

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-

занный метод, мы делим на две группы. Первую группу составляют 22 случая с неосложненной гонореей; вторая группа — 26 случаев после предварительного лечения восходящей гонореей (гоновакцина, лакто-, иодионотерапия и диатермия). Все больные до применения аутогемотерапии имели клинические и лабораторные признаки острой или хронической цервикальной гонореи: в 40 случаях были гнойные выделения из цервикального канала, в 22 случаях — эрозии шейки матки, в 5 — *ovula Nabothi*, в 19 — отечность шейки матки, в 25 случаях шейка была уплотнена, во всех случаях в мазках из цервикального канала обнаружен сплошной, активный лейкоцитоз без вульгарной флоры ( $K_2$  по Бакшту), в 9 случаях были найдены гонококки. К 37 больным аутогемотерапия применена после длительной безуспешной терапии медикаментозными методами (21 б-ная лечилась от 3 до 6 месяцев, 9 б-ых от 6 мес. до года и 7 б-ых в течение 1—2 лет), 11 б-ых спустя 1—2 месяца с начала заболевания.

Инъекции производились внутримышечно в шейку матки в дозах от 1 до 5—6 см<sup>3</sup> с промежутками в 2—3 дня. Количество инъекций на каждую больную колебалось в среднем от 5 до 11. После инъекции крови общей реакции ни разу не наблюдалось, а после 1—3 инъекций наступала местная реакция, выражавшаяся увеличением выделений, в 8 случаях — появлением гонококков в мазках. Заметное улучшение наступало после 4—5 инъекций, которое выражалось в начинающейся эпителизации эрозии, в уменьшении и изменении качества выделений (гнойные выделения становились слизистыми), уменьшения количества лейкоцитов в мазках, исчезновении гонококков, появлении смешанной вульгарной флоры, а в хронических случаях в рассасывании *ov. Nabothi*. В первой группе больных мы получили полное излечение в 15 случаях (72,7%), улучшение в 2 случ. (9%); эффекта не было в 4 случ. (18,1%). В двух случаях, где процесс клинически только улучшился, имелась комбинация гонорей с упорным трихомонадным кольпитом. Отсутствие эффекта в двух случаях мы объясняем слишком далеко зашедшим хроническим персистирующим Шейка в обоих случаях была резко уплотнена, имелись *ov. Nabothi*, матка была отклонена кзади, фиксирована, что способствовало застойным явлениям в малом тазу, неблагоприятно отражающимся и на процессе в шейке. В указанных двух случаях дополнительное лечение диатермией в комбинации с местными процедурами дало исход в выздоровление. В остальных 2 случаях безрезультатности аутогемотерапии больные страдали, одновременно с гонореей, активной формой малярии, подавляющей защитные силы организма. У этих больных перелом в сторону улучшения не наступал до тех пор, пока противомаларийной терапией не были ликвидированы приступы лихорадки.

Все больные первой группы после лечения находились под наблюдением в течение 6—15 месяцев, причем за этот срок они подвергались повторным исследованиям мазков на гонококки во время менструации и после применения провокационных методов: ни в одном случае рецидива гонорей не было.

Из 26 случаев второй группы, где, как уже было сказано, была применена предварительно разнообразная терапия, субъективные и объективные данные указывали, что процесс во внутренних половых органах закончился, за исключением шейки матки, которая во всех случаях сохранила признаки эндоцервицита. В этой группе больных

мы получили полную ликвидацию процесса в шейке матки после применения аутогемотерапии в 16 случаях (61,5%), в 4 случаях (15,4%) наступил заметный перелом в сторону улучшения, а после применения грязевых тампонов и вагинальной диатермии процесс окончательно ликвидировался.

В 6 остальных случаях (23%) этой группы лечение аутогемотерапией не дало результата. У всех этих больных имелся хронический, рецидивирующий, восходящий процесс, продолжавшийся 6—15 месяцев.

Приступая к лечению эндоцервицита аутогемотерапией, мы не были вполне уверены в ликвидации восходящей гонорей в результате примененной ранее терапии. Кроме того, 4 больных страдали хронической малярией, обострявшейся иногда после применения лечебной процедуры (инъекция гоновакцины, диатермия). У одной больной имелись спайки в малом тазу и туберкулез легких. Безуспешность лечения в указанных 5 случаях мы объясняем ослаблением защитных сил организма, развившимся после длительного существования гонорей в комбинации с хроническими инфекциями (малярия, туберкулез). При дальнейшем лечении этих больных, в трех случаях мы получили хороший результат с исходом в выздоровление от применения абдоминально-вагинальной диатермии (одновременно с местными процедурами) после противомаларийного лечения. Трое больных находятся на лечении и по настоящее время. Наши случаи, как нам кажется, подтверждают доказанное многочисленными наблюдениями кожно-венерической клиники Казанского ГИДУВ мнение об угнетающем влиянии хронических инфекций (малярия, туберкулез) на течение гонорейного процесса (Печников, Бейрах). Все больные второй группы, закончившие лечение, находились под наблюдением в течение 5—12 месяцев; рецидивов не было.

### В ы в о д ы

- 1) Аутогемотерапия в виде впрыскиваний в шейку матки является активным методом лечения гонорейного эндоцервицита.
- 2) По сравнению со старыми методами лечения (спринцевание, ванночки, тампоны и т. д.) аутогемотерапия сокращает срок лечения эндоцервицита в 3—4 раза.
- 3) Аутогемотерапия не дает эффекта в тех случаях гонорей, где имеются активные очаги в верхних отделах полового тракта.
- 4) При лечении аутогемотерапией необходимо учитывать реактивную способность организма. Сопутствующие хронические заболевания, в наших случаях малярия и туберкулез, ослабляя защитные силы организма, препятствовали успеху аутогемотерапии.

Поступила 2. III. 1939.