

Доц. С. Е. Шапиро (Хабаровск). Особенности реакции Видалья у тифозно-паратифозных больных, лечившихся синтомицином

Реакция Видалья изучалась в динамике у 200 больных (брюшным тифом — 173, паратифом А — 6 и Б — 21). Все заболевания возникли в результате контактно-бытовых заражений. Тяжелое течение было зарегистрировано в 40%, среднетяжелое — в 56% и легкое — в 4% случаев.

Диагноз брюшного тифа и паратифа подтвержден бактериологически у 72% больных (гемокультура — 63%, копрокультура — в 6% и уринокультура — в 3%), серологически — в 24,5%, и у 3,5% больных — клинико-эпидемиологически.

Лечение синтомицином было начато в следующие сроки от начала болезни: на 4—8 день — в 21%; 9—12 день — в 33%; 13—20 день — в 33%, и после 20 дня болезни — в 13%. Длительность лечения синтомицином колебалась от 5 до 15 дней, продолжалась чаще 10—12 дней, при суточной дозировке в пределах от 0,05 до 0,075 на кг веса больного. Кроме того, 49% больных получили повторный курс синтомицина для лечения или профилактики рецидивов. У всех синтомицин оказал отчетливое терапевтическое действие, выразившееся снижением температуры и дезинтоксикацией.

Реакция Видалья была поставлена у 30% больных двукратно, в 25% — 3 раза, в 20% — 4 раза, в 17% — 5 раз, и у 8% больных 6 и больше раз.

Введение синтомицина, как правило, не снижает титра агглютининов; почти у $\frac{2}{3}$ больных (63,6%) титр реакции Видалья в период приема синтомицина либо сохранился на прежнем, довольно высоком уровне или повысился в 2 и даже 4 раза. В тех же случаях, где наблюдалось снижение титра, оно не носило катастрофического характера — титры обычно снижались не более чем в два раза.

В течение первых 20 дней после лечения почти у $\frac{2}{3}$ (61,1%) обследованных реакция Видалья имела тенденцию к росту или сохранилась в диагностических титрах. И лишь через 20—30 дней после лечения у небольшой части больных появилась склонность к затуханию реакции агглютинации.

До лечения синтомицином диагностические титры реакции Видалья регистрировались у 59% больных: причем титр 1/800 был всего лишь у 18%. Между 10 и 20 днем после лечения диагностические титры агглютининов уже наблюдались у 80% прослеженных больных, а число больных с реакцией Видалья 1/800 возросло более чем в два раза.

Почти у $\frac{3}{4}$ больных (72,7%) брюшным тифом или паратифом Б, леченных синтомицином, реакция Видалья либо нарастает, либо сохраняет свой диагностический титр; и лишь у $\frac{1}{9}$ части лечение синтомицином сопровождалось угасанием реакции Видалья, титр которой иногда в течение 2—3 недель снижался с 1/800 до 1/100 или даже до нуля. Вместе с тем, почти у $\frac{1}{6}$ больных (16,3%) реакция Видалья оставалась отрицательной или положительной в титре 1:100 на протяжении всей болезни.

Особо следует отметить то обстоятельство, что у большинства больных, где синтомицинолечение была начата при отрицательной реакции агглютинации, положительная реакция Видалья в диагностических титрах появлялась уже после снижения температуры.

Встречались и такие больные, у которых реакция Видалья становилась положительной только после перенесенного рецидива болезни.

Отмеченный нами процент (16,3%) тифозных больных, не давших в ходе лечения синтомицином выраженной реакции Видалья на протяжении всего заболевания, нельзя признать чрезмерно высоким.

Проведенные нами наблюдения дают все основания полагать, что выздоровление брюшнотифозных больных в ходе лечения синтомицином является не пассивным следствием гибели возбудителя под влиянием антибиотика, а активным процессом, обусловленным обычными защитными приспособлениями организма.

Асс. М. С. Калинин (Москва). Опыт применения водно-спиртового экстракта корневища бадана при острой бактериальной дизентерии

По предложению фармакологического Комитета Минздрава СССР, мы в течение 1955—1956 гг. провели наблюдение над действием экстракта бадана при острой бактериальной дизентерии.

Водно-спиртовое извлечение корневища бадана представляет собой сложный химический комплекс, в состав которого входит ряд химических веществ, в том числе дубильные вещества — аморфные таниды (15—25%).

Этот препарат применялся нами при острой дизентерии в течение 5 дней по 15,0—3 раза в день, в разведении в 2—3 раза водой или сахарным сиропом. Одновременно с экстрактом бадана никакого другого препарата не применялось.

Лечилось 53 больных. С легкой формой было 10 больных, средней — 39 и тяжелой (токсической) 4.

При ректороманоскопии до лечения и в первые его дни установлены эрозивно-язвенный проктосигмоидит у 4; катарально-эрозивный проктит — у 6; катарально-экссудативно-геморрагический проктосигмоидит — у 11; катарально-экссудативный проктосигмоидит — у 22; катаральный проктит — у 8 (2 больных не обследованы).

Начали лечение: на 2 день — 18; на 3 — 25; на 4 — 7; на 5—6 — 3 чел.

Температура в первый день лечения была нормальная у 18, повышенная и высокая — у 35. Снижение температуры до нормы наступило через 1 день — у 20; через 2 дня — у 9; через 3—8 дней — у 6.

Стул в первый день лечения у всех был патологическим, нормализация его после дачи препарата отмечена через 1 день у 7; через 2 дня — у 19; через 3 дня — у 12; через 5 — у 7; через 6—8 дней — у 8.

Болевой и спастический синдромы у большинства исчезли на 4—9 день болезни.

С полной и частичной репарацией (ректороманоскопия) слизистой было выписано 39, у 12 были явления катарального проктита или проктосигмоидита.

По нашему мнению, эффективность лечения острой бактериальной дизентерии экстрактом бадана такая же, что и при лечении синтомицином и фталазолом.

Асс. П. В. Сергиенко (Иваново). Альбуминово-глобулиновый и фагоцитарный коэффициенты при хронических параназальных синуситах

Изучалось состояние фагоцитоза и белковых фракций крови у больных с хроническими параназальными синуситами.

Было обследовано 66 больных до и после операции (на 8—10 день). Из них 28 обследованы дополнительно через 1—6 месяцев после выписки из клиники.

Общий белок крови определялся рефрактометрически. Альбумины и глобулины осаждались из сыворотки крови путем высаливания растворами сернокислого аммония различной концентрации и определялись методом нефелометрии.

Состояние фагоцитоза изучалось по микрометоду Хеддльсона, с использованием бактериального стандарта в 1,5 млрд микробных тел в 1 мл эмульсии.

Операции на гайморовой пазухе производились по Кальдвель — Люку (в модификации А. Ф. Иванова); на лобной пазухе — по Янсен — Белоголовому; клетки решетчатого лабиринта вскрывались в основном эндоназально. Во всех случаях уделялось большое внимание тщательному удалению видимых полипозно измененных участков слизистой оболочки и созданию широкого сообщения придаточных пазух с носовой полостью.

При оперативных вмешательствах, а в некоторых случаях — при пункциях верхнечелюстных пазух, содержимое пазух (гной, слизь) бралось на бактериоскопическое и бактериологическое исследование, при этом, как правило, обнаруживалась кокковая, грам-положительная микрофлора (стафилококки и стрептококки).

Мужчин было 33, женщин — тоже 33. От 13 до 20 лет — 21, от 21 года до 35 лет — 21, старше 35 лет — 24. Болели до 1 года 16, до 5 лет — 33, до 10 лет — 9, свыше 10 лет — 18.

У 18 имелось поражение всех передних придаточных пазух носа, у 8 — заболевание гайморовых пазух и клеток решетчатого лабиринта, у 35 — поражение гайморовых пазух.

У 14, кроме воспаления придаточных пазух носа, наблюдались другие заболевания (бронхиальная астма, гипертиреоз, хронический тонзиллит, эмфизема легких, гнойный средний отит, конъюнктивит).

У 20 до операции была субфебрильная температура, у остальных — нормальная.

Количество эритроцитов и гемоглобина, а также цветной показатель крови у всех, как до операции, так и после нее, были в пределах нормы.

У 25 больных до операции зарегистрировано ускорение РОЭ (до 35 мм/час), у 9 — повышение количества лейкоцитов (до 10 400). Это отмечено у лиц с обострениями хронического заболевания, а также при сопутствующих заболеваниях.

У 12 до операции наблюдался лимфоцитоз (свыше 35%), а у 13 — моноцитоз (свыше 10%).

У 34 из 66 больных $\frac{A}{\bar{F}}$ -коэффициент превышал 2,0. Фагоцитоз у всех больных был ниже, чем у здоровых. Снижение фагоцитоза и количества глобулинов крови замечено даже в тех случаях, когда имелись ускорение РОЭ и повышение количества лейкоцитов.

После операции у 44 больных на протяжении 3—4 дней была субфебрильная температура, а у 6 — температура повышалась до 38° (у больных с развившейся после операции лакунарной ангиной, а также с выраженным отеком мягких тканей щеки).

У 8 отмечались повышение количества лейкоцитов (до 11 000), у 5 — лимфоцитоз, у 7 — моноцитоз, у 30 — ускорение РОЭ (до 40 мм/час).

У 14 $\frac{A}{\bar{F}}$ -коэффициент был в пределах нормы, у остальных он имел только тенденцию к снижению. У всех после операции отмечалось некоторое повышение фагоцитоза, а у 11 он достиг тех показателей, которые характерны для здоровых. У этих же больных отмечались ускорение РОЭ и снижение $\frac{A}{\bar{F}}$ -коэффициента до нормальных цифр.

Какой-либо зависимости между температурной реакцией и состоянием фагоцитоза, а также белковыми фракциями крови установить не удалось.

Через 1—6 месяцев после операции у 13 был рецидив заболевания и у 15 — пол-