

ные периоды заболевания позволяет допустить зависимость снижения ГПИ прежде всего от нарушения функционального состояния печени, в частности от сдвигов в белковом обмене. В более поздних исследованиях Парро с сотрудниками было показано, что гистаминопексия здорового человека зависит от наличия в сыворотке гистаминопексического  $\gamma$ -глобулина, отсутствующего в сыворотке больных аллергическими заболеваниями. При эпидемическом гепатите с большим постоянством развивается диспротеинемия с изменением состава глобулинов (И. С. Присс, С. А. Щеглова), что, по-видимому, и вызывает нарушение гистаминопексической активности сыворотки крови.

Эти данные свидетельствуют о сложном генезе нарушений гистаминопексической активности сыворотки крови при эпидемическом гепатите, связанном не только с развитием аллергии и аутоаллергии. Оценка сдвигов этого показателя при эпидемическом гепатите Боткина требует учета совокупности факторов, могущих обусловить снижение ГПИ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бородин Ю. П. и Егорова А. Г. Сов. мед., 1963, 5. — 2. Бунин К. В. В кн.: Инфекционный гепатит. Медгиз, М., 1962. — 3. Владимирова К. Ф. Клин. мед., 1951, 7. — 4. Гулина О. М. Материалы конференции по проблеме эпидемического гепатита Боткина. Горьковский мед. ин-т и ИЭМ. Горький, 1963. — 5. Гуревич Е. С. Токсическая дистрофия печени. Медгиз, Л., 1963. — 6. Ишимова Л. М., Бородин Ю. П. Сов. мед., 1962, 7. — 7. Иоффе В. П. В кн.: Вопросы аллергии. Медгиз, М., 1961. — 8. Кассиль Г. Н., Вайсфельд И. Л. Патол. физиология, 1959, 3. — 9. Кириленко В. А., Юрчак Ф. Ф. Врач. дело, 1962, 6. — 10. Кричевская Е. И., Капитонова Г. В. Докл. АН СССР, 1958, т. 123, 1. — 11. Ковалева Е. В., Рачинский С. В., Середа Е. В., Кулябко О. М. Тез. конф. «Аллергия и аллергические заболевания у детей». Ин-т педиатрии АМН СССР, научно-исследовательская аллергологическая лаборатория АМН СССР. М., 1964. — 12. Матвеев А. А., Присс И. С. Материалы 2-го совещания по клинической биохимии инфекционных болезней. Рижский мед. ин-т, ин-т биологической и медицинской химии АМН СССР. Рига, 1963. — 13. Сиротинин Н. Н., Карандаева Е. Е. Вопросы аллергии. Медгиз, М., 1961. — 14. Щеглова С. А. Тр. Ленинградского педиатр. мед. ин-та, том XXX, Л., 1963.

УДК 616.988.73—615.779.9

## ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ОРНИТОЗЕ

*А. П. Казанцев*

Кафедра инфекционных болезней (нач. — проф. П. А. Алисов)  
Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова, Ленинград

Антибиотики не оказывают существенного влияния на жизнедеятельность большинства вирусов. Исключение составляют вирусы группы орнитоза — лимфогранулемы; при орнитозной инфекции сейчас широко применяются антибиотики. Изучение эффективности антибиотиков при орнитозе шло по нескольким направлениям: а) исследование влияния их на вирус в экспериментальной инфекции на подопытных животных, на развивающихся куриных эмбрионах и в культурах тканей; б) профилактическое использование антибиотиков для санации домашних и комнатных декоративных птиц, а также профилактическое назначение антибиотиков людям; в) лечение больных орнитозом с учетом отдаленных результатов терапии, влияния на иммунологические реакции.

Рядом авторов [13, 34] установлено, что пенициллин обладает заметным терапевтическим действием при экспериментальной орнитозной инфекции мышей.

На вирусы группы орнитоза — лимфогранулемы действуют также хлортетрациклин (ауреомицин), окситетрациклин (террамицин), левомицетин (хлорамфеникол), олеандомицин, сигмамицин, эритромицин. В эксперименте антибиотики группы тетрациклина в 5—10 раз активнее, чем пенициллин или хлорамфеникол.

Однако уже в экспериментах выявилось, что эффективность антибиотиков, даже группы тетрациклинов, не является абсолютной. Хотя они предохраняют мышей от гибели при заражении вирусами группы орнитоза — лимфогранулемы, но полного рассасывания легочных изменений не наступает даже через 6 недель после назначения антибиотика [18]; в течение месяца после назначения тетрациклина или тетрацицина удавалось выделить вирус орнитоза из органов мышей [3].

Установлено, что у вируса орнитоза может возникнуть устойчивость к антибиотикам. Путем пассажей вируса орнитоза (пситтакоза) в присутствии нарастающих концентраций антибиотиков получены штаммы, устойчивые к пенициллину и хлортетрациклину, причем новые штаммы выдерживали в 6—10 раз большую концентрацию антибиотиков, чем исходные [20]. Получены также штаммы вирусов, устойчивые к нескольким антибиотикам [19, 23].

Профилактика орнитоза у людей может осуществляться путем использования антибиотиков для санации зараженных орнитозом птиц. Было установлено, что инъекции масляных растворов хлортетрациклина в течение 15—25 дней приводят к санации зараженных орнитозом голубей и попугаев [29, 30], однако птицы остаются чувствительными к новому заражению. Практически более осуществимым является предложение Мейера [29] для оздоровления птиц (в частности индюшек) давать им хлортетрациклин или окситетрациклин с кормом из расчета 200—400 г на тонну корма. Применение такого корма в течение 32—39 дней может прервать инфекционную цепь среди птиц [29].

И. И. Терских и О. М. Попова [10] показали, что в опытах на мышах развитие орнитозной инфекции предупреждалось введением дибиомицина (за 2 дня до или через 2 дня после заражения). Исходя из этого, они предлагают в очагах орнитоза до полной ликвидации инфекции применять дибиомицин один раз в сутки через каждые 48 часов.

Наряду с экспериментальными данными стали появляться работы о применении пенициллина для лечения больных орнитозом. В первых из них сообщалось о его эффективности [23, 32], в дальнейшем большинство исследователей стало считать его малоэффективным препаратом, а некоторые говорят даже об отсутствии терапевтической активности пенициллина [5, 16, 25].

В настоящее время наиболее эффективными считаются антибиотики тетрациклинового ряда, которые очень быстро (в течение 24—72 часов) ведут к нормализации температуры и улучшению общего состояния больных. Декнинг [14] даже полагает, что если после дачи 2 г тетрациклина в сутки температура в течение 24—48 часов снижается до нормы, то это может служить подтверждением диагноза орнитоза. Ранняя антибиотикотерапия может предотвратить развитие осложнений [31].

Однако стали накапливаться данные о том, что терапия орнитоза тетрациклинами не всегда дает такие блестящие результаты. Кириш и Гюнтер [27] указывают, что, несмотря на раннюю антибиотикотерапию больных орнитозом, у них длительно не исчезали рентгенологически выявляемые изменения в легких, а при обследовании реконвалесцентов через 9 месяцев после выписки у большинства из них были обнаружены различные симптомы болезни (в основном нейровегетативные). По данным Ю. А. Ильинского, при антибиотикотерапии полное выздоровление наступало лишь у 73,97% больных орнитозом, а у остальных длительно выявлялись различные признаки болезни. Он же [6] отмечал, что при антибиотикотерапии снижение температуры до нормы наступало на 2—5-й день лечения, но рентгенологически устанавливаемые изменения в легких держались довольно долго. Мы также наблюдали, что при лечении антибиотиками долго сохранялись изменения в легких, сердечно-сосудистой и нервной системах [1, 7]. Даже рано начатая антибиотикотерапия не предупреждает рецидивов орнитоза, частота которых, по данным некоторых авторов, достигала 51,4% [17]. Мейер [29] считает, что малые дозы антибиотика и быстрое прекращение лечения могут привести к рецидивам. Эндерлайн [15] подчеркивает, что антибиотики уничтожают лишь экстрацеллюлярно расположенные вирусы, но они могут сохраняться в тканях и вызывать в дальнейшем рецидив.

Видимо, недостаточной эффективностью антибиотикотерапии обусловлены рекомендации довольно больших суточных и курсовых доз антибиотиков. Большинство авторов предлагает начинать лечение тетрациклинами с суточной дозы в 2 г, некоторые считают целесообразным после снижения температуры уменьшить дозу антибиотика до 1,5—1 г в сутки [21, 22, 36], другие же — давать очень большие дозы хлортетрациклина — до 4 г в сутки. Лечение антибиотиками чаще рекомендуют продолжать в течение 10—14 дней, реже 6—10 дней или в течение лихорадочного периода. На курс лечения чаще советуют давать 15—30 г тетрациклинов, реже 12—15 г; некоторые предлагают даже до 30—40 г антибиотика на курс, но и такие огромные дозы не гарантируют от рецидивов.

При приеме хлортетрациклинов могут развиваться различные побочные реакции, среди которых особое значение имеет действие антибиотикотерапии на иммунную перестройку организма. Многие авторы приписывают действию антибиотиков низкие и быстропадающие титры реакции связывания комплемента с орнитозным антигеном, другие полагают, что антибиотики тормозят или даже полностью прекращают выработку антител у больных орнитозом [24, 26, 28]. Хаусман и соавт. [24] считают, что при раннем применении антибиотиков серологический диагноз орнитоза невозможен или очень затруднен. Лишь отдельные авторы [5] не видели угнетающего влияния антибиотиков на образование антител, что, вероятно, объясняется малым числом больных, находящихся под наблюдением этих авторов.

Литературные данные свидетельствуют, что антибиотики имеют важное значение в профилактике и лечении орнитоза, но в то же время антибиотикотерапия свойствен ряд недостатков (не предупреждает рецидивов, не ускоряет рассасывания пневмонических очагов, отрицательно влияет на серологические реакции), она не решает полностью проблемы лечения орнитоза.

Приводим данные о лечении 100 больных орнитозом. У 34 чел. была легкая форма болезни, у 42 — среднетяжелая, у 15 — тяжелая и у 9 — хроническая; у 5 орнитоз протекал в виде хронической пневмонии и у 4 — без поражения легких. Муж-

чин было 47, женщин — 53. До 20 лет было 4 чел., от 21 года до 40 лет — 39, от 41 года до 60 лет — 51 и старше — 6. Заболевания носили спорадический характер, обычно возникали в холодное время года. Большинство больных заразилось от голубей.

При поступлении в клинику больным чаще назначался пенициллин или хлортетрациклин, кроме того, 11 чел. получали хлортетрациклин после отмены пенициллина или стрептомицина, 15 лежились левомецетином, 7 — стрептомицином и 12 никаких антибиотиков не получали. Дозы антибиотиков и длительность курса лечения устанавливались индивидуально в зависимости от сроков поступления в клинику, тяжести заболевания и особенностей дальнейшего течения болезни. Лечение больных орнитозом было комплексным. Помимо антибиотиков, всем больным назначались витамины: по 300 мг витамина С, по 20 мг никотиновой кислоты и по 3 мг в сутки тиамина и рибофлавина. Во время лихорадочного периода доза витаминов увеличивалась в 2—3 раза, в этот же период при тяжелом течении болезни назначалась оксигенотерапия (увлажненный кислород давали при помощи носовых зондов по 30—45 мин. 3—4 раза в сутки). Широко применялась лечебная физкультура (дыхательные упражнения), в периоде реконвалесценции для ускорения рассасывания воспалительных изменений в легких назначалась аутогемотерапия, гемотерапия, физиотерапевтические процедуры. Проводилось также симптоматическое лечение.

Пенициллин получали 34 больных (у них при поступлении ставился диагноз пневмонии). Длительность пенициллинотерапии колебалась от 4 до 22 дней (чаще 5—7) при суточной дозе 600—800 тыс. ед. Части больных одновременно с пенициллином был назначен стрептомицин (по 0,5 2 раза в день внутримышечно). У некоторых больных температура снижалась до нормы через 3—5 дней от начала лечения пенициллином. Общая слабость, изменения в легких и нервной системе обнаруживались еще длительное время. Иногда пенициллин эффекта не давал, и у больных удерживалась лихорадка, симптомы интоксикации, изменения в легких. У некоторых больных лихорадка и интоксикация, несмотря на лечение, нарастали, или же на фоне пенициллинотерапии возникал рецидив заболевания. В этих случаях пенициллин приходилось отменять и назначать хлортетрациклин или левомецетин. Пенициллинотерапия не оказывала существенного влияния на изменения в легких. Клинические симптомы пневмонии у больных этой группы держались от 7 до 48 дней (в среднем 16,9 дня). Половина больных, получавших пенициллин, выписана с остаточными изменениями в легких, выявляемыми рентгенологически.

Хлортетрациклин с первых дней поступления в клинику получал 21 больной, от 4 до 10 г (чаще 5—7 г) препарата на курс. Лечение продолжалось от 4 до 12 (обычно 5—7) дней. Вначале давали по 1,2—1,6 антибиотика, затем дозу снижали до 0,8 в сутки. Результаты наших наблюдений не совпадают с литературными данными о высокой эффективности тетрациклинов. Лишь у части больных нормализация температуры наступала в течение 1—2 суток после приема препарата. У большинства же больных снижение температуры до нормы происходило лишь к 5—8-му дню от начала лечения. Долго сохранялись изменения в легких. Клинические проявления пневмонии продолжались в среднем 22,1 дня, рентгенологические — еще дольше, а у трети больных они выявлялись и при выписке из клиники. У 4 больных наступил рецидив. В некоторых случаях, несмотря на раннее применение тетрациклинов, развивалась тяжелая форма болезни. Клинические примеры мы приводили ранее [7].

Левомецетин с момента поступления в клинику был назначен 15 больным по 2 г в сутки и от 12 до 46 г (чаще 20—25 г) на курс. Лечение продолжалось обычно 7—9 дней. Результаты терапии были почти такими же, как и от хлортетрациклина. Нормализация температуры обычно наступала к 5—7-му дню от начала лечения, клинические признаки пневмонии наблюдались в течение 17—20 дней, а рентгенологические еще дольше.

У больных хроническими формами орнитоза даже большие дозы антибиотиков и длительные курсы лечения не давали никакого эффекта.

У 13 больных из ста наблюдались рецидивы заболевания. Из них 4 чел. получали пенициллин, 4 — хлортетрациклин, 2 — левомецетин, 1 — тетрациклин, эритромицин и пенициллин и 2 не получали антибиотиков. Рецидивы наступали в сроки от 5 до 32 дней после нормализации температуры. Длительность и тяжесть рецидива были менее выраженными, чем первой волны заболевания. Таким образом, антибиотикотерапия не предупреждала рецидивов, но в то же время относительно небольшие дозы антибиотиков не приводили и к учащению рецидивов.

Выявилось определенное влияние антибиотиков на иммунологические сдвиги. Если у больных, не получавших антибиотиков, титры реакции связывания компонента в ходе болезни нарастали (у 66%) или оставались на одном уровне (у 34%), то у леченных антибиотиком в ряде случаев отмечалось падение титра ниже исходного. Особенно часто такое падение наблюдалось при раннем (до 5-го дня болезни) назначении антибиотиков. Максимальные титры (средние по группе) при антибиотикотерапии были ниже, чем при симптоматическом лечении. Если принять титр реакции связывания компонента при симптоматической терапии за 100%, то при ранней антибиотикотерапии он достиг всего 55%.

Таким образом, антибиотики не решают полностью проблемы лечения орнитоза. Назначать увеличенные дозы антибиотиков не следует.

Нам представляется целесообразным назначать антибиотики тетрациклиновой группы по 1,2—1,6 в сутки во время лихорадочного периода и по 0,8—1,2 до 3—5-го дня нормальной температуры. При поступлении больных (особенно легкими формами) в периоде реконвалесценции антибиотики можно не назначать.

Кроме назначения антибиотиков следует проводить терапию, направленную на повышение защитных сил организма.

Учитывая тенденцию орнитоза к затяжному течению и рецидивам, можно ожидать хороших результатов от сочетания антибиотиков с вакциной. Такое лечение дает хорошие результаты при ряде инфекций (бруцеллезе, брюшном тифе и др.). В настоящее время орнитозная вакцина хорошо изучена в эксперименте [8, 11], а И. И. Терских приготовила вакцину для лечебных целей. Мы применили вакцину у 12 чел. Внутрикожное введение вакцины сопровождалось повышением титра реакции компонента с орнитозным антигеном и оказывало терапевтический эффект. Метод назначения антибиотиков с последующей вакцинотерапией заслуживает внимания и дальнейшего изучения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алисов П. А., Казанцев А. П. Клин. мед., 1965, 12. — 2. Билибин А. Ф., Ильинский Ю. А. Клин. мед., 1962, 3. — 3. Болотовский В. М., Ратушкина Л. С. Вопр. вирусол., 1959, 6. — 4. Гладковский А. П. В кн.: Вопросы медицинской вирусологии. Орнитоз. Вып. X, М., 1964. — 5. Зейтленок М. А., Галушкин И. П. В кн.: Иммунология, природноочаговые и кишечные инфекции. Воронеж, 1965. — 6. Ильинский Ю. А. Клин. мед. 1961, 12; В кн.: Клинич. вопр. инфекц. патологии. М., 1965. — 7. Казанцев А. П. Сов. мед., 1965, 2. — 8. Куборина Л. Н. Вопр. вирусол., 1959, 3. — 9. Подолян В. Я. и др. Там же, 1963, 1. — 10. Терских И. И., Попова О. М. Там же, 1962, 6. — 11. Терских И. И. и др. Военно-мед. журн., 1960, 6. — 12. Яврумов В. А., Кобзарь М. С. ЖМЭИ, 1964, 7. — 13. Bedson S. P., May H. B. Lancet, 1945, 2, № 6370, 394—396. — 14. Decking F. Arch. Ges. Virusforsch., 1963, Bd. 13, H. 1—3, S. 316—322. — 15. Enderlein G. Arztl. Forsch., 1963, 12, 689—691. — 16. Fitz a. o. Am. J. med. Sci., 1955, vol. 229, № 3, p.p. 252—261. — 17. Gneuss W., Koitzsch Kl.-O. Dtsch. Gesundh.-Wes., 1961, 21, 964—972. — 18. Gogolak F. M. J. Inf. Dis., 1953, 92, № 3, p.p. 254—272. — 19. Gordon F. B., Mamay H. K., Trimmer R. W. Virology, 1960, 11, 2, 486—498. — 20. Gordon F. B., Bloom H. H., Mamay H. K. Virology, 1960, 11, 2, 474—485. — 21. Grantova H., Milek E. Z. ärztl. Fortbild., 1962, 56, 16, 897—902; Prakt. Lek., 1964, 44, 24, 916—917. — 22. Grantova H., Vojtech K., Milek E. Cas. Lek. ces., 1963, 15, 385—389. — 23. Greenland R. M. a. Moulder J. W. J. infect. Dis., 1961, 108, 3, 293—303. — 24. Haussmann H. G. u. a. Arch. Hyg., 1956, 140, 52—78. — 25. Jorgensen M. B., Steffensen K. A. Danish. Med. Bull., 1956, 3, 1, 20—24. — 26. Kikuth W. Die Psittacose. In «Die Infektionskrankheiten des Menschen und ihre Erreger». Stuttgart. 1958. Bd. 2. S. 1334—1344. — 27. Kirsch W. D., Günther O. Z. ges. inn. Med., 1964, 19, 3, 131—135. — 28. Lippelt H., Brand G. Dtsch. med. Wschr., 1955, 80, 110—114. — 29. Meyer K. F. Publ. Hlth. Rep., 1957, 72, 8, 705—719; Bull. Org. Mond. Sant., 1959, 20, 1, 101—119; Schweiz. med. Wschr., 1962, 92, 50, 1632—1638. — 30. Pollard M. Antibiotics Annual., 1958—1959, 992—993. — 31. Popek K. Z. ärztl. Fortbild., 1963, 57, 19, 1051—1057. — 32. Turgassen F. E. JAMA, 1944, 126, 1150—1151. — 33. Weyer F. Münch. med. Wschr., 1959, 101, 19, 851—856. — 34. Wolins W. Am. J. med. Sci., 1948, 216, 5, 551—564.

УДК 616—089—616—001.33—618.146

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТАРЫХ РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ

*Х. Х. Мещеров и Ю. П. Николаева*

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Х. Х. Мещеров)  
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института  
им. С. В. Курашова

Вопрос о выборе метода радикального лечения эрозированных выворотов слизистой оболочки цервикального канала окончательно не решен. Одни полагают, что для ликвидации этих состояний достаточно электрокоагуляции, другие считают, что такие больные должны подвергаться только оперативному лечению. Наконец, третьи предлагают диатермокоагуляцию и ампутацию шейки матки при гиперпластических и гипертрофических изменениях шейки на почве эрозированного эктропиона.

Мы применяли только хирургическое лечение. Свои клинические наблюдения мы проводили над женщинами, которым были произведены пластические операции на