

ского типа, а редкость объясняют определенной степенью выработки иммунитета и к другим типам полиовируса (М. Войкулеску). В отечественной литературе описаны только единичные случаи повторных заболеваний полиомиелитом.

Приводим наши наблюдения.

1. М., 1923 г. рождения, в возрасте 3 лет внезапно заболела: была высокая температура и спутанность сознания. На 3-й день от начала заболевания на фоне снижения температуры до нормы и прояснения сознания развился вялый паралич обеих нижних конечностей с исчезновением сухожильных рефлексов при сохранении чувствительности и функции тазовых органов. Восстановление утраченных двигательных функций шло постепенно: к 6 месяцам от начала заболевания больная могла стоять, а через 1 год — передвигаться с палкой. К 8-летнему возрасту функция ног восстановилась до такой степени, что девочка могла бегать, прыгать, но легкая хромота оставалась (левая нога была короче и тоньше). В возрасте 24 лет повторно остро заболела: повысилась температура до $39,8^{\circ}$, появилась головная боль с тошнотой, развился паралич правой ноги, из-за чего больная слегла в постель. Температура нормализовалась через 3 дня. Чувствительность и функция тазовых органов не нарушались. Установлен диагноз: повторное заболевание полиомиелитом.

С 24/II по 24/III 1964 г. больная наблюдалась нами. Клинические проявления заболевания не вызывали сомнения, что больная перенесла острый полиомиелит. На ЭМГ — четкие указания на поражение переднего рога. Лечение: грязевые аппликации на поясницу и левую ногу (20 кг температурой 42°C в течение 15 мин.), на курс 9 процедур, в комбинации с углекисло-сероводородными ваннами температурой 37°C , продолжительностью 15 мин., на курс 11 процедур; ежедневный массаж пораженных групп мышц, лечебная гимнастика для парализованных и ослабленных групп мышц, дозированная ходьба, климатолечение. В результате наступило улучшение: в 5 из 19 пораженных мышц сила увеличилась до 1 балла, уменьшились атрофии на 0,5 см. Улучшилась опорная функция, появилась возможность передвигаться на большие расстояния без усталости.

2. Н., 31 года, перенесла полиомиелит в возрасте 2,5 лет. Был вялый парез правой руки и паралич левой ноги. В возрасте 20 лет повторно заболела полиомиелитом. На этот раз был парез левой руки и паралич правой ноги. Сухожильные рефлексы на пораженных конечностях не вызывались. Чувствительность и функция тазовых органов не нарушались. С 17/I по 12/II 1964 г. больная была под нашим наблюдением. Клинические проявления заболевания свидетельствовали, что больная перенесла острый полиомиелит. Это подтверждалось и данными ЭМГ. В результате лечения (углекисло-сероводородные ванны № 17, грязевые аппликации № 3, ЛФК, массаж) наступило улучшение: в 25 из 68 пораженных мышц сила возросла до 1 балла, улучшилась опорная функция правой ноги (больная может стоять на ней до 50 сек., а до лечения могла стоять до 5 сек.), появилась возможность передвигаться на 1 км (до лечения передвигалась на 500 м).

Комплексная курортная терапия является одним из эффективных звеньев этапного лечения больных с последствиями полиомиелита.

УДК 616.981.25—616.981.47—616—097

Л. Г. Максимова (Казань). Антигенные свойства стафилококка и протей

За последнее время внимание бактериологов и клиницистов привлекают к себе гнойные заболевания. Общеизвестно, что наиболее частым возбудителем гнойных заболеваний является стафилококк. Во многих случаях стафилококковая инфекция осложняется протеей. Это усугубляет течение процесса и переводит его в хроническую форму.

Мы изучали иммуногенные свойства стафилококка и протей, то есть проверяли невосприимчивость иммунизированных животных к последующему заражению указанными культурами. Для приготовления вакцины использовали свежeweделенные штаммы стафилококка и палочки протей. Стафилококк был выделен от больного с флегмоной левой кисти. Полученная культура давала гемолиз на кровяном агаре, коагулировала плазму через 4 часа, сбраживала маннит с образованием кислоты без газа, не разлагала лактозу и давала золотистый пигмент.

Протей был выделен от больной с трофической язвой левой голени. Данный штамм не давал гемолиза на кровяном агаре, разлагал мочевину, разжижал желатину, разлагал глюкозу с образованием кислоты и газа, не расщеплял лактозу, маннит и сахарозу, не образовывал сероводорода и индола. На основании этих данных штамм протей был отнесен к мирабилиному виду.

Приготовление вакцины из убитых культур стафилококка и протей осуществлялось по методу Т. Б. Горгиева. Параллельно готовились живые вакцины из тридцатидневных ослабленных культур стафилококка и протей этих же штаммов в титрах 1 млрд. микробных тел.

80 белых мышей были разделены на 2 группы, по 20 опытных и по 20 контрольных в каждой группе.

Животным 1-й гр. для иммунизации вводили подкожно 0,2 мл стафилококковой вакцины, что соответствовало 200 млн. микробных тел. Делали 6 инъекций с интервалами в 4 дня, 4 раза вводили вакцину из убитых, а последние 2 раза — из живых культур стафилококка, 50 млн. микробных тел.

Через 3 дня после последней вакцинации мышам внутривбрюшинно вводили двукратную смертельную дозу золотистого стафилококка в смеси с голодным агаром (800 млн. микробных тел стафилококка). Контрольным мышам вакцину предварительно не вводили. Одновременно с заражением опытных мышей им вводили внутривбрюшинно соответствующую дозу того же штамма стафилококка.

Животным 2-й гр. для иммунизации вводили подкожно вакцину мирабильного протей (доза и сроки те же, что в 1-й гр.). Через 3 дня после вакцинации мышей заражали внутривбрюшинно двукратной смертельной дозой (600 млн. микробных тел, то есть 0,6 мл одномиллиардной взвеси) суточной культуры мирабильного протей.

В наших опытах стафилококковая вакцина не предохраняла белых мышей от гибели при последующем заражении их стафилококком, что подтверждает данные Дарье о стафилококке как о слабом антигенном раздражителе, а также высказывание Г. В. Выгодчикова о ведущем значении антитоксического иммунитета при стафилококковых заболеваниях.

Наши опыты показали также, что корпускулярная протейная вакцина является хорошим антигеном. При иммунизации вакциной достигается достаточно напряженный иммунитет, предохраняющий животных от гибели при последующем заражении их даже двукратной смертельной дозой протейной культуры. Это дает нам право полагать, что при лечении больных протейной инфекцией, где протей играет самостоятельную роль или действует в ассоциации с другими микробами, при затяжных хронических процессах вакцинаотерапия корпускулярными антигенами протей в сочетании с общепринятыми методами лечения должна давать положительный эффект.

УДК 615 — 099

Ю. К. Разумовский, О. А. Флоринская и А. Е. Подвигина (Лениногорск)
Отравление ребенка 2¹/₂ лет аэроном

Ш., 2 лет 6 мес., играл стеклянной трубкой, где находились таблетки аэрона. Примерно через час мать ребенка заметила, что он стал капризным, беспокойным, кожа лица покраснела. Мать обнаружила исчезновение 5 таблеток аэрона, вызвала скорую помощь, и через 30 мин. ребенок был доставлен в больницу.

При поступлении в 12 час. 40 мин. состояние ребенка тяжелое, кожные покровы горячие, сухие, зрачки расширены, отмечается резкое двигательное возбуждение. Тоны сердца приглушены, пульс учащен. Со стороны других внутренних органов изменений нет. Сделано промывание желудка через зонд слабым раствором марганцевокислого калия, высокая клизма, дано обильное питье, введен подкожно кордиамин и прозерин, 500 мл физиологического раствора, внутривенно 20 мл 20% раствора глюкозы. После этого состояние ребенка несколько улучшилось, но к 14 часам вновь появилось резкое двигательное возбуждение. Дыхание стало шумным, отмечалось затруднение при глотании. Вновь введено 50 мл физиологического раствора и пилокарпин подкожно. Вскоре появились эпилептиформные судороги, парез лицевого нерва справа. Клизма из хлоралгидрата судорог не сняла. К 15 часам больной впал в коматозное состояние и в 15 час. 30 мин. умер.

УДК 616—002.3—616.74—615—099

Д. В. Помосов и В. Ф. Жупан (Ленинград). Удаление абсцесса мягких тканей руки, возникшего после введения металлической ртуть

Р., 21 года, страдающая с пятнадцатилетнего возраста циркулярной формой психопатии, поступила 27/II 1962 г. с жалобами на боли и ограничение движений в левом локтевом суставе, на отек левого предплечья. В декабре 1961 г. с суицидной целью пыталась шприцем ввести металлическую ртуть в вену левого локтевого сгиба, но ввела в мягкие ткани. Появились резкие боли в месте введения, гиперемия, отек, образовался абсцесс, который через несколько дней вскрылся. Выделились гной и ртуть. Свищевой ход из абсцесса не закрывался 1,5 месяца. Развилась контрактура левого локтевого сустава. Последнее обстоятельство и заставило больную обратиться за медицинской помощью.

Левая рука согнута в локтевом суставе под прямым углом, движения резко ограничены и болезненны. На внутренней поверхности верхней трети левого предплечья опухолевидное неровное образование 5×4 см, мягкоэластичной консистенции, с флюктуацией в центре. Кожа над образованием не изменена. На передней поверхности предплечья такое же образование с цианотично-багровым цветом кожи над ним. Оба образования несколько болезненны.