

Проведены наблюдения над 60 больными. Среди них было 12 больных с хроническими лейкозами, ряд хирургических больных, подготовлявшихся к операции по поводу болезни Верльгофа, спленомегалий, нагноения легкого, сопровождавшегося кровохарканием, и другие больные. В 21 случае проводился курс лечения викасолом (по два раза в день в течение 3 дней); в остальных случаях викасол вводился однократно. Викасол применялся *per se* и в сочетании с сывороткой. Однако в основном мы изучали действие чистого викасола, поскольку гемостатическое действие внутривенного введения сыворотки и плазмы доказано, а эффективная дозировка викасола (при добавлении его к сыворотке) не определена.

Контрольными показателями являлись время кровотечения, количество тромбоцитов, время свертывания крови и содержание протромбина в крови.

В результате клинических наблюдений была установлена оптимальная терапевтическая доза викасола при внутривенном введении. Такой дозой является 15 мг препарата однократно или 30 мг в день. Время кровотечения и количество тромбоцитов мало изменяются как после однократного введения викасола, так и после курса лечения. Что касается времени свертывания крови и содержания протромбина, то при однократном применении викасола наблюдается различный гемостатический эффект в зависимости от метода его введения. При внутривенном введении викасола или витаминизированной сыворотки увеличение содержания протромбина в крови начиналось уже через 30 минут; при этом содержание протромбина повышалось на 10—30% по отношению к исходным цифрам; только в единичных случаях увеличение содержания протромбина равнялось 5%. При внутримышечном введении содержание протромбина начинало увеличиваться только через 3 часа; при этом увеличение не превышало 5%. Изменение времени свертывания крови под действием однократных внутривенных вливаний викасола также наступает раньше (в течение первых 30 минут), чем при внутримышечном введении препарата (через 2—3 часа).

В 21 случае больным проводился курс лечения викасолом; из них в 18 случаях он вводился внутривенно и в 3 случаях — внутримышечно. Время свертывания крови и содержание протромбина определялись до введения викасола и на пятые сутки. При сравнении результатов проведенного курса лечения викасолом оказалось, что нет резкой разницы в изменениях гемостатических показателей при внутривенном и внутримышечном введении. Здесь почти не выявляется преимущество внутривенного метода введения витамина К.

Таким образом, внутривенное введение витамина К должно найти широкое применение в тех случаях, где требуется срочно остановить кровотечение.

Выводы

1. Внутривенное введение витамина К более эффективно, чем все другие способы его применения.
2. Для внутривенного введения может быть использован викасол в разовой дозе 15 мг и в суточной дозе 30 мг, для чего надо заготавливать 0,3% раствор викасола в количестве 5 см³ в запаянных ампулах.
3. Стерилизация растворов викасола может быть осуществлена двумя путями: кипячением в течение 10 минут и фильтрованием через фильтр Зейтца.
4. Водные растворы викасола, приготовленные по нашей методике, годны к использованию в течение 6 месяцев.
5. С целью гемостаза, особенно в экстренных случаях, целесообразно применять витамин К как в чистом виде, так и в сочетании с кровью и ее компонентами.
6. Внутривенное введение викасола не дает ни общей, ни местной реакции.

ЛИТЕРАТУРА

- Иоффе-Голубчик Е. И., Сов. мед., № 7—8, стр. 20—21, 1944. — Кудряшов Б. А., Биологические основы учения о витаминах, М., 1948. — Михайловский С. В., в кн.: Витамин К, стр. 46—53, М., 1944. — Палладин А. В., там же, стр. 5—17, М., 1944. — Паронян Р. и Минасян А., в кн.: Сборник научных трудов Ереванского медицинского института, т. III, стр. 31—39, Ереван, 1948. — Полянцев А. А., в кн.: Витамин К, стр. 18—27, М., 1944. — Dam H., Klin. Wschr., № 29, S. 729—732, 1940. — Dam H. a. Plum F., Klin. Wschr., № 34, S. 853—855, 1940.

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

А. В. Айвазян (Ереван)

Из урологического отделения (зав. М. А. Карапетян) 1-й Клинической больницы Еревана (главный врач Г. Б. Арутюнян)

Мы применяли тканевую терапию при следующих урологических заболеваниях: язвенные циститы, стриктуры уретры, ночное недержание мочи, гипертрофия предстательной железы. При язвенных циститах (нетуберкулезной этиологии) мы намеренно выбирали только случаи, трудно поддававшиеся лечению общепринятыми методами, или случаи с частыми рецидивами.

Демонстративно следующее наше наблюдение.

Больной М., 24 лет, поступил 20.II.1950 г. В марте 1949 г. стал отмечать частое мочеиспускание, болезненное в конце акта; моча была с примесью крови. Лечился в стационаре уротропином, стрептоцидом. В июне развилось более длительное обострение. В октябре лечился в урологическом отделении. Моча кислой реакции, удельный вес 1 025; в осадке имелось 0,25% белка, 3—4 эритроцита в поле зрения, лейкоциты в большом количестве. При цистоскопии моча была мутной, отмывалась с трудом. На резко гиперемизованном фоне слизистой мочевого пузыря имелось много язв; край переходной складки сглажен. Проводилось лечение пенициллином, стрептоцидом, промывание пузыря раствором грамицидина. Выписался с улучшением. При вторичном поступлении больной изнурен частым мочеиспусканием. Моча: реакция кислая, удельный вес 1 015, белка 0,40%, лейкоциты покрывают все поле зрения, эритроцитов 2—3 в поле зрения.

Трижды произведена имплантация консервированной кожи. Мочеиспускание наступает через 3—4 часа, безболезненное. Моча прозрачная. Цистоскопия: емкость мочевого пузыря 150 см³. Слизистая бледно-розового цвета; устья мочеточников расположены обычно, край переходной складки ровный.

Тканевая терапия была применена в 5 случаях язвенных циститов с быстрым лечебным эффектом. Отдаленные результаты прослежены в течение года.

Под нашим наблюдением находилось 18 больных, страдающих ночным недержанием мочи, в возрасте от 14 до 26 лет. В моче, как правило, не было существенных изменений. В 5 случаях рентгенологически обнаружено наличие *spina bifida*. При цистоскопии в некоторых случаях наблюдалась незначительная гиперемия области *trigonum vesicae*.

Всем больным ежедневно в течение месяца вводился внутримышечно экстракт плаценты по 2—3 см³. В 14 случаях был получен хороший результат, а в 4 случаях лечение оказалось безуспешным. В нашем отделении за 10 лет находилось 79 больных со стриктурами уретры, причем 21 больной поступил со свищем уретры. Многочисленными работами ряда авторов (Филатов, Баккал, Шмульян, Соколов, Свердлов и др.) доказано, что под действием биогенных стимуляторов рубцы размягчаются, рассасываются. Между тем сужения мочеиспускательного канала также представляют собой результат рубцовых изменений стенки уретры.

Из 15 больных, леченных тканевой терапией, у 9 больных стриктура развилась после травмы (с давностью от 4 месяцев до 3 лет), у 6 больных со стриктурой вследствие гонорреи (с давностью заболевания от 8 до 42 лет). Во всех случаях мы производили подсадку консервированной кожи, согласно инструкции В. П. Филатова. Имплантация производилась от 2 до 4 раз с промежутками между подсадками в 10—12 дней. Наши наблюдения также дают основание сделать вывод о размягчении и податливости рубцов после имплантации консервированной кожи. Там, где до подсадки нельзя было провести проводники *le-Forta*, после тканевой терапии бужа легко проходили. Часть этих больных мы наблюдали затем в течение 2 лет. Результаты лечения у них оказались стойкими, в то время как при других методах лечения стриктур уретры в 40% случаев бывают рецидивы.

Для иллюстрации приводим одну историю болезни.

Больной Д., 17 лет, поступил 29.VIII.1949 г.

В 1946 г. получил травму с переломом тазовых костей и повреждением уретры. В течение нескольких дней наблюдалась уретроррагия. 13.I.1949 г. произведена операция насильственной тоннелизации. Поставлен катетер *à demeure* и *de Pezzet*. Катетер *à demeure* три раза сменен с промежутками в 10—12 дней. По удалении катетера *à demeure* больной не мог самостоятельно мочиться и был выписан с катетером *de Pezzet*.

При поступлении бужа встречают сопротивление. В перепончатой части уретры плотные каллезные рубцы. Три раза произведена подсадка консервированной кожи, а также насильственная тоннелизация. При выписке больной мочится самостоятельно, полной струей. Резиновый катетер № 20 свободно проходит в мочевой пузырь. Через год мочеиспускание остается правильным. Тканевая терапия была нами применена также у 14 больных с гипертрофией предстательной железы. Третья стадия заболевания была у 4 больных, вторая стадия — у 7 больных и первая стадия — у 3 больных. Во всех случаях проводилась консервативная терапия: катетер *à demeure*, промывание мочевого пузыря, уротропин, стрептоцид и имплантация консервированной автоклавированной кожи от 2 до 4 раз с перерывом между имплантациями в 10—12 дней. В 2 случаях больные после имплантации стали мочиться, но предстательная железа не уменьшилась в размерах; через полгода им была произведена простатэктомия. В остальных случаях, ввиду безуспешного лечения биогенными стимуляторами, в дальнейшем проводилось лечение синэстролом и оперативным методом.

Выводы

1. Тканевая терапия при некоторых урологических заболеваниях эффективна.
2. Результаты лечения стриктур уретры (особенно травматического происхождения), трудно поддающихся обычным методам лечения, и часто рецидивирующих язвенных циститов, а также ночного недержания мочи дают основание рекомендовать тканевую терапию в этих случаях.

3. Применение тканевой терапии при гипертрофии предстательной железы безуспешно.

ЛИТЕРАТУРА

Айвазян А. В., Врач. дело, № 3, стр. 259—260, 1950. — Готлиб Я. Г., Урология, № 2, стр. 96—99, 1941. — Дзирне И. Х., Повреждения и хирургические заболевания мочевого канала, Тула, 1911. — Маянц А. И., Туберкулез мочевого канала, М., 1950. — Топчан А. Б. и Померанцев А. А., Хирургия, № 11, стр. 61—68, 1949. — Филатов В. П., Тканевая терапия, Ташкент, 1948. — Он же, Хирургия, № 7, стр. 3—12, 1949. — Он же, Клин. мед., т. XXVIII, № 1, стр. 22—28, 1950.

IV. ДИСКУССИЯ И ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

КРИТИЧЕСКИЕ ЗАМЕЧАНИЯ ПО ПОВОДУ СТАТЬИ ПРОФ. А. ПЫТЕЛЯ:

«ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБА ПЕЧЕНИ КВИКА В КЛИНИКЕ
ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»
(Клиническая медицина, № 4—5, 1945)

Н. Я. Ганецкая-Василева (Элва)

На стр. 45 при описании методики указано: «...по Квику, у здоровых людей в течение 4 часов выделяется 3—3,5 г гиппуровой кислоты». По Квику, орально дается 6 г бензойнокислого натрия. В конце этого описания говорится: «Для практических целей вполне целесообразно количество выделившейся гиппуровой кислоты выражать в эквивалентном числе бензойнокислого натрия, для чего полученные цифры гиппуровой кислоты следует умножить на 0,68». Умножая 3,5 г на 0,68, мы получаем 2,38 г бензойнокислого натрия. Следовательно, 2,38 г бензойнокислого натрия соответствуют 100% печеночной функции у здоровых людей.

На стр. 46 следует далее: «При оральной пробе Квика мы вводим испытуемому 4 г бензойнокислого натрия и считаем, что здоровый организм выделяет в среднем в течение 4 часов 88% введенного вещества в виде гиппуровой кислоты, что соответствует 3,7 г бензойнокислого натрия; последняя цифра указывает на максимальную степень антитоксической функции печени, равной 100% ее». На стр. 47 говорится: «Так, выделение гиппуровой кислоты, переведенное в бензойнокислый натрий, например, в количестве 2,05 г, соответствует 55,4% печеночной функции, 3,7 г соответствует 100% функции печени и т. д.». На стр. 50 в выводах (п. 3) указано: «Здоровый взрослый после введения ему орально 4 г бензойнокислого натрия выделяет с мочой в течение 4 часов в среднем 88% принятого вещества в виде гиппуровой кислоты, что эквивалентно 3,7 г бензойнокислого натрия».

Таким образом, во всех трех последних выдержках ясно говорится, что здоровая печень выделяет 88% принятого в количестве 4 г бензойнокислого натрия, т. е. 3,7 г, что соответствует 100% печеночной функции.

При перерасчете 3,7 г бензойнокислого натрия на гиппуровую кислоту мы получим 5,44 г гиппуровой кислоты, соответствующих 100% функции печени. Как же получается, что в методике, изложенной на стр. 45, при оральном приеме 6 г бензойнокислого натрия у здоровых людей выделяется 3,5 г гиппуровой кислоты, эквивалентных 2,38 г бензойнокислого натрия и соответствующих 100% печеночной функции?

Где же в этом случае выделение печени 88% введенного вещества?

Мы считаем, что в методике, приводимой на стр. 45, ошибочно указано количество гиппуровой кислоты — 3—3,5 г. При приеме 4 г бензойнокислого натрия у здоровых людей в норме выделяется 5,44 г гиппуровой кислоты, эквивалентных 3,7 г бензойнокислого натрия, т. е. 100% печеночной функции.

Ознакомившись с нашими возражениями, проф. Пытель согласился с нами, что на стр. 45 в описании методики пробы Квика фраза: «По Квику, у здоровых людей в течение 4 часов выделяется 3—3,5 г гиппуровой кислоты», вносит неясность и по существу неправильна. Он указал, что вместо слов «гиппуровой кислоты» должно было быть «бензойнокислого натрия». Наконец, проф. Пытель признал, что все остальные наши расчеты, приведенные в вышеизложенных замечаниях, правильны.

Мы считаем, что внесение в описание методики только этой поправки еще не делает ее вполне точной. Ведь, по Квику, дается 6 г бензойнокислого натрия. Цифры 3—3,5 г не соответствуют в таком случае выделению 88% введенного бензойнокислого натрия.

Не точны данные, указанные в третьем пункте выводов (стр. 50), так как при правильном расчете получается, что 88% введенного бензойнокислого натрия соответствуют не 3,7, а 3,5 г.

В методику необходимо внести очень многие технические поправки с пояснениями и обосновать их.

В статье часто встречаются выражения: «процент выделения гиппуровой кислоты» и «процент нормы гиппуровой кислоты». Однако в тексте нигде нет расчета на процент гиппуровой кислоты.

Наконец, на рисунках 1, 2, 3, 4 надписи координат не соответствуют тексту пояснения под рисунками. Например, рисунок первый: на оси абсцисс даны часы, а на оси ординат — надпись: «процент антиоксической функции печени». В пояснительном же тексте под рисунком написано: «Норма: в течение 4 часов выделилось 84% нормы гиппуровой кислоты, в первые два часа — 68%». Казалось бы, что в пояснительном тексте к чертежу должны были бы быть те же самые понятия, что и на координатных осях. На рисунке же на оси ординат написано: «процент антиоксической функции печени», а в пояснительном тексте этого нет, вместо этого указано: «...процент нормы гиппуровой кислоты». Как понять такое несоответствие?

НЕКОТОРЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ О СТУДЕНЧЕСКОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ¹

Н. И. Попов (Касимов)

Из межрайонной Касимовской больницы

Важность затронутых в статье проф. С. М. Павленко вопросов, безусловно, велика. Шестилетний срок обучения в медицинских вузах и возросшие требования к качеству обучения должны привести к тому, что молодые врачи в условиях объединения больниц с поликлиниками будут работать вполне подготовленными специалистами. По вопросу студенческой практики в отрыве от института, т. е. на периферии, отродно отметить, что из года в год теоретическая подготовка приезжающих на практику студентов заметно улучшается.

Хорошие теоретические знания, полученные на кафедрах института, в условиях производственной практики закрепляются; поэтому последней необходимо уделить больше внимания и времени. Во время обучения студентов в институте вопросы практической работы затрагиваются недостаточно. Необходимо со студенческой скамьи прививать интерес к организаторской работе, которая в любых условиях понадобится молодому врачу.

Студент, который систематически занимался в научных кружках института, на практике показывает лучшие теоретические и практические знания, чем те студенты, которые в кружках участия не принимают. Молодой врач, бывший участник научного студенческого кружка, в условиях сельской районной больницы быстро овладевает своей специальностью, имея хорошие задатки для научно-исследовательской работы.

Плохо то, что о своих бывших кружковцах институт быстро забывает после выпуска из института, их практической и научной работой не руководит.

При проведении практики мы отмечаем у студентов слабое знание рецептуры. Слабым местом в студенческой подготовке являются также вопросы выполнения врачебных манипуляций; студенты их выполняют явно недостаточно в институте и клиниках.

В статье отмечается, что студенты мало знают неотложную хирургию и терапию. Мы со своей стороны отмечаем то же самое и это относим за счет того, что студенты на практике не интересуются поликлинической работой и дежурством на станциях скорой помощи, где они могут многому научиться.

Преимущество объединения больниц с поликлиникой вполне очевидно и доказано; обслуживание больных на участке является одним из важнейших факторов лечебно-профилактической работы. Между тем на теоретических кафедрах студентов мало знакомят с вопросами работы в системе объединения.

Студенты-практиканты, работая у нас на базе межрайонной больницы, встречают условия оборудования и объем работы, близкие тем, которые они видят на кафедрах в институте. У нас имеются клиническая и гистологическая лаборатории, патологоанатомическое отделение, рентгеновский, электрокардиограф; мы проводим новейшие методы лечения. Для знакомства с условиями работы на врачебном участке, которые отличаются от наших и в которых молодые врачи будут работать, мы делаем со студентами выезды на сельский врачебный участок.

¹ Заметка прислана в ответ на статью проф. С. М. Павленко «Об основных задачах деятельности медицинских вузов» (Клиническая медицина, № 7, 1950). — Ред.