациях. Недостатком данной методики является малая длина катетера, вследствие чего у тучных больных она малоприменяема. Из 25 катетеризаций по этой методике при 2 произошло выпадение катетера из вены под кожу.

Быстрое извлечение иглы с последующим прижатием места пункции пальцем позволяет избежать возникновения гематомы. Один раз была ошибочно пунктирована бедренная артерия; возникшая при этом гематома не требовала какого-либо специального лечения.

По нашим данным, боли в месте пункции обычно носят локальный характер с иррадиацией в шею, плечо, кисть, лопатку. Особенно часто они возникают после катетеризации полихлорвиниловым катетером. При применении катетера, насаженного на иглу для люмбальной пункции, боли, как правило, не наблюдались.

Одним из осложнений является тромбирование катетера сгустком крови. Промывание трубки гепарином до и после трансфузий не всегда избавляет от тромбирования. При попытках промыть катетер из шприца раствором возможен отрыв тромба и попадание сгустка крови в кровяное русло, что чревато серьезными осложнениями, вплоть до смертельных.

В последнее время мы obtурируем просвет катетера гибким мандреном из полиэфирных смол. Мандрен легко моделируется, чем достигается герметизация трубки. Длину мандрена подбираем такую, чтобы он не выстоял из просвета катетера, в противном случае на нем будет оседать фибрин.

Мы несколько видоизменили фиксацию катетера, применив круглый резиновый диск, который приклеиваем к коже полосками липкого пластыря. Под резиновый диск подкладываем марлевую салфетку, смоченную спирт-фурациллиновой смесью.

Нагноение подкожно-жировой клетчатки возникло у 2 больных. Его причинами могут быть: несоблюдение асептики во время пункции и катетеризации, неправильный уход за катетером, постоянная миграция наружного конца катетера вследствие несовершенного крепления последнего к поверхности тела.

Во избежание заноса инфекции и последующего нагноения кожи мы обрабатываем руки так же тщательно, как и при производстве оперативных вмешательств; не менее 3 раз в сутки смачиваем салфетку, расположенную в месте пункции, спирт-фурациллиновым раствором; через 1—2 дня меняем салфетки и проводим туалет кожи и наружного конца катетера. Мандрен для obtурации просвета катетера стерилизуем кипячением после каждого введения растворов, через день производим обкалывание кожи антибиотиками. Эта система мероприятий позволяет свести число нагноений кожи до минимума.

При явных признаках нагноения необходимо удалить катетер, чтобы избежать распространения инфекции вглубь по катетеру. Весь средний медперсонал должен быть проинструктирован по технике ухода за катетером, находящимся в магистральной вене.

УДК 616.37—002

А. В. Борецкая, Л. П. Сумаорокова (Уфа). К лечению хронического панкреатита

Под нашим наблюдением находились 60 больных с различными формами хронического панкреатита (18 мужчин и 42 женщины в возрасте от 20 до 59 лет). У 22 из них давность заболевания не превышала 3 лет, у 18 была от 3 до 5 лет и у 20 — свыше 5 лет.

Хронический рецидивирующий панкреатит был у 38 больных, хронический панкреатит с постоянными болями — у 10, латентная форма — у 9, склерозирующая форма — у 5 и псевдоопухолевая форма хронического панкреатита — у 3.

Жалобы на боли в эпигастриальной области предъявляли 48 больных, на боли в левом подреберье — 26, в правом подреберье — 24. У 38 больных боли носили опоясывающий характер. Значительная часть пациентов жаловалась на вздутие живота, отрыжку, тошноту, рвоту, понижение аппетита, нарушение стула, общую слабость, похудание. Приступы желчнокаменной болезни были у 11 больных, 8 из них были оперированы. Резекция желудка по поводу язвенной болезни была произведена у 5 больных, аппендэктомия — у 8.

У большинства больных хроническим панкреатитом наблюдалось увеличение объема каловых масс, изменение их вида и цвета, что указывало на нарушение внешнесекреторной функции поджелудочной железы. При анализе кала амилоррея обнаружена у 34 из 40 обследованных больных, креаторрея — у 18 и стеаторрея — у 25. У 40 больных хроническим панкреатитом был применен крахмальный тест. Обе гликемические кривые оказались идентичными только у 5 больных, а у 35 кривые, полученные после нагрузки крахмалом, были заметно снижены, что указывало на нарушение переваривания углеводов.

При исследовании внутрисекреторной функции поджелудочной железы у 27 больных зарегистрирован нормальный тип гликемических кривых, гипергликемический коэффициент был в пределах 1,1—1,8 (среднее значение — 1,4). У 26 больных гликемические кривые носили диабетический характер, гипергликемический коэффициент колебался от 1,4 до 2,9 (в среднем — 1,8). Следовательно, почти у половины больных хроническим панкреатитом было выявлено нарушение внутрисекреторной функции поджелудочной железы.

Все больные хроническим панкреатитом получали диетическое питание (стол № 5). Им назначали подкожные инъекции спазмолитиков (0,1% раствора атропина по 1 мл, 2% раствора папаверина по 2 мл и 0,2% платифиллина по 1 мл), желчегонные препараты (аллохол, холезим), витамины В₁, В₆ и С. При снижении внешнесекреторной функции поджелудочной железы больным давали панкреатин по 0,5—1,0 г, натуральный желудочный сок и 3% раствор соляной кислоты. Внутривенно вводили 0,5% раствор новокаина по 10—20 мл. При повышении активности амилазы больным с обострением хронического панкреатита дополнительно к указанной терапии вводили тразилол и кантрикал (через день или ежедневно капельно по 5000—10000 ед. внутривенно в 500 мл физиологического раствора). При резко выраженном болевом синдроме антагонисты препаратов с хорошим эффектом применяли у больных с нормальными и даже пониженными показателями активности амилазы в крови и моче.

В целях подавления воспалительного процесса, при наличии у больных температурной реакции, лейкоцитоза, ускорения РОЭ назначали антибиотики. Полное прекра-