



Рис. 1 а, б, в. Динамика состояния больных в баллах.

нем к 10—12-му дню лечения в основной подгруппе и только к 15—20-му дню — в контрольной. Изменился характер кашля, он не вызывал приступов удушья. Лучше стала отходить мокрота: в основной подгруппе — на 9-й день лечения, в контрольной — на 17-й день. Анализ изменения в симптоматике нашли соответствующее отражение и в динамике состояния больных. На 20-й день лечения состояние больных основной подгруппы оценивалось в $4,5 \pm 0,1$ балла, тогда

как в контрольной — в $8,4 \pm 0,2$ балла (рис. 1в).

Таким образом, разработанный нами вариант применения средних доз теофиллина для лечения больных atopическими формами бронхиальной астмы оказался более действенным, чем стандартная терапия. Наибольший эффект теофиллин давал при лечении больных с легкими и среднетяжелыми формами заболевания. Однако при лечении тяжелых форм atopической бронхиальной астмы применение теофиллина имеет свои преимущества (уменьшение количества приступов, изменения их выраженности). Применение средних доз теофиллина не требует в процессе лечения определения его суточных концентраций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова Г. Ф., Закирова М. А., Лушанова Г. И. // В кн.: Фармакокинетика эуфилина у больных бронхиальной астмой. — Новосибирск, 1982.
2. Сидорова Л. Д., Логвиненко А. С. // В кн.: Современные методы лечения и профилактики бронхиальной астмы. / Под ред. Г. Б. Федосеева. — Л., 1985.
3. Berthou F., Riche C., Alix D. et al // Therapie, 1982. — Vol. 37. — P. 53—64.
4. Iwainisky H., Sehrt J. // Z. Erkr.-Atm.— 1979. — Bd. 152. — S. 21—36.
5. Miller M., Ophem K. E., Raisys V. A., Motulsky A. F. // Clin. Pharmacol. Ther.— 1984. — Vol. 25. — P. 170—182.
6. Schack I. A., Waxler S. H. // J. Pharm. Exp. Ther.— 1949. — Vol. 97. — P. 283—291.

Поступила 25.08.89.

УДК 616.617—002.2—085.366.15

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕГОНОКОККОВЫХ УРЕТРИТОВ ИНСТИЛЛЯЦИЯМИ АУТОКРОВИ

А. П. Суворов, В. Д. Капланов, С. Н. Денисов, Л. Б. Лещинская

Кафедра кожных и венерических болезней (зав.— проф. С. И. Довжанский)
Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Воспаление мочеиспускательного канала у мужчин довольно часто продолжается (и прогрессирует) длительное время после устранения этиологического фактора (гонококка, трихомонад, вирусной инфекции и др.). Затяжная воспалительная реакция обусловлена рядом причин и прежде всего снижением локальных защитных свойств слизистой оболочки в результате воспаления и деструктивных процессов.

Широко используемые при лечении хронических уретритов инстилляциями медикаментозных препаратов серебра, растительных биостимуляторов не всегда достаточно эффективны. Кроме того, растительные биостимуляторы не обладают противомикробным и противовоспалительным действием,

могут раздражать слизистую оболочку уретры, вызывать сенсibilизацию и аллергические реакции. Наконец, они довольно дорогие и дефицитные.

Нами предложен способ лечения хронических негонококковых уретритов путем инстилляций аутокрови, который осуществляется следующим образом. В день инстилляций больному проводят массаж уретры на буже. Затем из локтевой вены берут 8—10 мл крови в шприц со стерильным раствором 3,8% цитрата натрия (0,5—1,0 мл). Содержащуюся в шприце кровь перемешивают с цитратом натрия (покачиванием) и вводят через катетер последовательно в заднюю и переднюю уретру, где удерживают около 30 мин (курс — 4—5

инстилляций через 1—2 дня). Для взятия крови и ее инстилляций используют иглы и шприцы с силиконовым покрытием и уплотнителями, что предохраняет клеточные элементы крови от разрушения.

Лечение проведено 46 мужчинам в возрасте от 19 до 40 лет, у которых был диагностирован негонококковый хронический тотальный уретрит (из них у 8 — постгонорейный, у 31 — посттрихомонадный и у 7 — бактериальный). Длительность заболевания составляла от 6 мес до 2 лет. В период инстилляций аутокрови другую терапию не проводили.

До лечения больные жаловались на зуд, жжение в уретре и болезненность при мочеиспускании. В мазках выявлялись лейкоциты до 60—80 в поле зрения. При уретроскопии определялись отек и гиперемия слизистой оболочки. Ранее больные без достаточного эффекта были лечены инстилляциями медикаментозных препаратов серебра и растительных биостимуляторов, причем некоторые получали неоднократные повторные курсы такой терапии.

Клинико-лабораторное обследование, проведенное в динамике, позволило констатировать отчетливый терапевтический эффект инстилляций аутокрови при хронических уретритах. Как правило, на 2—3-й день лечения заметно уменьшались выделения из мочеиспускательного канала, полностью прекратился зуд, на 3—5-й день частично уменьшались гиперемия и отек губок уретры. Одновременно исчезали нити во 2-м стакане мочи и значительно снижалось содержимое лейкоцитов в мазках. На 8—11-й день терапии визуально не определялись патологические примеси в моче, на 9—14-й день полностью разрешались воспалительные признаки слизистой уретры и ее желез.

В таблице представлена динамика клинико-лабораторных показателей при использовании предложенного способа. В качестве сравнения обобщены данные, полученные при лечении 10 больных хроническим уретритом инстилляциями 0,5% раствора азотнокислого серебра.

Следовательно, исчезновение субъективных и разрешение объективных признаков хронического уретрита при лечении предложенным способом в среднем на 3—4 дня происходит раньше, чем при использовании традиционных средств терапии, причем положительный клинический эффект отмечается у всех больных. Побочных явлений не наблюдается.

Приводим выписку из истории болезни.

Ф., 30 лет, поступил в клинику 04.01.1985 г. с жалобами на зуд, жжение в уретре и боль, резь при мочеиспускании. Имелись выделения. В 1984 г. перенес гонорею, по поводу которой амбулаторно получал разнообразную терапию, в том числе антибиотики и геновакцину. При поступлении

Динамика клинико-лабораторных показателей при лечении хронических уретритов инстилляциями аутокрови

Клинико-лабораторные показатели	Динамика показателей при лечении (в днях)	
	инстилляциями 0,5% раствора азотнокислого серебра	инстилляциями аутокрови
Исчезновение зуда	5—10	2—5
Уменьшение выделений	3—5	1—4
Прекращение выделений	7—13	5—10
Уменьшение отека и гиперемии губок уретры	2—7	3—5
Исчезновение нитей во 2-м стакане мочи	6—8	3—7
Исчезновение нитей в 1-м стакане мочи	10—11	8—11
Уменьшение лейкоцитов в мазках на 50%	3—5	3—5
Отсутствие лейкоцитов в мазках	7—10	5—9
Данные уретроскопии:		
частичное разрешение отека и гиперемии	3—5	1—3
полное разрешение отека и гиперемии	10—13	9—14
Отсутствие воспалительных явлений в криптах и железах Литтре	11—14	9—14

в клинику в мазках из уретры гонококки и трихомонады не обнаружены (исследования повторяли 9 раз). Моча в 1-м стакане мутная, содержит слизистогнойные нити, во 2-м — также мутная. В отделяемом уретры определялось до 60—70 лейкоцитов в поле зрения. Уретроскопическая картина: слизистая оболочка уретры гиперемированная, отечная, разрыхленная.

Диагноз: хронический тотальный бактериальный уретрит. Больному назначено лечение: в начале внутримышечно пенициллин и пирогенал, внутрь олететрин, затем инстилляций 0,5% раствора азотнокислого серебра. Однако и после курса лечения мочеиспускание из-за болей и жжения было по-прежнему затруднено, в уретре сохранялся зуд. По утрам появлялись выделения из мочеиспускательного канала. Моча в 1-м стакане мутная, во 2-м — с единичными хлопьями. Уретроскопия: воспалительные явления в уретре (отек и гиперемия ее слизистой оболочки) сохранялись. В отделяемом уретры обнаружено до 40—80 лейкоцитов в поле зрения.

25.01.1985 г. больному было начато лечение инстилляциями аутокрови по рекомендуемому способу (всего проведено 5 инстилляций). Уже после первой процедуры зуд в уретре полностью исчез, мочеиспускание стало свободным и безболезненным. 30.01. после третьей инстилляций прекратились выделения. В 1 и 2-м стаканах моча стала прозрачной. 07.02. после пятой инстилляций уретроскопическая картина стала соответствовать норме (слизистая оболочка уретры обычной окраски, центральная фигура замкнута, сосудистый рисунок хорошо выражен, выводящие протоки желез Литтре не изменены).

Больной был выписан 12.02.1985 г. (на 39-й день пребывания в клинике). Данное наблюдение отчетливо свидетельствовало о недостаточной терапевтической эффективности при хронических уретритах антибиотико- и пиротерапии, а также инстилляций раствора азотнокислого серебра.

Таким образом, установлено, что кровь больного хроническим уретритом, введенная в мочеиспускательный канал, то есть при

наружном использовании, обладает противовоспалительным и противозастойным эффектом, восстанавливает нарушенную структуру слизистой оболочки. Предложенный способ позволяет сокращать сроки лечения больных, не оказывает побочного действия. Способ вполне доступен и легко осуществим как в условиях стационара, так и в поликлинике.

Поступила 24.08.89.

УДК 616.711+1+616.832—001—0.53.32—073.75

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ РОДОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

О. И. Затекина, Е. А. Морозова

*Кафедра рентгенологии (зав.— проф. М. К. Михайлов) Казанского института
усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

Клинические проявления родовых повреждений ЦНС полиморфны и зависят от уровня поражения структур нервной системы. Клиницисты в своей практике часто встречаются с субклиническими проявлениями натальных повреждений, особенно родовых травм спинного мозга. В последующем именно эти незамеченные натальные повреждения вызывают так называемые отсроченные неврологические нарушения [3]. Поздние неврологические осложнения могут возникнуть как в ближайшие недели и месяцы жизни ребенка, так и много лет спустя. Пациентами врача-невропатолога становятся дети с головной болью, обусловленной хронической и церебральной сосудистой недостаточностью, ранним шейным остеохондрозом, нарушениями осанки, с преходящими расстройствами спинального кровообращения, развившимися в результате нестабильности травмированных ранее позвонков, с нарушениями мозгового кровообращения по ишемическому типу от легких дисемий до тяжелых ишемических инсультов со всеми типичными симптомами.

Мы обследовали 225 детей в возрасте от 1 мес 3 дней до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении, с проявлениями отдаленных последствий родовой травмы. Среди больных было 102 мальчика и 123 девочки; большинство из них (116) было в возрасте от 1 мес до 3 лет, 33 пациента — от 3 до 7 лет, 76 — старше 7 лет.

94 ребенка находились на лечении по поводу последствий натальной травмы шейного отдела позвоночника и спинного мозга с различными двигательными нарушениями (миотонический синдром, моно- и парапарезы) и с синдромом периферической церебральной недостаточности. У 31 больного имелись признаки перенесенной натальной

травмы головного мозга в форме спастического гемипареза, негрубого мозжечкового синдрома, судорожного синдрома, субкомпенсированной и компенсированной гидроцефалии. 50 детей страдали хронической церебральной сосудистой недостаточностью, у 13 пациентов определялось перинатальное поражение центральной нервной системы. У 18 обследованных диагностирован ранний шейный остеохондроз с церебральными нарушениями и корешковым синдромом. Признаки травмы грудного и поясничного отделов позвоночника и спинного мозга обнаружены у 19 детей.

63 пациента были обследованы в динамике при повторной госпитализации.

В акушерском анамнезе в 54,2% случаев имелись указания на патологическое течение беременности и в 73,3% — на отягощенные роды (раннее отхождение околоплодных вод и длительный безводный период — в 10,7%; слабость родовой деятельности и проведение медикаментозной стимуляции, акушерские пособия вплоть до вытягивания ребенка за головку или ручку и наложения вакуум-экстрактора или акушерских щипцов — в 38,6%). 12% детей родились недоношенными, 11,3% — с большой массой тела.

Нам представлялось очень важным обследовать всех этих детей рентгенологически с целью выявления признаков перенесенной родовой травмы, степени значимости этих изменений и их корреляции с клинической картиной болезни.

Мы пользовались стандартными методами исследования черепа и позвоночника (строго по клиническим показаниям), а также специальными методами: боковой спондилографией с функциональными нагрузками (для определения состояния межпозвонковых дисков и выявления патологиче-