

выявлено заметных сдвигов со стороны рельефа слизистой толстой кишки. Моторика кишечника после лечения осталась во всех случаях ускоренной, стул был частый, жидкий.

Под влиянием лечения левомицетином (15—25,0 на курс) почти всегда наблюдалось обострение воспалительного процесса, учащение и разжижение стула, увеличение метеоризма, усиление болей в животе и императивных позывов. Только у одного больного отмечено уменьшение болей.

Рентгенологическое исследование не выявило улучшения со стороны воспалительных изменений слизистой. Пассаж по толстой кишке нормализовался у двух больных, у остальных ускорился.

Под влиянием биомицина (6—8 млн. ед. на курс) наступало улучшение клинического течения болезни, но радикального излечения ни разу не наблюдалось. Оставалась также патологическая копрологическая картина.

Рентгенологически у половины отмечалось улучшение морфологической картины, у одного остались без перемен воспалительные изменения слизистой правого отдела толстой кишки. Моторная функция под влиянием биомицина нормализовалась у 2 из 4 больных, у остальных отмечена гипермоторная дискинезия (у одного при явлениях стаза в правом отделе).

Получали синтомицин трое больных (20—25,0 на курс), у них отмечалось уменьшение болей и пальпаторной болезненности, но частота и характер стула остались патологическими.

Рентгеноморфологическая картина мало изменилась под влиянием синтомицина; моторика у одного ускорилась, у другого немного замедлилась и у третьего осталась нормальной.

Итак, лучшие результаты получены при парентеральном применении пенициллина со стрептомицином.

Поступила 4 февраля 1960 г.

## ЛЕЧЕНИЕ ДИЗЕНТЕРИИ ВЗРОСЛЫХ ФУРАЦИЛИНОМ

Канд. мед. наук А. Ф. Подлевский

Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. П. И. Стрелов)  
Ленинградского ГИДУВа им. С. М. Кирова

Лечение фурацилином проведено у 85 женщин в возрасте от 16 до 64 лет (50 были в возрасте от 17 до 30 лет). У 79 больных была диагностирована остшая дизентерия и у 6 — хроническая. При этом у 9 была глистная инвазия, у 2 — лямблиоз и у 4 другие заболевания желудочно-кишечного тракта.

Больные поступали в разные сроки от начала заболевания: 40 — в первые три дня болезни, 27 — на 4—6 день, 18 — позже.

У 61 больной была легкая форма болезни, и у 24 — средней тяжести. Явления интоксикации выражались в вялости, слабости, головной боли, подавленности и т. д. Температура у 24 больных в первые один-три дня пребывания в больнице была повышенной (37,1—39,2°), у остальных — нормальной. У значительного числа больных были тошнота и рвота. Частота стула не превышала 9—12 раз, причем у многих макроскопически отмечены примеси слизи и крови.

У 49 обнаружены дизентерийные микробы Флекснера, преимущественно серотипы «с» и «г», у 11 — Ньюкестль и у 3 — Зонне. Реакция агглютинации при динамическом исследовании была положительной у 27 больных.

При ректороманоскопии найден катаральный или катарально-эрзивный воспалительный процесс у 74.

Из 85 больных 53 получали фурацилин с первых дней пребывания в больнице, и 32 — после того, как не было эффекта от антибиотико-сульфаниламидотерапии.

Лечение проводилось в течение 5—8 дней. Фурацилин давали 4—5 раз в сутки по 0,01 внутрь. Всего на курс лечения больные получали 2,5—4,5.

Наряду с этим, проводилась дието- и витаминотерапия, а в периоде реконвалесценции — всем, у кого при ректороманоскопии обнаружены воспалительные изменения слизистой, проводилось лечение клизмами из раствора фурацилина. По показаниям проводились дегельминтизация и лечение других сопутствующих заболеваний. У одной после приемов фурацилина отмечена склератиноподобная эритема, у 3 были неприятные ощущения в подложечной области, и часть больных жаловалась на снижение аппетита. Из 50 больных, леченных антибиотиками и сульфаниламидами, у 3 были медикаментозные эритемы и у 1 медикаментозный стоматит. Многие больные отмечали снижение аппетита.

Из 53 больных, леченных фурацилином с первых дней заболевания, оформление стула и исчезновение патологических примесей произошло через 3 дня от начала лечения у 13, через 5 дней — у 27 и через 10 дней у остальных. Из 31 больной, у которых диагноз был подтвержден бактериологически, бактериологическое очищение наступило через 5 дней от начала лечения у 13, к 10 дню — еще у 11 и у 6 бактериологической санации кишечника не наступило. Анатомическое выздоровление отмечено до 10 дня от начала лечения у 8 больных, к 20 дню — у 24 и у остальных — в более поздние сроки.

У 19 больных проводилось изучение фагоцитарной активности лейкоцитов. В первые дни болезни процент участвующих в фагоцитозе лейкоцитов равнялся в среднем 37, а среднее число фагоцитированных микробов на 1 фагоцит было равно 1,41. По окончании лечения оно оказалось соответственно 43 и 1,81; к выписке — 70 и 2,03. У этих больных исследовалась заключительная фаза фагоцитарного процесса по методу В. М. Бермана и Е. М. Славской. С первых дней отмечен фагоцитоз преимущественно в завершенной фазе. Это, по-видимому, связано с повышением «фагоцитабельности» микробов под влиянием фурацилина, что, несомненно, благоприятно отражается на исходе борьбы между микро- и макроорганизмом.

Для сравнения полученных результатов нами проведено наблюдение за 50 больными, леченными сульфаниламидными препаратами (8) и антибиотиками (42). Больные этой группы по возрасту, тяжести болезни, сопутствующим заболеваниям и срокам поступления заметно не отличались от леченных фурацилином.

Нормализация стула, бактериологическое очищение и анатомическое выздоровление при фурацилинетерапии наступают несколько раньше, чем при лечении антибиотиками и сульфаниламидными препаратами.

Однако бактериологическое очищение организма больного при фурацилинетерапии наступает не всегда; поэтому 6 больным, из-за длительного бактериовыделения, был назначен биомицин и получен хороший эффект. В группе леченных сульфаниламидами и антибиотиками повторный курс антибиотиков по той же причине был назначен 11 больным, после которого также наступило бактериологическое очищение.

Почти половина больных (21), леченных фурацилином, относилась к группе пищевиков. Все они после выписки тщательно обследовались клинически, бактериологически и ректоскопически в условиях кишечных кабинетов поликлиник, и ни одна из них не поступила в больницу повторно. Кроме того, 18 больных было опрошено нами через 3—8 мес. после выписки из стационара; обострений или рецидивов не было. Это

позволяет признать удовлетворительными первые отдаленные результаты лечения.

У 32 больных фурацилином в обычной дозе был назначен при затяжном бактериовыделении после неэффективного применения повторных курсов сульфаниламидов и различных антибиотиков или их сочетаний. У этой группы больных лечение проводилось в периоде почти полного клинического выздоровления в различные сроки от начала болезни. У 30 из 32 больных после 5—8-дневного курса фурацилинотерапии бактериовыделение прекратилось.

Полученные результаты позволяют отметить безвредность и хорошую переносимость фурацилина, а также значительную эффективность этого метода лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Л. Н. ЖМЭИ, 1957, 9.—2. Буже М. М., Чарный С. Д., Блюгер А. Ф., Юрик М. Я. Тез. докл. XIII Всесоюзн. съезда гигиенистов, микробиологов, эпидемиологов и инфекционистов, 1956, ч. 2.—3. Левин И. И. и Левина Г. В. Сб. научн. раб. Днепропетровского мед. ин-та, 1956, 1.—4. Мацейский В. А. и Борзых П. Л. Сов. мед., 1957, 11.—5. Формазюк В. И. В сб.: Дизентерия, М., 1955.—6. Чарный С. Д., Блюгер А. Ф. и Юрик М. Я. ЖМЭИ, 1955, 3.

Поступила 1 сентября 1960 г.

## К ХИРУРГИИ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. А. Дикова

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. Б. А. Королев)  
Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

Кисты поджелудочной железы встречаются довольно редко. В отечественной литературе с 1885 г. по 1958 г. было опубликовано всего 295 таких наблюдений. Заболевание может встречаться в любом возрасте, но чаще от 20 до 40 лет, и несколько чаще у женщин.

Практически важно различать истинные и ложные кисты поджелудочной железы.

Истинные кисты развиваются в ткани поджелудочной железы и имеют оболочку, выстиланную изнутри цилиндрическим эпителием.

Ложные кисты располагаются снаружи железы, стенки их образованы соседними органами и их соединительноткаными оболочками в результате реактивного воспалительного процесса, почему у них и отсутствует эпителиальный покров. Подобные кисты возникают, например, после травмы верхнего отдела живота.

Диагностика кист поджелудочной железы трудна.

Из субъективных признаков заболевания наиболее частыми являются боли, иногда очень сильные, в эпигастральной области в виде приступов различной продолжительности, от нескольких часов до нескольких дней. Наблюдаются тошнота, иногда упорная рвота, расстройства со стороны кишечника (запоры, поносы, стеаторея). Прогрессирующее истощение. Температура повышена. При объективном исследовании в верхнем отделе живота обнаруживается опухоль, занимающая различное положение в зависимости от того, из какого отдела железы исходит киста. Опухоль имеет овальную или округлую форму, гладкую поверхность, плотноэластическую консистенцию и четкие границы. Иногда удается определить зыбление. Киста, исходящая из хвоста поджелудочной железы, может располагаться в левой поясничной области, из тела — занимает срединное положение между мечевидным отростком и пупком, из головки — справа от средней линии.

От соотношений между кистой и соседними органами зависит величина и локализация притупления. При наиболее частом расположении кисты между большой кривизной желудка и поперечно-ободочной кишкой определяется притупление, окруженное кольцом тимпанита.

Подвижность опухоли чаще всего ограничена. Если киста достигает больших размеров, она вызывает сдавление органов, расположенных по соседству, что проявляется рядом симптомов. При сдавлении общего желчного протока возникает механическая желтуха, при компрессии воротной вены — асцит и т. п.

При кистах поджелудочной железы могут возникать следующие тяжелые осложнения: 1) разрыв; 2) нагноение; 3) кровоизлияния; 4) злокачественное перерождение; 5) перекрут ножки; 6) осложнения, связанные со сдавлением соседних органов (желтуха, острая задержка мочи, непроходимость и др.).