

Канд. мед. наук В. А. Кулавский (Уфа). Пороги болевой чувствительности у женщин при хронических воспалительных процессах придатков матки

Мы изучали пороги периферической кожной чувствительности и в зонах Снегирева—Геда у больных с хроническими воспалительными заболеваниями женских половых органов до и в процессе проведенного комплексного лечения. Для определения зон кожной гиперестезии использовали метод электродермометрии комбинированным аппаратом Мищука, нанесение химического кожного раздражителя (паста Розенталя).

Исследования проведены нами в процессе лечения у 88 женщин в возрасте 20—40 лет; 68 из них страдали хроническим салпингоофоритом и 20 были практически здоровы (контрольная группа). Продолжительность заболевания у 26 женщин была до 3 лет, у 20 — до 5 лет и 22 — свыше 5 лет. 49 больных испытывали ноющие боли в животе, 7 — схваткообразные, 12 — режущие. 28 больных жаловались на расстройств со стороны нервной системы — плохое настроение, головные боли, раздражительность, нарушение сна, понижение работоспособности. При осмотре у большинства женщин отмечалась бледность кожных покровов. Больные были, как правило, средней упитанности. Существенных отклонений в состоянии сердечно-сосудистой системы не обнаружено. При неврологическом обследовании у большинства больных выявлены стойкий разлитой красный дермографизм. При влагалцидном исследовании определялись увеличенные в разной степени и болезненные придатки. Для терапии были широко использованы физиотерапевтические методы: ионофорез с йодистым калием, диатермия, ионофорез с сернистыми магнезиальными, новокаином, индуктотермия с одновременным применением биогенных стимуляторов (ФиБС, алоэ, стекловидное тело, экстракт плаценты, торфот и др.) и седативных средств (пипольфен, мепробамат, седуксен и др.). У ряда больных были применены гормоны коры надпочечников.

Исследование порогов проводили пятькратно, определяли в вольтах с последующей статистической обработкой.

Установлено, что женщины, страдающие хроническими салпингоофоритами, имеют низкие пороги кожной болевой чувствительности и в зонах кожной гиперестезии, что характеризует вовлечение в патологический процесс различных отделов нервной системы, особенно вегетативных, с наличием неадекватных, извращенных сосудистых реакций. Применение физических методов лечения в сочетании с транквилизаторами, витаминами, биогенными стимуляторами способствует улучшению клинического состояния, повышению порогов болевой чувствительности. Нормализация порогов происходит параллельно субъективному улучшению состояния больных, уменьшению интенсивности болевых ощущений. Результаты исследований указывают на большую роль нервных нарушений в патогенезе хронических заболеваний женской половой сферы и подтверждают эффективность комплексных методов терапии.

УДК 616.611—002—615.834

Доц. Р. Г. Фархутдинов, Р. Ш. Акбашев (Уфа). Показания и противопоказания к лечению больных гломерулонефритом на курорте Янган-Тау

Одним из курортов для лечения больных с заболеванием почек, расположенных в Башкирии, является Янган-Тау. В последние годы сюда поступает все больше больных с урологическими и почечными заболеваниями. В основу лечения больных с заболеванием почек положено применение естественных суховоздушных (газотермальных) ванн температурой 50—60° и продолжительностью 10—15 мин. и диетическое питание на фоне комплексного санаторно-курортного режима. В качестве питьевой воды используется вода источника Кургазак, обладающая слабомочегонным действием. Лечение почечных больных проводится в летние месяцы, когда погода позволяет использовать и климатотерапию.

Правильный отбор больных для санаторного лечения — залог его высокой эффективности. Однако на курорты часто направляют больных с заболеваниями почек, которым санаторное лечение противопоказано. Так, за последние 3 года в санаторий Янган-Тау поступило 7,6% таких больных. Хронический гломерулонефрит с высоким АД, нефротический синдром с большими отеками, хронический нефрит с макроскопической гематурией, пиелонефрит с нарушением функции почек, амилоидоз почек, поликистоз — вот далеко не полный перечень диагнозов, которые ставит санаторный врач. У таких больных в результате перемены обстановки и бальнеолечения может нарастать картина уремии, увеличиваться количество патологических элементов в моче, повышаться АД.

Санаторное лечение в Янган-Тау показано при следующих заболеваниях: 1) остаточные явления после острого гломерулонефрита; 2) остаточные мочевые симптомы после перенесенной нефропатии беременных; 3) хронический нефрит с изолированным мочевым синдромом (латентная форма); 4) хронический нефрит с гипертоническим синдромом (АД не выше 170/100) при достаточной функции почек; 5) хронический нефрит с нефротическим синдромом без выраженной почечной недостаточности.

Лечение в Янган-Тау полезно и показано при сочетании нефрита с поражением опорно-двигательного аппарата (ревматоидными, бруцеллезными, дистрофическими, травматическими полнартритами), с заболеваниями периферической нервной системы (пояснично-крестцовым радикулитом, невритами, невралгией инфекционного и токсического происхождения и травматическими повреждениями нервных стволов мышц), с заболеваниями желудка при сохраненной секреторной функции.

УДК 616.921.8—616—085.37

Н. Ф. Амфитеатрова, И. Е. Алатырцева (Казань). К вопросу о превентивной активности экстрактов органов и сыворотки крови животных

В настоящем сообщении приводятся материалы сравнительного изучения защитного эффекта экстракта легких, бронхиальных лимфатических узлов и сыворотки крови у животных, ревакцинированных против коклюша общепринятым подкожным и интраназальными методами, а также результаты исследования корреляции между превентивными свойствами испытуемых субстратов и концентрацией содержащихся в них γ M- и γ G-антител.

Эксперименты проведены на 500 беспородных белых мышах (самцах и самках) весом 14—16 г. До и после подкожной и интраназальной ревакцинации (с 1 до 30-х суток) у мышей-доноров брали пробу крови и экстирпировали легкие и бронхиальные лимфатические узлы. Водные экстракты органов и сыворотку крови в разведении 1:10 вводили по 0,05 мл в нос интактным животным за сутки до интраназального заражения их массивными дозами вирулентной коклюшной культуры (40—100 ЛД₅₀). О результатах опытов судили по количеству погибших животных и состоянию легких у мышей, переживших время наблюдения (на 15-й день после заражения). Животных с обширными специфическими поражениями в обоих легких относили к группе «условно погибших». В качестве контроля использовали интактных мышей, которым за сутки до заражения вводили в нос физиологический раствор. Все контрольные животные гибли от каждой из заражающих доз коклюшной палочки.

Исследования показали, что интенсивность защитного действия экстрактов органов и сыворотки крови привитых животных зависела от времени, прошедшего с момента инъекции антигена, и метода ревакцинации. Бронхиальные лимфатические узлы и легкие подкожно ревакцинированных животных в течение первых 14 дней после ревакцинации в основном обладали низкой и средней степенью защиты интактных реципиентов. В одном случае на 1-й день после ревакцинации наблюдалась высокая степень защиты реципиентов от введения экстракта бронхиального лимфатического узла с титром антител 1:80. На 21 и 30-й дни экстракты органов защищали большую часть животных от заражения. У интраназально ревакцинированных доноров бронхиальный лимфатический узел обладал выраженным защитным действием уже с 10-го дня после ревакцинации. Превентивная активность легких и сыворотки крови была такой же, как у подкожно ревакцинированных животных.

Можно было отметить некоторую связь между защитным действием субстратов и наличием макроглобулиновых антител. Все экстракты, не содержавшие 19S-антител, не защищали животных от последующего заражения или обладали низким защитным действием. В пределах одного срока исследования наблюдалась корреляция между интенсивностью защитного действия испытуемых субстратов и концентрацией содержащихся в них γ M-антител (10-е сутки после подкожной и интраназальной ревакцинации). В то же время при исследовании на разных сроках после ревакцинации мы не установили строгой зависимости защитного эффекта от титров антител. При одном и том же титре γ M-антител аналогичные экстракты органов животных, забитых на разных сроках после ревакцинации, обладали разным защитным действием. Введение экстракта бронхиального лимфатического узла с титром 19S-антител 1:40 от донора, забитого на 10-е сутки после ревакцинации, не защищало реципиентов от последующего заражения 40 ЛД₅₀ коклюшной культуры, тогда как введение аналогичного субстрата от донора, забитого на 30-е сутки, обеспечивало высокий защитный эффект.

В первые 10 дней после ревакцинации накопление защитных антител в органах и крови животных отставало от концентрации коклюшных 19S-агглютининов. На более поздних сроках высокая степень защиты реципиентов наблюдалась как при высоких, так и при низких титрах 19S-антител в испытуемых субстратах. Не отмечено также корреляции между защитным действием испытуемых субстратов и содержанием 7S-антител в органах и крови. Экстракты органов и сыворотка крови животных обладали выраженным защитным действием при отсутствии 7S-антител в субстрате. В то же время при наличии 7S-антител в сыворотке крови в значительных титрах она не защищала животных от последующего заражения (7 и 10-й дни после подкожной ревакцинации).

ВЫВОДЫ

1. Изучение защитного действия экстрактов органов и сыворотки крови животных, ревакцинированных подкожно и интраназально коклюшной моновакциной, показало отсутствие полной корреляции между содержанием γ M- и γ G-антител в испытуемых