

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 эпигастральной 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 амилоорея 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 анальгетические препараты 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-

шение или значительное уменьшение болей отмечалось у 54 из 60 больных. Более быстрое исчезновение болей наступало под влиянием лечения антиферментными препаратами. У больных улучшался аппетит, нормализовалась деятельность кишечника, они прибавляли в весе. Незначительная болезненность при пальпации поджелудочной железы сохранилась у трети больных.

УДК 616.7—007.681

Л. Е. Краснов (Казань). Действие миотического препарата фосфолин-йодида на зрачок и внутриглазное давление

Фосфолин-йодид (эктоиофат-йодид) был впервые синтезирован в США в 1957 г. Л. Э. Таммелином. В 1973 г. аналогичный препарат получен в ИОФХ им. А. Е. Арбузова АН СССР под руководством акад. Б. А. Арбузова и канд. хим. наук О. Н. Нуретдиновой.

По химическому строению препарат представляет собой йодметилат диэтилового эфира 2-диметиламиноэтилтиолфосфорной кислоты.

Это кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде; обладает сильным антихолинэстеразным действием.

Мы изучили влияние 0,1% раствора препарата на 10 кроликах. После закапывания препарата в конъюнктивальный мешок через 5—10 мин. начинается постепенное сужение зрачка, максимальный миоз (с 4,5 до 1,5 мм) наступает через 35—45 мин. Резкое сужение держится 6—12 часов, а затем зрачок постепенно расширяется и к 72 часам восстанавливается до исходной величины.

Внутриглазное давление у кроликов после одноразового закапывания 0,1% раствора фосфолин-йодида изменялось незначительно. Из 10 животных у 7 офтальмотонус понизился на 2—3 мм рт. ст., у 2 было кратковременное повышение давления, у 3 тензия не изменилась.

Через 24 часа внутриглазное давление возвращалось к исходной величине. Со стороны конъюнктивы и роговицы изменений не было, не отмечено также симптомов общей интоксикации.

Полученные данные свидетельствуют о сильном миотическом действии фосфолин-йодида и об отсутствии выраженного побочного эффекта. Это доказывает целесообразность проведения клинических испытаний препарата.

УДК 617.713

С. И. Сюняева (Уфа). Состояние прекорнеальной пленки при герпетических заболеваниях глаз

Предметом настоящей статьи является выяснение средней продолжительности времени увлажнения роговицы в норме и при герпетических заболеваниях глаз, особенно в случаях наслонения герпеса на законченный трахоматозный процесс.

Под наблюдением находилось 120 пациентов с различными клиническими проявлениями офтальмогерпеса; у 17 из них диагностирована трахома IV стадии.

Прекорнеальную пленку мы изучали в свете биомикроскопа. Перед началом осмотра обследуемым предлагали несколько раз сомкнуть веки, затем веки фиксировали. Время появления сухих очажков на роговице отмечали с помощью секундомера. Контрольную группу составляли здоровые лица в возрасте от 20 до 50 лет без каких-либо патологических отклонений со стороны глаз.

Сухие островки различной конфигурации на роговице появлялись у здоровых в среднем через $91 \pm 11,6$ сек., у больных с «чистым» герпесом глаза — через $16,0 \pm 1,9$ сек., при наслонении герпеса на законченный трахоматозный процесс — через $15,5 \pm 2,4$ сек. ($P < 0,001$).

Проба Ширмера № 1 у здоровых лиц колебалась в пределах 1—1,5 см. В остром периоде у больных она была повышенной (3 см и более). После клинического выздоровления у большинства из них испаряемость прекорнеальной пленки, проба Ширмера № 1 нормализовались.

У 5 из 17 больных с трахомой IV стадии и у 2 с «чистым» офтальмогерпесом явления дискомфорта в глазах не исчезли. Субъективно ощущалась сухость в глазах по утрам, резь, затуманивание. У всех больных был глубокий рецидивирующий герпетический процесс, протекающий с поражением конъюнктивы век (в патогистологических препаратах воспалительный процесс распространялся на тарзальную ткань и в долики мейбомиевых желез). Помимо этого, при клиническом обследовании в устьях мейбомиевых желез отмечалось накопление вязкого фиксированного секрета в виде кистовидных образований, жировых капель.

Через год у 4 больных чувство дискомфорта в глазах уменьшилось, у 3 улучшения не произошло. Сохранились также повышенная испаряемость прекорнеальной пленки и пониженная проба Ширмера № 1.