

цессов придатков маточника в воспалительных процессах отростка, мы глубоко убеждены в том, что удаление отростка оправданно лишь в тех случаях, когда налицо воспалительные изменения его, вне зависимости от того, явился ли острый аппендицит следствием воспалительного процесса придатков матки, или воспалительный процесс придатков матки привел к развитию острого аппендицита.

Нам представляется неприемлемой рекомендация А. А. Вербенко, Г. С. Топровера и Г. И. Жидовинова о необходимости удаления разорванного кистозно измененного яичника. В наших наблюдениях мы ни разу не производили удаления яичника, а ограничивались ушиванием или, в крайнем случае, резекцией, в том числе и при кистозных изменениях обоих яичников.

ВЫВОДЫ

1. Дифференциальный диагноз нарушенной внематочной беременности и разрыва яичника, сопровождающегося массивным кровотечением, у женщин, живущих половой жизнью, практически невозможен.

2. При сочетании острого аппендицита и разрыва яичника клиническая картина острого аппендицита превалирует над клинической картиной разрыва яичника.

3. Затруднения в диагностике апоплексии яичника как основного заболевания связаны не столько с разнообразием клинической картины, сколько с ошибками в методике обследования больных.

4. Выделение двух клинических форм разрыва яичника — болевой (псевдоаппендикулярной), при которой ведущим симптомом является боль при незначительном кровотечении, и анемической, основным симптомом которой служит внутрибрюшное кровотечение, — вполне оправданно и в значительной мере раскрывает существо патологического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев А. А. Разрывы яичника и их роль в клинике неотложной хирургии. Автореф. канд. дисс., М., 1959.— 2. Вербенко А. А. Материалы к вопросу об апоплексии яичника. Автореф. канд. дисс., М., 1958.— 3. Нарычева О. А. Вестн. хир., 1965, 5.— 4. Сапожников В. М. Хирургия, 1967, 4.— 5. Топровер Г. С., Жидовинов Г. И. Клин. мед., 1966, 10.— 6. Успенская Н. И. Хирургия, 1962, 12.

УДК 616—055.2—616.973—616.155.3—008.13

ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ

А. Г. Стерхова

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Л. Ф. Шинкарева)
Ижевского медицинского института*

Изменения в периферической крови у больных гонореей ранее исследовали лишь с помощью морфологических методов. Изучение же функциональной деятельности лейкоцитов при гонорее не нашло достаточного отражения в литературе. Имеются лишь единичные сообщения (А. Я. Виленчук, 1929; З. А. Песина, 1948).

Мы изучали функциональные свойства лейкоцитов периферической крови у 44 женщин, больных гонореей (возраст — от 18 до 58 лет). Хроническая гонорея была у 15 женщин, острое течение гонореи — у 6, подострое — у 21 и торпидное — у 2. У 3 больных свежей гонореей были явления метроэндометрита, у 19 — сочетание гонореи и трихомониаза. Две больные имели беременность (6 и 9 недель).

Фагцитарную активность лейкоцитов исследовали по методу Кост и Стенко (с небольшим видоизменением его). Объектом фагоцитоза служила взвесь убитого нагреванием золотистого стафилококка с титром 4 млрд. микробных тел в 1 мм³ крови. В окрашенных мазках сосчитывали 100 нейтрофилов. Отмечали процент фагоцитирующих нейтрофилов — показатель фагоцитарной активности лейкоцитов (индекс Гамбургера) и среднее количество микробов в каждом из них — фагоцитарное число (индекс Райта). Для более точной оценки показателей фагоцитоза определяли количество фагоцитированных микробов в 1 мм³ крови — общий показатель фагоцитоза. По степени фагоцитоза можно судить о функциональном состоянии нейтрофилов, а также о реактивности организма.

Анализ крови на фагоцитарную реакцию проводили до начала лечения, после курсов лечения бициллином, иммунопрепаратами (гоновакцина, пирогенал, молоко) и левомицетином. Однократно обследовано 6 больных, дважды — 23, трижды — 15.

Повторные исследования проводили через 2—7 дней после курса лечения, у 3 больных — через 1 месяц.

Полученные результаты изложены по отдельным группам больных в среднем арифметическом исчислении.

Контрольную группу составили женщины с хроническими воспалительными процессами половых органов. Процент фагоцитирующих нейтрофилов у них был равен 95,7, фагоцитарное число — 6,4, общий показатель фагоцитоза лейкоцитов — 26 000.

У женщин со свежей и хронической гонореей фагоцитарная активность лейкоцитов оказалась явно слабее, чем у здоровых людей и женщин, страдающих хроническими воспалительными процессами.

У больных хронической гонореей количество поглощенных лейкоцитами микробов в 1 мм³ крови было меньше, чем у больных свежей гонореей, несмотря на одинаковый процент фагоцитирующих нейтрофилов (табл. 1).

Таблица 1

Показатели фагоцитарной активности лейкоцитов при свежей и хронической гонорее

Формы гонорей	% Ф.Н.	Ф.Ч.	Ф. М. (общий показатель фагоцитоза)
Свежая	58	6,9	20 998
Хроническая	57,4	5,5	16 121

Таким образом, у больных свежей гонореей фагоцитарная активность лейкоцитов более выражена, чем у больных хронической гонореей. В свою очередь у больных свежей гонореей она более высока при подостром течении, чем при остром. Вероятно, играет роль влияние фазности инфекционного процесса и вегетативной настроенности организма на фагоцитарную активность лейкоцитов.

У больных с торпидным течением гонореи все 3 показателя фагоцитарной активности лейкоцитов значительно ниже: так, количество поглощенных микробов в 1 мм³ крови меньше почти в 3 раза, чем при остром, и почти в 4 раза, чем при подостром течении гонореи.

После курса лечения бициллином (3 млн. ед. в течение 5 дней) у больных свежей гонореей процент фагоцитирующих нейтрофилов увеличивается, но одновременно уменьшается фагоцитарное число и общий показатель фагоцитоза, т. е. под влиянием бициллина происходит некоторое угнетение функциональной активности лейкоцитов.

Из 6 больных хронической гонореей, лечившихся бициллином сразу после выявления заболевания, у 4 наблюдалось увеличение процента фагоцитирующих нейтрофилов и количества фагоцитированных микробов в 1 мм³ крови. У одной больной хронической гонореей на фоне гипоплазии гениталий количество фагоцитированных микробов несколько уменьшилось. У второй больной, имеющей беременность, количество фагоцитированных микробов осталось без изменений.

Таблица 2

Изменение показателей фагоцитарной активности лейкоцитов у больных хронической гонореей в результате лечения иммунопрепаратами и антибиотиками

Время исследования	% Ф.Н.	Ф.Ч.	Ф.М.
До лечения	54	5,9	17 635
После лечения	75	4,6	13 977

Несмотря на увеличение процента фагоцитирующих нейтрофилов после лечения больных хронической гонореей иммунопрепаратами и антибиотиками, фагоцитарное число и количество поглощенных микробов несколько уменьшились.

Снижение общего показателя фагоцитоза наблюдалось в основном у больных, которые после курса иммунотерапии принимали левомицетин. У 1 из них после безуспешного амбулаторного лечения был проведен повторный курс лечения стационарно, и по окончании его снова получен рост гонококка. У этой больной был самый низкий лейкоцитоз из всех обследуемых больных как до, так и после лечения (4400—4000), самое малое фагоцитарное число (3,1—1,1) и очень небольшой общий показатель фагоцитоза (после лечения — 1 638).

Е. А. Завенягина (1965) указывает на зависимость поглотительной способности макрофагов от пути введения антибиотиков: при пероральном введении антибноти-

ков тетрациклинового ряда, а также левомицетина и неомицина наблюдается ее угнетение, при внутримышечном и внутривенном введении антибиотиков она значительно выше.

3 женщины, больные хронической гонореей, получили сначала курс лечения бициллином, затем иммунопрепаратами, а затем левомицетином. У этих больных общий показатель фагоцитоза не снижался, а даже несколько превышал исходный, несмотря на некоторое уменьшение общего количества лейкоцитов.

В группе больных свежей гонореей после курса лечения бициллином общий показатель фагоцитоза почти не изменился, а после курса лечения иммунопрепаратами и левомицетином все 3 показателя фагоцитарной активности лейкоцитов увеличились, причем количество поглощенных нейтрофилами микробов возросло почти вдвое.

Таким образом, комбинированное лечение антибиотиками и иммунопрепаратами усиливает терапевтический эффект и предупреждает угнетение функционального состояния лейкоцитов, которое наблюдается во время лечения одними антибиотиками.

У больных свежей гонореей все показатели фагоцитарной активности лейкоцитов после комбинированного лечения стали значительно выше.

У одной больной с торпидным течением свежей гонорей после лечения бициллином, молоком, левомицетином достигнуто резкое увеличение всех показателей фагоцитарной активности лейкоцитов, у второй, наоборот, процент фагоцитирующих нейтрофилов и общий показатель фагоцитоза уменьшились.

У 3 больных свежей гонореей с явлениями метрозидометрита все показатели фагоцитарной активности лейкоцитов после комбинированного лечения улучшились. Клинически наблюдался хороший терапевтический эффект.

ВЫВОДЫ

1. Фагоцитарная активность лейкоцитов крови является одним из важнейших показателей реактивности организма. Наблюдаемое различие в показателях фагоцитоза при различном течении и разных формах гонорейного процесса у женщин, по-видимому, свидетельствует о различной способности организма больных к мобилизации своих защитных сил.

2. Показатели фагоцитарной активности лейкоцитов у женщин, больных гонореей, значительно ниже, чем у здоровых.

4. Фагоцитарная реакция лейкоцитов у больных хронической гонореей менее выражена, чем у больных свежей гонореей. У больных с торпидным течением свежей гонорей фагоцитарная активность лейкоцитов значительно ниже, чем у больных с острым и подострым течением гонорей.

4. Под влиянием бициллина происходит некоторое уменьшение фагоцитарной активности лейкоцитов; комбинированное же лечение с применением иммунопрепаратов и антибиотиков повышает реакцию фагоцитоза.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616—089.5—031.81—616.12—008.46

Ю. М. Скоморохов, Е. А. Загайнов, В. И. Шаров (Йошкар-Ола).
Развитие постуральной асистолии на фоне вводного наркоза фторотаном

Внезапная остановка сердца — грозное осложнение операции, обезболивания и некоторых диагностических манипуляций. Одной из многочисленных причин ее возникновения может быть изменение положения больного во время общего обезболивания. Постуральная асистолия обычно встречается при потенцированном наркозе, а также у больных с поражением спинного мозга и позвоночника, с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Чаще всего асистолия наблюдается в ответ на поворот наркотизированных больных в одну из боковых позиций.

Сообщений о постуральной асистолии на фоне вводного наркоза фторотаном в доступной нам литературе мы не встретили. Ввиду редкости подобного осложнения считаем не лишним интереса наше наблюдение.

С., 42 лет, поступил в нейрохирургическое отделение 18/IX 1970 г. по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита. Больной правильного телосложения. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 78, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца чистые. АД 140/80. В легких везикулярное дыхание, перкуторно — легочный звук. Печень не увеличена. На ЭКГ ритм синусовый, правильный. Число сердечных сокращений 73. Электрическая ось сердца расположена нормально. При рентгеноскопии органов грудной клетки отклонений от нормы не обнаружено. Моча без патологии. Проба Квика — Пытеля — 85%. После клинического об-