

шинства больных II А ст. и у половины больных II Б ст. Под влиянием одного резерпина или гипотиазида чаще уменьшались лишь головные боли и головокружение.

У больных II Б ст. резерпин или гипотиазид приводил к нормализации АД в 30—40%, при комбинированном же лечении — в 69%. Снижение общего холестерина в крови больных, принимавших резерпин в комбинации с гипотиазидом, наиболее выражено у больных II А ст. при исходном уровне его выше 200 мг%. Разница средних показателей холестерина у этой категории больных до и после комбинированной терапии равна $45 \pm 1,6$ мг% ($P < 0,001$). Применение отдельных препаратов не вызвало изменений в содержании холестерина. Не было под влиянием гипотензивной терапии существенных изменений в содержании отдельных фракций холестерина и лецитина.

Общим результатом лечения больных резерпином и комбинацией резерпина с гипотиазидом следует считать уменьшение запасов адреналиноподобных веществ (АПВ) в симпатических нервных окончаниях и органах, что вызывало снижение секреции их в кровь. В основе этого явления лежит, по мнению ряда исследователей (А. Л. Мясников, В. В. Меньшиков, З. М. Киселева и др., 1967), способность резерпина вызывать истощение катехоламинов в тканях. Средние показатели концентрации АПВ в крови до лечения были в пределах 8,8—12,5 мкг%, после применения резерпина или комбинации его с гипотиазидом эти показатели снизились до 5,0—6,0 мкг% ($P < 0,05$).

Лечение больных гипертонической болезнью только гипотиазидом не вызывало у них достоверного снижения АПВ в крови. У всех больных нами отмечено нормальное содержание натрия в плазме (290—356 мг%), которое существенно не изменилось и после гипотензивной терапии. Однако у 80% больных концентрация натрия в эритроцитах была высокой (70—90 мг%), и лишь у 20% она колебалась в пределах нормальных цифр (50—60 мг%). Концентрация натрия в эритроцитах увеличивается с прогрессированием болезни.

Комбинированная терапия резерпином и гипотиазидом вызывает заметное снижение АПВ в крови и уменьшение концентрации Na в эритроцитах, что, в свою очередь, меняя внутри-внеклеточный градиент Na, понижает чувствительность сосудистой стенки к вазопрессорным веществам. Вероятно, воздействием комбинированной терапии на различные патогенетические звенья гипертонической болезни и следует объяснить ее высокой клинический эффект.

УДК 616—002.77—616—084—616—036.65—615.779.9

А. Ю. Болотина (Москва). К оценке дюранных свойств бициллинов

Для профилактики рецидивов ревматизма применяются различные препараты пеницилина продленного действия — бициллины.

Исследование проведено у взрослых больных ревматизмом в неактивной фазе или при минимальной активности процесса, которым проводилась профилактика в поликлинике. Результаты исследований изложены в таблице.

Концентрация пенициллина в сыворотке крови после введения различных препаратов бициллина

Препарат	Доза	День после инъекции	Число исследованных	Средняя концентрация пенициллина, ед./мл	$\pm \sigma$	% больных с концентрацией ниже 0,03 ед./мл
Бициллин-1 . . .	600 000	7	10	0,11	0,08	0
Бициллин-3 . . .	600 000	5—6	21	0,05	0,06	5
Бициллин-1 . . .	1 200 000	14	15	0,08	0,05	13
Бициллин-1 . . .	1 200 000	21	52	0,04	0,04	5
Бициллин-5 . . .	1 500 000	28	51	0,06	0,04	0

Таким образом, дюрантность различных видов и различных доз бициллина неодинакова, что определяет методику введения этих препаратов при бициллинопрофилактике рецидивов ревматизма.

УДК 615.370.96—616.24—002.5

Е. И. Родионова (Казань). Применение бактериофага при лечении больных туберкулезом легких

Мы применили туберкулезный бактериофаг, полученный в 1964 г. проф. Б. Л. Мазуром, в стационаре Республиканского противотуберкулезного диспансера у 34 больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, у 5 с кавернозным, у 8 с гематогенно-диссеминированным, у 10 с инфильтративно-пневмоническим и у 1 с очаговым.

Бактериофаг вводили интратрахеально от 1,5 до 8 мл 1 раз в неделю после предварительной анестезии дыхательных путей 1% раствором диканна. Больных клали на бок соответственно расположению каверны. Все больные получали от 17 до 40 вливаний. Обычно 10—12 вливаний мы проводили в стационаре, а остальные — амбулаторно.

Большинство больных переносило бактериофаг хорошо, но у некоторых появлялись озноб, головные боли, недомогание, тошнота, иногда рвота. Как правило, с уменьшением дозы бактериофага реакции прекращались. Лишь 2 больным вливания были отменены из-за непереносимости.

В результате длительного применения бактериофага у 32 больных наступило улучшение общего состояния и рентгенологической картины в легких. У 18 больных произошло рассасывание очаговых изменений и закрытие полости распада. До применения бактериофага почти все больные длительно, но безрезультатно лечились антибактериальными препаратами.

Всегда положительный эффект мы получали при «раздутых» кавернах, где было специфическое поражение бронха и соответственно нарушался дренаж каверны.

У 8 больных рентгенологическая картина в легких осталась без изменений, хотя общее состояние этих больных за время лечения было хорошим.

Наши наблюдения дают основание считать, что бактериофаг является ценным дополнительным средством в комплексном лечении туберкулезных больных.

УДК 616.33—007.59

А. Ф. Агеев и А. П. Максимов (Казань). Заворот желудка

Заворот желудка относится к числу редко встречающихся заболеваний. Мы наблюдали больного с заворотом желудка, распознанным во время рентгенологического исследования.

К., 18 лет, поступил 6/IV 1967 г. с жалобами на боли в эпигастриальной области, возникающие приступообразно после приема пищи или физического напряжения и проходящие после 10—15-минутного покоя или после рвоты. Заболел год назад, неоднократно был обследован; лечился по поводу хронического гастрита.

Больной астенического телосложения. При первичном осмотре со стороны органов грудной клетки и полости живота патологических изменений не выявлено. Анализ желудочного сока: до завтрака свободная HCl — 0, общая — 10, после завтрака — соответственно 4—14 и 18—28. В осадке умеренное количество лейкоцитов. При рентгеноскопии желудка в нем обнаружено значительное количество жидкости. Антральный его отдел и луковица двенадцатиперстной кишки повернуты влево и кзади примерно на 180°. Складки слизистой широкие, извитые, прослеживаются на всем протяжении. Эвакуация из желудка не нарушена. Подкова двенадцатиперстной кишки обычно развернута, лишь несколько смещена влево. Через 15 мин. желудок принял обычную форму и положение.

На основании клинических и рентгенологических данных установлен диагноз: продольный нефиксированный заворот желудка, гастрит.

21/IV 1967 г. операция (А. Ф. Агеев) под интубационным эфирно-кислородным наркозом. Расположение органов правильное. Желудок нормальных размеров, отмечается его необычная подвижность и вертикальное положение. Связочный аппарат желудка сохранен. Правая половина большого сальника припаяна широкими плоскостными спайками к правой доле печени. Произведена фиксация желудка наложением узловых капроновых швов между задней стенкой пилорического отдела и тела желудка и брюшиной, покрывающей поджелудочную железу. Свободная левая половина большого сальника распластана по передней поверхности желудка и фиксирована к переднему листку малого сальника. Брюшная полость ушита наглухо. Послеоперационное течение без осложнений.

УДК 616.617—007

Б. И. Зак и В. А. Баскаков (Казань). Редкая аномалия мочеточников

Б., 38 лет, поступила в отделение неотложной хирургии 12/XI 1967 г. с жалобами на сильные приступообразные боли в правой поясничной области с иррадиацией в промежность и пах, дизурические явления. Подобные приступы возникали и раньше со стороны, то с левой стороны. Ранее не обследовалась.

При поступлении температура 38,2°, пульс 92, АД — 140/80. Лейкоцитоз со значительным сдвигом влево. В осадке мочи большое количество свежих эритроцитов. На обзорной рентгенограмме в проекции нижней трети левого мочеточника определяется тень от конкремента 0,6×0,8 см. Приступ почечной колики купирован правосторонней внутритазовой новокаиновой блокадой (250 мл 0,25% раствора новокаина). На экскреторных урограммах, произведенных через 8 дней после купирования приступа, определяется полное удвоение лоханок и мочеточников с обеих сторон. Хромоцистоскопия показала наличие четырех устьев, причем слева в нижнем — уретероцеле. Индигокармин, введенный внутривенно, выделился из верхнего устья слева на 5-й мин., а справа отсутствовал в течение 15 мин. наблюдения (через сутки после купирования колики).