

все-таки кое-что и сказать. Здесь процесс тянется не 1—2 суток, а несколько больше и поэтому можно яснее себе представить, что явления или идут на убыль и инфильтрат рассасывается, или же, наоборот, клиническая картина становится грозной, и обычная катаральная форма аппендикса переходит в перфоративную или гангренозную и т. п., когда все равно оперировать нужно тотчас же. Гораздо страшнее для нас то, что часто вот этих-то форм межжуточной стадии мы подчас точно также не можем диагностировать. Такой аппендицит настолько коварен, что часто кажется, что как будто бы при операции аппендикс и не должен иметь больших изменений, так как анамнез и *s. praesens* особых указаний на это не дают. Тем не менее при операции я находил грозную патолого-анатомическую картину. Так, несколько дней тому назад, при осмотре больного в приемном покое, кстати сказать, явившегося пешком в больницу, не было найдено ни напряжения мускулатуры, выраженного в достаточной степени, ни других каких-либо изменений, даже чуть повышена температура. Тем не менее при операции (на 3—4 день) мы нашли гангрену аппендикса почти на всем протяжении. В другом случае, у мальчика 15—16 лет, *s. praesens* ясно говорил за мирную картину аппендицита: живот совершенно мягкий,  $t^{\circ}$  37,6, общее состояние хорошее, больной пришел в больницу сам. Между тем в анамнезе есть указание на бывшие 3—4 дня тому назад внезапные боли, появление после этого холодного пота, после чего через некоторое время больной почувствовал значительное облегчение. При операции найдена перфорация аппендикса. Ясно, пока мы можем констатировать то, что для операции аппендицита в межжуточной и подострой стадии в настоящее время точного трафарета нет и что сами сторонники операции аппендицита от этого правила часто отступают, индивидуализируя значительное количество случаев, что в свою очередь имеет большое значение как на показание к вмешательству, так и на исход его. Кроме того, я позволю себе прибавить, чтобы избежать всевозможных сюрпризов при указанной операции, нужно помнить, что хорошо в таких случаях исследовать и картину крови, и лейкоцитоз, что особенно возможно при межжуточной стадии.

---

Из Гинекологической поликлиники Ленинградского госуд. ин-та для усовершенствования врачей. (Завед.—проф. Р. В. Кипарский).

### **Биологический метод лечения воспалительных заболеваний влагалища.**

**Т. С. Андрейчука.**

Вопрос о флоре и его терапии благодаря целому ряду работ последнего времени (Döderlein, Zweifel, Menge, Loeser, Jaschke и др.) значительно подвинулся вперед; и все же решение проблемы белей далеко еще не достигнуто. Стоящий в центре всего вопроса о флоре, вопрос о вагинальных белях остается неразрешенным, т. к. и по настоящее время нет достаточных данных разрешить основной вопрос, что является причиной белей,—микробизм и биохимизм ли вагинального секрета,



или состояние самой влагалищной стенки. Точно также не об одном из предложенных методов лечения нельзя сказать, что он является совершенным и что больше по этому вопросу нечего сказать. На основании большинства современных учений о биологии влагалища известно, что в последнем главную роль играет так называемое самоочищение влагалища, которое является производным 4-х биологических факторов, а именно: 1) гликогена влагалищного эпителия, 2) кислой реакции вагинального секрета, 3) вагинальной флоры и 4) биологической функции самой влагалищной стенки. Химизм влагалища представляется следующим образом: в вагинальном секрете имеется фермент диастаза, разлагающий гликоген до глюкозы (Полонский), а последняя Döderlein'овскими палочками расщепляется на молочную кислоту, действующую губительно на все чуждые вагине микроорганизмы. Ввиду наличия самой тесной связи указанных факторов друг с другом изменение или выпадение одного или нескольких факторов одновременно—все это является моментом, ослабляющим самозащиту влагалища и способствующим развитию во влагалище патологической флоры. То обстоятельство, что наблюдаются случаи, где имеется выпадение или изменение одного из этих факторов, причем самозащита влагалища не нарушается, объясняется исключительно биологическими свойствами самой слизистой, которые, к сожалению, еще не достаточно изучены, но, несомненно, имеют огромное значение в биологической функции влагалища.

Целый ряд причин как общего характера (конституциональные, инфекционные заболевания), так и местного—могут вызывать изменение или выпадение указанных биологических факторов и тем ослабить самозащиту влагалища. Необходимость строго причинной терапии флюора и составляет трудность разрешения проблемы белей, т. к. в каждом отдельном случае не всегда удается найти причину последних. Восстановить нормальную флору и биологию влагалища есть основная задача всякой терапии вагинального флюора, т. к. нормальная флора является показателем здорового влагалища и его способности к самоочищению.

С этой целью предложено много методов лечения. Попытки восстановить нормальную флору посредством дезинфицирующих и вяжущих спринцеваний, в расчете на их бактерицидное действие, не дали положительных результатов, т. к. оказалось, что антисептические свойства этих растворов действуют вредно и на нормальную флору, а также и на слизистую вагины (сулема и др.). Zweifel предложил для этой цели спринцевания 0,5%—1% раствором молочной кислоты, но восстановить при этом нормальную кислотность вагинального секрета не всегда удается. Nassauer и Liermann, рассматривая воспаленную вагину как всякую мокнущую и воспаленную поверхность, заменили спринцевания „сухим лечением“, вводя в вагину легко распыляющиеся и обладающие большой гигроскопичностью сухие порошки (bolus alba). Loeser и Schweitner, применив биологический принцип терапии белей, предложили вводить в вагину чистые культуры бактерий молочно-кислого брожения в виде таблеток, назвав их „Bacillosan“. Результатов этого метода лечения в доступной нам литературе мы не нашли, но как видно из отчета о 19-ом съезде Обще-германских гинекологов в Вене (1925 г.) многочисленные исследования этого способа еще не дали окончательных результатов.



В 1928 году Смородинцев и Туманов (Ленинград) предложили новый биологический метод лечения влагалища, а именно,—введение в вагину чистых культур Döderlein'овских палочек вместе с оптимальной для этого микроба питательной средой (сах.-печен. бульон), способствующей их энергичному размножению и кислотообразованию.

Методика лечения: после предварительного спринцевания влагалища физиологическим раствором к обильно смоченному питательной средой ватному тампону добавляется несколько капель 24—48 часовой поливалентной культуры *b. vaginalis* и такой тампон вводится во влагалище на 24—36 час. Комбинацию Döderlein'овских палочек с оптимальной питательной средой авторы назвали „Vagosan“.

Приготовление среды: „сахаро-печеночный бульон готовится по Heim'у: свежая печень рогатого скота, нарезанная крупными кусками варится  $\frac{1}{2}$  часа в двойном количестве водопроводной воды с прибавлением сюда 1% пептона и 0,5% поваренной соли. Среда фильтруется, к ней прибавляется 2% виноградного сахара и устанавливается слабощелочная или нейтральная реакция. После дополнительной получасовой варки среда окончательно фильтруется и стерилизуется 45 мин. текучим паром с последующим контролем в термостате“.

Биологический метод лечения *vagosan*'ом и был положен в основу наших наблюдений, которые производились в Гинекологической поликлинике гос. ин-та для усов. врачей под руководством д-ра Ходецкого. Последний, в течение ряда лет работая над воспалительными заболеваниями верхнего и нижнего отделов полового тракта женщины и изучая всевозможные методы лечения, предложил мне применить лечение *vagosan*'ом над некоторым количеством больных, страдающих исключительно воспалительными заболеваниями влагалища. В методику лечения *vagosan*'ом, предложенную авторами, Ходецкий внес некоторые изменения, а именно, считая, что предварительное окисление щелочности вагинального секрета создаст более благоприятные условия для размножения Döderlein'овских палочек, мы начинали лечение тампонами с 1%-ой молочной кислотой, которые вводились во влагалище на 12 часов. После такой подготовки (обычно 2—3 тампона) мы приступали к лечению *vagosan*'ом, проводя его под контролем бактериоскопических исследований, и заканчивали лечение только тогда, когда характер вагинальной флоры, а также субъективное и объективное состояние больных приходило к норме. Как правило, промывания, спринцевания и всякое иное воздействие на влагалище лекарственными веществами совершенно исключались. Больным предписывался половой покой и регулировалась деятельность кишечника.

Всего нами проведено 35 амбулаторных больных, основной жалобой которых были бели различной интенсивности и характера, раздражение, жжение и мучительный зуд. Большинство наших больных раньше лечилось спринцеваниями и тампонами, отмечая временный успех, но как только прекращалось лечение, субъективное состояние вновь ухудшалось. Возраст больных колебался от 18 до 40 лет. По давности заболевания больные распределялись так: от 6-ти мес. до 1 года—13 (37%); от 1-го года до 2-х лет—17 (48%); от 2-х лет и выше—5 (14%). Абсолютно бесплодных было 16; у 7 имелась 1 беременность и 12 были многорожавшие. По этиологии заболевания: 7 больных имели в анамнезе гоноррею; у остальных больных этиология невыяснена, но из них 12 связывали свое заболевание с последним абортom и 5 больных—с на-



чалом половой жизни. По характеру заболеваний наш материал можно разделить на 2 группы: в первую входят 14 случаев вульво-вагинитов; во второй группе (21 случай), кроме вульво-вагинитов, имелись эрозии, метриты шейки и эндоцервициты.

При бактериоскопическом исследовании влагалищной флоры до начала лечения найдена чистота 3-ей степени при значительном лейкоцитозе в 33-х случаях (94%) и чистота 2-ой степени—в 2-х случаях (6%) (окраска по Граму; классификация по Шредеру). У всех больных исследовалась кровь на реакцию В.-Г. Диагностическая ценность этой реакции при восходящей форме женской гонорреи, доказанная рядом работ как русских, так и иностранных, подтверждена и клиникой проф. Кипарского (Ходецкий, Папитов, Котова). Результаты: в 32-х случаях р. В.Г.—; в 2-х случаях р. В.Г.+ и в 1-ом случае р. В.Г.+++.

Применяя *vagosan* больным 1-ой группы, мы довольно скоро (после 3—4 тампонов) могли отметить значительное улучшение. У большинства больных замечалось уменьшение выделений, причем выделения изменяли свой характер: из гнойных они делались слизисто-гнойными, а в дальнейшем принимали характер слизистых или прекращались совершенно. Нормальная окраска слизистой вульвы и вагины устанавливалась в зависимости от характера и интенсивности белей, но в общем довольно быстро. Проводя лечение под контролем систематических бактериоскопических исследований влагалищной флоры, мы наблюдали случаи полного отмирания гноеродных микробов после 2—3 тампонов. Случаи, имеющие большую давность, а также случаи, где этиологическим моментом была гоноррея, требовали более упорного лечения. На лечение каждой больной этой группы приходится в среднем 26½ дней.

В общем, на 14 случаев вульво вагинитов мы имели 9 случаев выздоровления, 4 случая значительного улучшения и в 1-ом случае результат был отрицательный (случай с В. Г.+++). Под выздоровлением мы понимаем такое состояние больной, когда у нее нет жалоб на бели, слизистая вагины имеет нормальную окраску и бактериоскопическое исследование вагинальной флоры дает нам первую степень чистоты. Случай, где при имеющемся клиническом улучшении бактериоскопическая картина дает нам 2-ю степень чистоты, мы отнесли к группе улучшений. В группу отрицательных результатов попали случаи, где эффекта от лечения не наблюдалось.

Что же касается лечения больных 2-ой группы (21 случай), то здесь мы быстрого эффекта от применения *vagosan*'а не имели. Так, на 12 случаев вульво-вагинитов, осложненных эрозиями, мы имели клиническое выздоровление и полную эпителизацию эрозированной поверхности лишь в 6 случаях (в среднем после 10 тампонов с *vagosan*'ом); в 3-х случаях клинического улучшения эффект был достигнут лишь после 13—14 тампонов, и в 3-х особо упорных случаях мы добились улучшения и значительного уменьшения эрозированной поверхности, лишь комбинируя лечение *vagosan*'ом с прижиганиями эрозии 5%-ым *arg. nitricum*. Из 9-ти случаев с явлениями *endocervicitis et metritis colli* мы получили клиническое выздоровление в 5-ти случаях, значительное улучшение—в 3-х случаях и в 1-ом случае результат лечения был отрицательный. В среднем на лечение каждой больной этой группы пришлось 49 дней.

Общие результаты лечения: выздоровлений—20 случаев (57%); улучшений—13 случаев (37%); отрицательный результат—2 случая (6%).



Из нашего материала переисследовано 23 больных, причем 8 через 1 месяц после окончания лечения, 11—через 6—8 недель и 4 больных—через 3 месяца. Из числа больных, помещенных в группу выздоровлений, переисследовано 16 и в группу улучшений—7. При клиническом и бактериоскопическом обследовании группы выздоровевших в 2-х случаях найдена чистота 2-ой степени; из 7 больных с улучшением клиническое выздоровление отмечено в 5 случаях и в 2-х случаях изменения не найдено. Таким образом из переисследованных 23 больных клинически здоровыми оказались 19, т. е. 82,6% и в состоянии выздоровления 4 больных, т. е. 17,4%.

Необходимо отметить, что лечение *vagosan*'ом переносится больными очень легко, никаких жалоб в периоде лечения мы не имели. Действие *vagosan*'а на воспаленную слизистую чрезвычайно нежное и кроме отдельных случаев, где наблюдалась частичная десквамация дегенерированного плоского эпителия, указываемой авторами обильной десквамации мы не наблюдали.

Тот небольшой материал, которым мы располагаем, не позволяет нам сделать определенные выводы, но стойкость полученных результатов на переисследованном материале еще в большей степени, чем непосредственные результаты, выделяют *vagosan* среди других методов лечения воспалительных заболеваний влагалища и требуют дальнейших наблюдений.

*Литература:* 1) Loeser. Zentrbl. f. Gyn. 1920. №№ 2, 17, 44.—2) Zweifel. Ib. 1925. № 24.—3) Jaschke. Arch. f. Gyn. 1925 г.—4) Heim. Ib. 1918 г.—5) Полонский. Гинек. и акуш. 1925 г. № 4.—6) Томсон. Ib. 1927 № 3.—7) Шварцман. Ib. 1925 г. № 4.—8) Давыдов. Труды 7 съезда гин. и акуш.—9) Смородинцев и Туманов. Вр. Дело 1929 г. № 11.—10) Кауфман. Труды 7 съезда Акуш. и Гинек.

---

Из Дома охраны матмлада им. Клары Цеткин ТНКЗ. (Консультант—проф. Е. М. Лепский, ставрач В. М. Федоров).

## К профилактике ветряной оспы по методу Kling'a.

М. А. Дегтяревой.

Попытки активной иммунизации против ветряной оспы были начаты впервые в 1875 г. Steiner'tом, который путем переноса содержимого ветряночного пузырька здоровому пытался сделать последнего нечувствительным к инъекции. Опыты в этом направлении продолжались и приобрели особенно широкое распространение за последние два-три года, когда появилось довольно много работ по этому вопросу на русском и иностранных языках. Опыты эти чрезвычайно разнородны. Некоторые авторы (Ducamp-Declaret, Heß, Gester, Unger, Malgren, Barabas, Mitchell и др.) пытались иммунизировать детей путем введения сыворотки реконвалесцентом внутривенно или подкожно (Вальцов, Thomas, Arnold) и получали хорошие результаты. Но эти опыты требовали часто очень больших количеств сыворотки (до 300,0 по Ducamp-Declaret), что далеко не всегда возможно добыть у детей младшего возраста. Peteny Geza (Венгрия) вводил с целью иммуни-