

ниться к тем авторам, которые, кроме покойного положения, довольствуются наложением сухой повязки на пораженный участок в легких случаях и применением ихтиоловой мази со смазыванием краев диска и окружающей кожи спиртовым (10%) раствором иода в затянувшихся случаях. В тяжелых случаях следует ввести специфическую сыворотку (против свиной рожи). Дифференцировать э. приходится, главным образом, от истинной рожи и флегмоны. У одного из наших больных была ошибочно сделана операция вследствие того, что э. не был распознан и был принят за флегмону. Прогноз при э., как правило, благоприятный.

Приведенные нами наблюдения указывают на несомненную связь данного заболевания с манипуляциями над живой или убитой свиньей и, что особенно интересно отметить, на учащение заболевания э. в полном соответствии с увеличившимся в тот же период количеством случаев рожи у свиней. Это последнее обстоятельство настоятельно диктует необходимость тщательного ветеринарного и санитарного надзора за мясными продуктами на соответствующих производствах и в торговых предприятиях, что даст возможность предупредить в значительной мере появление э. у людей.

В неблагоприятных по свиной роже местностях следует производить предохранительную вакцинацию свиней перед выпуском их на пастбище (Андреев). Это особенно следует учесть в виду того, что возбудитель свиной рожи, как универсальный сапрофит очень распространен в природе, а эпидемическое появление свиной рожи может повести к проявлению патогенных свойств микроба и к усилению его вирулентности.

Поступила 21.II 1939.

Проф. А. И. ДМИТРИЕВ и Г. И. ЕГОРОВ

Лечение острого гоноройного уретрита сульфидином

(Сообщение II)

из отдела мужской гонореи (зав. заслуж. деятель науки профессор Р. М. Фронштейн)
Центрального кожновенерологического института Наркомздрава СССР (дир.
Л. Б. Гиндин)

За последние 1½—2 года как за границей, так и в СССР было синтезировано более 20 новых растворимых и нерастворимых сульфоновых препаратов. При экспериментальном изучении новых препаратов они не всегда оказывались активными. Нередко новый препарат был активным, но в то же время обладал выраженным токсическим действием. Не все синтезированные препараты поэтому были подвергнуты клиническому испытанию.

Эвансу и Филипсу пришла мысль изменить формулу сульфаниламида таким образом, чтобы один атом водорода в пара-положении заменить пиридином. Новый препарат был назван сульфапиридином, а фирма, выпустившая его впервые в Англии, дала ему название „М и В 693“.

Сульфапиридин представляет собой мелко кристаллический порошок белого цвета, плохо растворимый в воде (1:1000). Экспериментально препарат был подвергнут испытанию впервые при пневмококковой инфекции животных, при которой он оказался весьма активным.

Вскоре препарат 693 был с успехом применен на больных с крупозной пневмонией и дал при этом блестящий терапевтический эффект.

Дюрель во Франции был первым, который использовал препарат 693 для лечения гонореи мужчин. Его сообщение о лечении острых и хронических уретритов у мужчин было опубликовано в июне 1938 года. В этой работе Дюрель дал уже и дозировку препарата и три схемы его применения при гонорее. Суммарная доза для лечения больных с острым уретритом равнялась 17—20 г препарата. Результаты лечения больных, судя по сообщению названного автора, были прекрасны: острый уретрит удавалось излечить в 9 дней без применения местных процедур. Из сообщения Дюреля стало ясно, что в препарате 693 получено средство, значительно более активное, чем ранее предложенные сульфоновые препараты и выгодно отличающиеся от них своей малой токсичностью.

Вслед за сообщением Дюреля в различных странах стали появляться работы, в основном подтверждающие выводы этого автора. Английские врачи употребляли препарат 693 в иной дозировке. Кембелл, Торгау рекомендовали начинать лечение с 4—5 г в первый день и заканчивать лечение в 5—9 дней, давая по 3 г в день.

В октябре 1938 г. проф. Магидсон и химик Соколова синтезировали в НИХФИ препарат, схожий с английским препаратом 693 и французским даженаном. Этот препарат был подвергнут экспериментальному фармакологическому испытанию химиком Лебедевой. Он был назван сульфидином.

Центральным кожно-венерологическим институтом препарат был впервые получен в небольшом количестве в феврале-марте 1939 г. С этого срока и было начато клиническое испытание его на больных гонореей мужчинах в условиях стационара.

Нас интересовал вопрос о влиянии сульфидина на течение острого гоноройного уретрита у мужчин. Первую группу больных в 10 человек мы провели, применяя III схему дозировки Дюреля, т. е. первые 3 дня по 3 г, следующие 3 дня по 2 г на день и, наконец, последние 3 дня по 1 г на день. На этом терапия заканчивалась. Местного лечения уретры не производилось. Из 10 больных этой группы 8 человек были вылечены в 9 дней, 1 больному пришлось ввиду наличия нитей в моче 1 порции присоединить 5 промываний по Жанэ и, наконец, у последнего больного развились явления инфильтративного уретрита, и лечение его затянулось до 31 дня.

Наблюдения над этой небольшой группой больных дали возможность установить, что сульфидин является весьма активным препаратом, почти не обладающим токсическими свойствами. В первые 24—48 часов лечения гнойные выделения из канала прекращались или становились слизистыми, гонококков в мазках не удавалось обнаружить. Моча просветлялась в первые 24—48 часов лечения, субъективные ощущения в канале при мочеиспускании прекращались в этот же срок.

Эти предварительно полученные данные позволяли изменить дозировку препарата и сократить срок лечения больных с острым гоноройным уретритом. Мы назначали сульфидин в наибольших дозах в первые 2 дня лечения, так как считаем, что именно эти дни являются решающими в исходе лечения больного. В последующие дни дозировка уменьшалась до 3, 2 и 1 г в день.

В настоящем сообщении мы разберем итоги наблюдений над 100

больными с острым гоноройным уретритом, подвергнутыми лечению сульфидином без местной терапии. У 8 больных эффекта от назначения сульфидина не получено, и о них мы скажем отдельно ниже.

Из 100 больных 79 заболели гонореей впервые, а 21 перенесли ее ранее в различные сроки (несколько лет тому назад). До поступления в стационар больные в подавляющем своем большинстве лечению не подвергались. От начала заболевания до назначения сульфидина прошло: 1—3 дня у 29 больных, 4—6 дней у 32 чел. и больше 6 дней у 31 больного.

Суммарное количество сульфидина, полученное нашими больными на курс лечения, было различным. 9 больных получили 17, 4—16, 17—14, 23—13, 12—11, 2—10, 25 больных—9 г.

Из приведенных данных явствует, что нам удалось постепенно уменьшить суммарную дозу сульфидина вдвое, что является чрезвычайно важным фактом в деле лечения гонореи вообще.

Продолжительность лечения больных сульфидином была следующая: у 23 больных 5 дн., у 2—4, у 31—3, у 26—2 дн. Таким образом, нам удалось снизить сроки лечения больных до 3 и даже до 2 дней.

Данные о сроках лечения больных в известной мере подтверждаются наблюдениями над исчезновением гонококков из выделений канала. Исследование мазков из выделений производилось систематически, через каждые 3 часа; исчезновение гонококков из выделений уретры у больных, леченных сульфидином, отмечалось у 2 больных через 3 часа, у 4—через 6 ч., у 11—через 9 ч., у 8—через 12 ч., у 60—через 24 ч., у 8—через 48 часов.

Таким образом из 92 больных у 84 гонококки из выделений исчезли в течение первых суток лечения. У остальных 8 человек гонококки в скудных количествах удавалось обнаружить еще и в последующие 36—40 часов лечения.

Просветление мочи и исчезновение выделений у большинства наших больных отмечено в первые 24—48 часов лечения.

| Сроки | Просветление мочи | Исчезновение выделений |
|-----------------|-------------------|------------------------|
| Через 1 сутки . | 69 | 26 |
| " 2 " . | 16 | 26 |
| " 3—5 " . | 7 | 33 |
| Свыше 5 суток . | — | 7 |

Необходимо отметить, что характер выделений резко меняется уже в первые сутки лечения: выделения из гнойных превращаются в слизисто-гнойные или слизистые. В просветленной моче нередко остаются на некоторое время слизистые или слизисто-гнойные нити. Субъективные ощущения в канале (резь, боли при мочеиспускании) прекращались, как правило, в течение первых суток лечения сульфидином. Воспалительные явления в окружности наружного отверстия канала исчезали в основном в течение 24—48 часов.

Таковы вкратце данные об особенностях клиники острого гоноройного уретрита, леченного сульфидином. Одна деталь выгодно отличает сульфидин от белого стрептоцида: в слизистых выделениях из канала при сульфидинотерапии редко удается найти гонококков, тогда как при стрептоцидотерапии это явление наблюдается довольно часто.

Изучение морфологического состава крови больных, леченных сульфидином (10 человек), не дало возможности установить какие-либо закономерности или резкие отклонения от нормы.

Заметим здесь же, что реакция Борде-Жангу у большинства больных, принимающих сульфидин с первых же дней болезни, остается отрицательной до последних дней контрольного наблюдения за этими больными. У 11 человек из общего числа больных (92) были отмечены побочные явления в виде головной боли и тяжести в области желудка.

Изучение выделения препарата у больных с помощью реакции Овчинникова показало, что наиболее интенсивно реакция выражена в дни приема препарата и последующие 2 дня после прекращения приема. К 5-му дню реакция становится слабо положительной или отрицательной. Поэтому к установлению излеченности мы приступали с 4—5-го дня после прекращения лечения. Критерий излеченности состоял в следующем: производилась уретроскопия с исследованием сока железы, инстиляции в уретру 1% раствора ляписа и инъекции 1 см³ гоновакцины. На следующий день исследовались выделения из канала и при отсутствии гонококков больной выписывался из стационара под наблюдение. Ни у одного больного провокация не вызвала обострения процесса.

Следует несколько остановиться на данных уретроскопии. У подавляющего большинства больных бульбозная часть уретры представлялась совершенно нормального вида. В висячей части нередко можно было наблюдать явления гиперемии, легкого отека слизистой. Железистый аппарат не был поражен, и лишь изредка удавалось наблюдать слизистые выделения из отверстий лакун.

У всех 92 больных гонорейный уретрит закончился без осложнений со стороны придаточных образований уретры.

После выписки больных из стационара, каждому рекомендовалась явка в институт для контрольного обследования. Всего явилось с этой целью 73 чел. через следующие сроки: через 10—20 дней—42, 1 мес.—15, 1—2 мес.—16 чел.

При повторном клиническом и лабораторном обследовании явившихся больных никаких симптомов болезни у них не обнаружено.

Для окончательного суждения о стойкости излечения гонорейного уретрита сульфидином необходимо дальнейшее наблюдение за вылеченными этим препаратом.

Из 100 больных, леченных сульфидином, у 8 человек быстрого терапевтического действия препарата отметить не удалось. Так, 4 больных были излечены в сроки 13, 19, 23 и 28 дней после дополнительной местной терапии канала раствором марганцовокислого калия или повторного курса чистой химиотерапии.

Заслуживают внимания 3 больных Д., М. и Б. Первые 2 больных были вылечены после повторного курса стрептоцидотерапии в комбинации с местным лечением, а третий больной был излечен после 2-го курса чистой сульфидинотерапии.

Остальные 4 больных находятся в стационаре и продолжают лечение обычными методами. У трех из них развились после назначения местных процедур осложнения: у больного А. везикулит, морганиит, инфильтративный уретрит; у больного Ш. простатит, у больного Б. морганиит.

Неудачные случаи при сульфидинотерапии на нашем материале

составляют 8%. Эта категория больных заслуживает самого серьезного внимания. Необходимо, с одной стороны, изучить причины этих неудач, а с другой — разработать методику лечения сульфидиностойчивых случаев.

Выводы

1. Сульфидин более активный и в лечебных дозах менее токсичный, чем белый стрептоцид, сульфамидный препарат.
2. Острый гоноройный уретрит удается излечить сульфидином в 2—5 дней, не прибегая при этом к местному лечению.
3. При лечении одним сульфидином больных с острым гоноройным уретритом мы не наблюдали ни одного случая эпидидимита, простатита, везикулита и артрита.
4. Из 100 больных, леченных сульфидином, отмечен неуспех терапии у 8 человек.
5. Для окончательного суждения о действии сульфидина необходим дальнейший контроль и наблюдение за больными, излеченными этим препаратом.

Поступила 29.XI. 1939.

З. Ш. МИНЮШЕВА

Об аутогемотерапии при гоноройном эндоцервиците

Из акушерско-гинекологической клиники (дир. проф. И. Ф. Козлов), кл-ки кожных и венер. болезней (дир. проф. Я. Д. Печников) Каз. гос. института усоверш. врачей им. В. И. Ленина и Республиканского вендиспансера ТАССР (дир. д-р И. А. Кугушев)

При лечении гонореи женщин цервикальный канал является очагом инфекции, наиболее трудно поддающимся терапии. После ликвидации процесса во всех других отделах мочеполовой системы женщины и видимого клинического излечения эндоцервицита, в большинстве случаев в мазках из выделений цервикального канала сохраняется сплошной лейкоцитоз, указывающий на наличие активного очага гоноройной инфекции.

Медикаментозные методы лечения (спринцевание, ванночки, тампоны и т. д.) обычно не дают окончательной ликвидации процесса в цервикальном канале. Впрыскивание вакцины в шейку матки имеет свой недостаток в виде общей бурной реакции, что заставляет пользоваться этим видом терапии только в стационарной обстановке.

Кватером, Трахтенбергом и Кагановичем в 1934 году была предложена для лечения гоноройного эндоцервицита аутогемотерапия в виде впрыскиваний в шейку матки. По данным Трахтенберга и Кагановича этот метод дает хорошие клинические результаты и ведет к полному рассасыванию воспалительных инфильтратов в пораженной ткани.

Аутогемотерапия в виде впрыскиваний в шейку матки нами применялась на амбулаторном материале женского гоноройного отделения Республиканского вендиспансера Татарии. Мы поставили перед собой задачу проверить эффективность предложенного проф. Кватером метода и в случаях безрезультатного лечения выяснить причину отсутствия эффекта. 48 больных, которым мы применяли ука-