

У больной X., 25 лет, за 40 дней до поступления в клинику был диагностирован трихомонадный кольпит, по поводу чего ей ежедневно в течение 29 дней вдували в вагину по 0,3 осарсола. В результате у больной развился дерматит в области гениталий и паховых складок (гиперемия, отек и зуд). Применение препарата было прекращено, но процесс быстро распространялся и в течение 2 суток поражение кожи приняло универсальный характер. Поражена была и слизистая оболочка полости рта. В тяжелом состоянии на самолете больная была доставлена в клинику.

Жалобы на резкую слабость, тошноту, иногда рвоту, сильный зуд кожи.

Пульс слабого наполнения, от 80 до 110. АД 80/60 мм. Температура колебалась в пределах 37,2° утром — 39,2° вечером. Кожа лица, шеи, туловища и конечностей красная, с синюшным оттенком, отека, крупнопластинчатое шелушение. Местами, особенно в области крупных складок кожи, мокнутие и корки желтовато-бурого цвета. Воспаление наиболее резко выражено на лице, груди и верхних конечностях. Слизистая оболочка полости рта и красная кайма губ резко отечны, гиперемированы, во многих местах эрозированы.

Э. — 7 130 000, Гем. — 85%, Л. — 14 000, э. — 3%, п. — 2%, с. — 55%, л. — 36%, м. — 4%, РОЭ — 26 мм/час.

В моче следы белка, в осадке 20—25 лейкоцитов в поле зрения, местами лейкоциты в виде скоплений.

Терапия. Пенициллин внутримышечно по 50 тыс. ед. через 3 часа (всего 4 млн. ед.), 30% раствор гипосульфита натрия по 10 мл ежедневно (всего 12), внутрь — димедрол по 0,05 три раза в день, капли Зеленина и микстура Лашкевича. Обильное питье, орошение полости рта раствором фурацилина 1:5000. Спринцевания влажной салфеткой раствором марганцевокислого калия 1:6000. На участки мокнутия — примочки из 2% раствора борной кислоты, на все другие области — цинковое масло.

Через 20 дней наступило клиническое выздоровление.

Поступила 15 августа 1963 г.

ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АПИЗАРТРОНОМ

Доц. М. С. Ляшенко

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. Ф. Е. Петербургский)
Киевского ГИДУВа

Из литературы известно применение пчелиного яда в народной медицине для лечения разных болезней еще со времен глубокой древности.

Применение пчелиного яда в акушерско-гинекологической практике недостаточно изучено, поэтому опыт лечения гинекологических воспалительных заболеваний этим средством заслуживает внимания.

Апизартрон — очищенный, стандартизированный пчелиный яд, выпускаемый фармацевтической промышленностью ГДР для парентерального введения. В оригинальной упаковке содержатся два флакона сухого апизартрона по 0,1 мг (первой крепости) и 1 мг (второй крепости), а также 2 ампулы по 2 мл растворителя.

При отсутствии противопоказаний перед началом лечения с целью определения чувствительности организма к пчелиному яду вводили внутрикочно в зоны Снегирева — Гада 0,1 мл раствора первой крепости апизартрона. При отсутствии общей реакции на введенный апизартрон в виде повышения температуры, озноба, тошноты, рвоты, головной боли, крапивницы лечение проводили по схеме внутрикочно в зоны Снегирева — Гада и ромб Михаэлиса.

Схема лечения апизартроном (один курс)

Дни лечения		Дозировка инъекционного раствора I крепости (в мл)	Дозировка сухого пчелиного яда I крепости (в мг)	Дозировка инъекционного раствора II крепости (в мл)	Дозировка сухого пчелиного яда II крепости (в мг)	Число кожных волдырей
I крепости	II крепости					
1	9	0,1	0,005	0,1	0,05	2
2	11	0,2	0,01	0,2	0,1	4
3	13	0,3	0,015	0,3	0,15	6
4	15	0,4	0,02	0,4	0,2	8
5	17	0,5	0,025	0,5	0,25	10
6	19	0,6	0,03	0,6	0,3	
7	21	0,7	0,035	0,7	0,35	
8	23	0,8	0,04	0,8	0,4	
Всего		3,6	0,18	3,6	1,8	

Второй курс лечения начинали через 10—15 дней после первого.

Повышенную чувствительность к апизартрону первой крепости мы наблюдали у двух женщин (возбужденное состояние, бессонница, кожный зуд, крапивница). Введение апизартрона второй крепости часто вызывало гиперемии кожи и образование небольшого инфильтрата на месте инъекции, появление кожного зуда, который исчезал после смазывания спиртовым раствором бриллиантовой зелени. У этих больных интервалы между инъекциями удлинялись на 2—3 дня.

Перед началом лечения больных проводилось исследование мочи и крови.

Мы лечили апизартроном в условиях стационара 85 больных.

10 больных с острым воспалением придатков в течение 3—5 дней получали антибиотики и симптоматическое лечение, после чего им был проведен курс лечения апизартроном; 20 больных с подострым воспалением лечились только апизартроном.

После завершения курса лечения у 10 женщин с острым воспалительным процессом наступило выздоровление. Из 20 больных с подострым воспалением придатков матки выздоровление наступило у 16 и у 4 отмечено значительное улучшение.

29 женщин с воспалительными опухолями придатков матки, так называемыми аднекс-туморами и мешотчатыми опухолями труб до лечения апизартроном получали противовоспалительное лечение от одного до 3 месяцев со слабоположительными или без положительных результатов.

У 16 больных из 29, при инфильтративной фазе воспаления, после проведенного одного курса лечения апизартроном наблюдалось значительное улучшение и после второго наступило выздоровление; у 7 больных при экссудативной фазе воспаления после одного курса лечения наступило выздоровление; у остальных 6 больных улучшения не наступило и во время чревосечения у них выявлены кисты яичников. Таким образом, применение апизартрона помогло дифференциальной диагностике между воспалительными опухолями и новообразованиями придатков матки.

У 8 женщин с целью дифференциальной диагностики между воспалением придатков матки и внематочной трубной беременностью мы также провели курс лечения апизартроном. Значительное улучшение наступило у 6 женщин и выявлена внематочная беременность у двух.

У 11 женщин мы применили лечение апизартроном инфильтратов передней брюшной стенки и широкой связки после чревосечения. Полное рассасывание инфильтратов наступило после одного курса лечения.

У 5 больных эндометритом вследствие неполного аборта после лечения апизартроном наступило выздоровление.

У двух женщин с острым перипараметритом мы также провели лечение апизартроном. У одной больной наступило полное выздоровление, у другой значительное улучшение.

В амбулаторных условиях по той же системе лечилось 66 женщин.

У 38 больных хроническим воспалением придатков матки в течение нескольких лет до применения апизартрона проводилось обычное противовоспалительное лечение, результатом которого было временное улучшение. При влагалищном исследовании у них определялись увеличенные и болезненные придатки матки.

После проведенного курса лечения апизартроном у 20 больных наблюдалось значительное улучшение, у 18 наступило полное выздоровление. При влагалищном исследовании у них определялось нормальное состояние внутренних половых органов.

28 больных слепчивым хроническим периметритом отмечали постоянные или периодические боли внизу живота и в пояснице.

При влагалищном исследовании этой группы больных определялась неподвижность, болезненность матки и сводов. После лечения апизартроном у 19 больных наступило выздоровление и у 9 — значительное улучшение.

Таким образом, из 66 больных, получивших амбулаторное лечение апизартроном, выздоровление наступило у 37 и значительное улучшение — у 29.

Осложнений в лечении больных в амбулаторных условиях и в стационаре не было.

Отдаленные результаты проведенного лечения апизартроном наблюдаются нами от 6 месяцев до 1 года. Рецидивов не отмечено.

ВЫВОДЫ

1. Лечение апизартроном воспалительных заболеваний в малом тазу при экссудативной и инфильтративной фазах воспаления оказывает благоприятный результат.
2. Лечебный эффект выражался в улучшении общего состояния, нормализации температуры, замедлении РОЭ, исчезновении болей, ликвидации воспалительного процесса, при хронических слепчивых периметритах восстанавливалась подвижность матки и исчезали болевые ощущения.

ЛИТЕРАТУРА

Прейсман А. Б., Кербабаева Э. В., Крипак Н. Г. Здравоохранение Туркменистана, 1960, 1.

Поступила 15 октября 1963 г.