

В процессе проверки метода обращалось внимание на:

1) общее состояние новорожденного (поведение, температура, вес, крик, акт сосания, стул, мочеиспускание, сон и т. д.); эти показатели были в пределах нормы у обеих групп;

2) состояние пуповинного остатка и окружающей его ткани (длина от лигатуры до пупка, от лигатуры до среза, диаметр пуповинного остатка у среза, цвет кожи у основания пуповинного остатка, цвет самого пуповинного остатка от среза до лигатуры и от лигатуры до кожного пупка, отделяемое, его характер, процессы мумификации и отпадения пуповинного остатка).

При ведении новорожденных по М. Л. Выдрину несколько интенсивнее протекали процессы подсыхания, сморщивания, появления демаркационной линии. Отмечено, что при открытом способе в большем проценте случаев отпадение происходит в более короткие сроки.

Так, более $\frac{2}{3}$ всех пуповинных остатков, проведенных по М. Л. Выдрину, отпало за первые 6 суток, а при закрытом методе — менее половины.

Для определения бактериального содержимого пуповинного остатка производился ряд посевов на сахарном бульоне в различные сроки после рождения (тотчас, спустя 3, 6, 9, 12 и 24 часа и далее через каждые 24 ч. до отпадения пуповинного остатка). Изучался рост микробов в пробирках. Спустя сутки делался пересев с сахарного бульона на сахарный агар в чашках Петри и изучались виды и количество выросших колоний на чашках.

В результате наблюдений можно сделать следующие предварительные выводы:

1. При открытом ведении пуповинного остатка подсыхание, сморщивание и его потемнение происходят интенсивнее и равномернее.

2. Мумификация при открытом ведении наступает чаще на 3—4 день, на 1—1,5 дня раньше, чем при закрытом. Отпадение пуповинного остатка происходит на 1—1,5 дня раньше при открытом ведении и в большем проценте случаев, чем при закрытом.

3. При обоих способах, иногда за 2—3 дня до отпадения остатка, на границе отторжения появляется жидкое отделяемое, а по отделении ранка покрывается грануляцией.

4. При обоих способах ведения в посевах, сделанных в первые минуты после рождения, микрофлоры нет; она появляется спустя 6 часов и исчезает в посевах, взятом с пупочной ранки после отпадения пуповинного остатка.

5. Виды микробов на пуповинном остатке соответствуют содержащимся в воздухе комнат новорожденных. При обоих способах ведения определяются одинаковые виды микробов и приблизительно в равном количестве.

6. Нет разницы в характере заселения пуповинного остатка микробами как у его свободного конца, так и у кожного пупка.

7. Недоношенные новорожденные не дали отклонений от нормы при ведении открытым способом.

На длительность мумифицирования при том и другом способе влияют толщина (диаметр) пуповины и влажность воздуха.

Наши наблюдения подтверждают выгодность способа проф. М. Л. Выдрина, его физиологичность и простоту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Е. К. Акуш. и гинек., 1952, 4. — 2. Барановская Т. Ф. Там же. — 3. Выдрин М. Л. Учебник акушерства, Минск, 1947. — 4. Старовойтов И. М. Докл. Всебелорусск. респ. совещ. педиатров и акушеров-гинекологов, Минск, 1949. — 5. Сутюшева А. А. Казанский мед. ж., 1932, 8—9. — 6. Ушаков В. И. Акуш. и гинек., 1940, 1. — 7. Виноградова Л. С. Горьковский мед. журнал, 1933, 3—4.

Поступила 16 февраля 1961 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХОЛЕЛИТИНА¹

Доц. В. Ф. Войтик и доц. Л. И. Гуревич

Пропедевтическая терапевтическая клиника (зав.— проф. П. И. Шамарин)
Саратовского медицинского института

Холелитин предложен врачом К. А. Лещенко (Институт ВИЛАР).

По составу компонентов холелитин выпускается в виде трех комплексов фитохимических средств, подобранных по принципу избирательно и синергично влияющих веществ; фармакологический эффект каждого из комплексов намного превосходит действие веществ, применяемых в отдельности.

¹ Доложено на Второй Поволжской конференции терапевтов, Саратов, июнь 1959 г.

Холелитин № 1 содержит настойки из сухой коры *Berberis vulgaris*, из семян *Cardiueis marianus* и из свежего корня *Dioscorea willosa*.

Холелитин № 2 представляет собою смесь равных объемов настойки коры хины, свежего корня *Leptandra virginica* и эссенции из свежего корня *Chelidonium magus*.

Холелитин № 3 состоит из равных объемов настоек барбариса обыкновенного и семян чилибухи; сернокислого железа и углекислого кальция.

Приготавливая эти сложные комплексы холелитина, ВИЛАР учел данные индотибетской медицины, народной медицины и современные клинико-экспериментальные данные о каждом из вышеуказанных ингредиентов. Так, например, барбарис обыкновенный нормализует кортико-висцеральные рефлексы. Диоскорея кавказская обладает спазмолитическим и седативным действием; нормализует холестеринновый обмен. Малые дозы сернокислого железа способствуют быстрому купированию печеночной колики.

Холелитин № 1 и № 2 применялся (согласно инструкции) поочередно — через день, каждый из них по 10 капель на $\frac{1}{4}$ стакана воды за 30 минут до приема пищи — 3 раза в день. Холелитин № 3 назначался ежедневно, параллельно с холелитином № 1 или № 2 три раза в день по 15 капель через два часа после еды. При сильных болях (печеночной колике) назначался только холелитин № 3 по 15 капель через каждые 15 минут — до успокоения болей (боли прекращались, как правило, после 3—4-кратного применения холелитина № 3). Во время печеночной колики холелитин № 1 и № 2, а также другие медикаменты не назначались. Кроме приема холелитина № 3, во время печеночной колики применялось тепло на область печени и в очень редких случаях, когда печеночная колика приобретала затяжной характер, назначались атропин и наркотики.

К применению наркотиков во время печеночной колики мы прибегали в исключительных случаях, так как, по литературным данным и нашим наблюдениям, наркотики ухудшают эвакуацию желчи, препятствуют выходу песка, камней из желчного пузыря и желчевыводящих путей; морфин, в частности, вызывает спазм сфинктера Одди и способствует застою желчи.

Во время лечения холелитином и в ближайшие месяцы больным рекомендовалась молочно-растительная диета. Из пищи исключались животные жиры, особенно сало свиное, говяжье, а также гусь, утка, жареное мясо, яйца, пряности, острые консервы; запрещались спиртные напитки, курение.

Под наблюдением находились 73 женщины и 8 мужчин, в возрасте до 30 лет — 6, от 31 до 50 — 49 и старше — 26 человек. Длительность заболевания — от 2 месяцев до 16 лет¹.

По характеру заболевания больные распределены на две группы. В первую из 27 человек вошли больные желчнокаменной болезнью, осложненной холециститом. Вторую группу — 54 человека — составили больные хроническим, рецидивирующим, не калькулезным холециститом.

Деление на две группы до некоторой степени условно, так как не всегда легко провести дифференциальную диагностику между калькулезным и некалькулезным холециститом, даже используя холецистографию.

Лечение холелитином у всех больных первой группы и у 39 больных второй группы проводилось в течение двух — пяти недель в условиях стационара, а в дальнейшем на протяжении 2—3, а в отдельных случаях до 4 месяцев — амбулаторно. У 15 больных второй группы лечение проводилось с самого начала амбулаторно на протяжении 2—4 месяцев, без отрыва больных от производства.

Больные желчнокаменной болезнью (первая группа) поступали в клинику с типичными приступами калькулезного холецистита — выраженный болевой синдром, положительный симптом Ортнера, френikus-симптом, субфебрильная температура, умеренный лейкоцитоз (до 14600), нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренная РОЭ (26—48 мм/час). Билирубин крови по Ван-ден-Бергу колебался в пределах 1,2—1,8 мг%; в моче определялись билирубин (++) , уробилин (++) . У 18 больных (из 27) наблюдалась желтушная окраска кожи и видимых слизистых; у 8 из них при холецистографии в желчном пузыре обнаружены камни.

Эффективным было лечение холелитином у 23 (из 27) больных калькулезным холециститом; у 19 из них печеночная колика прекратилась после 3—4-кратного применения холелитина № 3. Четверем больным, в связи с затянувшимися приступами болей, применены атропин и наркотики. С прекращением болевого синдрома они получали холелитин № 1 и № 2 (по схеме) и после 3—4-недельного лечения в стационаре выписались в удовлетворительном состоянии для дальнейшего амбулаторного лечения и наблюдения.

Неэффективным оказалось лечение холелитином у 4 больных калькулезным холециститом. У одного из них был спаечный процесс после холецистэктомии, у трех развилась обтурационная желтуха, и они были переведены в хирургическое отделение для оперативного вмешательства.

Больные второй группы — с хроническим рецидивирующим, некалькулезным холециститом поступали под наблюдение (в стационаре 39 и амбулаторно 15) с обычной,

¹ В сборе части материала принимала участие ординатор Л. Г. Темякова.

характерной для этого заболевания картиной — тупые боли в правом подреберье, периодически обостряющиеся, с соответствующей иррадиацией, диспепсические явления, субфебрильная температура, РОЭ до 36 мм/час; количество лейкоцитов — при обострении — колебалось от 8600 до 12800, в желчи «В» — повышенное число лейкоцитов и слизи.

Лечение оказалось эффективным у 51 больного этой группы (из 54). Уже через 2—3 недели отмечалось значительное улучшение: исчезали боли в правом подреберье, уменьшалась печень, нормализовались температура и дуоденальное содержимое, замедлялась РОЭ, количество лейкоцитов и лейкоцитарная формула постепенно становились нормальными. Лечение холелитином этой группы больных продолжалось 2—4 месяца. Часть больных остается под нашим наблюдением более двух лет; чувствуют они себя вполне удовлетворительно, трудоспособны.

Холелитин больными переносился хорошо, без побочных явлений.

Неэффективным оказалось лечение холелитином у 3 больных с лямблиозным холециститом как в отношении клинических проявлений, так и влияния на лямблии, они обнаруживались в желчи после 7—10-дневного лечения холелитином. После приемов акрихина состояние больных улучшилось, лямблии исчезли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадмаев П. А. Главное руководство по врачебной науке Тибета «Жуд-ши», Спб., 1903.
2. Дрягин К. А. Тр. Казанского мед. ин-та, 1949, вып. 1.
3. Инструкция ВИЛАР по применению холелитина.
4. Лещенко К. А. Холелитин (машиннопись), М., 1957.
5. Соколова Л. Н. Научн. конф. по фармакологии, посвященная памяти В. В. Савича, М., 1957.
6. Турова А. Д. и др. Лекарственные средства растительного происхождения, М., 1954.
7. Шемякин М. М. и Хохлов А. С. Химия антибиотических веществ, М., 1953.

Поступила 12 декабря 1960 г.

ВЛИЯНИЕ АЦИДОФИЛЬНОГО МОЛОКА И НЕКОТОРЫХ АНТИБИОТИКОВ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ГНИЛОСТНЫХ ПРОЦЕССОВ В КИШЕЧНИКЕ ПО ДАННЫМ ИНДИКАУРИИ

Н. И. Екисенина

Кафедра лечебного питания Центрального института усовершенствования врачей
(зав.— проф. Ф. К. Меньшиков)

Составу нормальной микрофлоры кишечника, ее изменениям при различных заболеваниях и под влиянием лечения придают большое значение.

Установлено, что различные медикаменты и изменение питания существенно влияют на состав кишечной микрофлоры.

Под влиянием ацидофильного молока увеличивается количество ацидофильных бактерий, уменьшается содержание кишечной палочки, гнилостной флоры, грамположительная флора начинает преобладать над грамотрицательной (L. F. Rettger a. H. A. Sheplin, 1922; N. Korpeloff, 1926; С. Я. Вайсберг и П. П. Кедров, 1933; А. П. Крупина и Е. И. Оленева, 1955; И. П. Садокова, 1938 и др.).

Антибиотики часто неблагоприятно влияют на состав нормальной микрофлоры кала.

В эксперименте на морских свинках при введении им пенициллина наблюдали замену нормальной грамположительной флоры на грамотрицательную. В основном при этом размножаются *b. coli*, и свинки погибают от энтерита (G. W. Fisher, 1955; А. Э. Яннус, 1958).

В. Г. Геймберг (1958) при внутримышечном введении больным пенициллина и стрептомицина отмечала увеличение в кале кишечной палочки в половине случаев, иногда нерезкое нарастание количества дрожжеподобных грибов и у всех больных — снижение энтерококков и молочнокислых палочек.

Наиболее резкие и стойкие изменения микрофлоры кала возникают при применении антибиотиков широкого спектра действия (биомицина, тетрациклина, тетрацицина).

Все исследователи отмечают усиление роста гноеродно-гнилостной флоры, дрожжеподобных грибов, появление протей при длительном применении антибиотиков (P. Rentchnick, 1954; И. П. Фомина, 1958; В. Г. Геймберг, 1958; В. Ф. Максимов, 1958; Э. З. Рухадзе, 1959).

Таким образом, контроль за изменениями состава нормальной микрофлоры кала представляет интерес для клинициста. Однако микробиологические методы очень трудоемки и не всегда доступны. Кроме того, состав микрофлоры еще не всегда отра-