

Титц в 1966 г. описал 35 наблюдений перфорации шейки матки со стороны цервикального канала конечным отростком спирали Маргулиса. Больше упоминаний о подобных осложнениях мы ни в зарубежной, ни в отечественной литературе не нашли.

Как уже было сказано, у двух женщин одновременно с перфорацией шейки матки наступила беременность. Это, на наш взгляд, свидетельствует в пользу маточной теории механизма действия ВМС. Противозачаточный эффект ВМС связан с величиной площади контакта со слизистой оболочкой матки, особенно у дна ее. Об этом говорят наши клинические наблюдения. При использовании ВМС, имеющих большую площадь контакта со слизистой оболочкой матки, нежелательная беременность встречается реже, чем при применении малых форм контрацептива. У наших 2 пациенток в результате смещения ВМС наступило уменьшение контакта контрацептива и слизистой оболочки матки, что привело к снижению контрацептивного действия, и наступила беременность, несмотря на нахождение ВМС *in utero*. Это положение подтверждается также тем, что при производстве аборта у женщин, забеременевших несмотря на пользование ВМС, контрацептивы обнаруживаются обычно в нижних отделах полости матки.

Поступила 26 ноября 1973 г.

УДК 616.935:612.118.221.2

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ И СПЕЦИФИЧНОСТЬ РЕАКЦИИ ПАССИВНОЙ ГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ

Доц. Н. А. Романова, В. В. Лисичкин

*Кафедра детских инфекций (зав. — проф. Н. П. Кудрявцева) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова,
Казанский институт эпидемиологии и микробиологии*

Большой полиморфизм клинических проявлений дизентерии у детей на фоне высокой заболеваемости и относительно низкого бактериологического подтверждения ставит медицинских работников перед необходимостью изучения дополнительных методов диагностики данной инфекции. Особый интерес в этом отношении представляют серологические методы, в частности реакция пассивной гемагглютинации, которая до сих пор не получила широкого практического применения.

Целью настоящей работы явилось изучение специфичности и интенсивности положительных реакций пассивной гемагглютинации (РПГА) в зависимости от тяжести клинических проявлений дизентерии, сроков заболевания и бактериологического подтверждения. Главное значение придавалось нарастанию титра антител в динамике болезни.

Постановка РПГА нами осуществлялась с помощью аппарата для серологического микротитрования системы Такачи, который имеет ряд преимуществ: во-первых, он дает возможность проводить реакции с минимальным количеством исследуемого вещества (сыворотки больного); во-вторых, серийные разбавления готовятся с большой точностью и лишены субъективных погрешностей; в-третьих, одновременно за короткий промежуток времени можно протитровать большое количество исследуемых сывороток, что позволяет применять метод накопления и единовременного исследования.

Мы использовали специфические антигены — стандартный эритроцитарный диагностикум из шигелл Зонне и Флекснера и неспецифические антигены *V. coli* и *V. rettgeri*.

Под наблюдением находились 120 больных, у которых поставлена 441 РПГА в динамике болезни. В возрасте до года было 4 ребенка, от года до 3 лет — 76, от 3 до 7 лет — 30, от 7 до 14 лет — 10.

У 96 больных дизентерия имела острое течение, у 24 — затяжное и хроническое. Из общего числа больных острой дизентерией легкие формы наблюдались у 69%, среднетяжелые — у 26%, тяжелые — у 5%. Клинический диагноз у 72% больных был подтвержден бактериологически — выделены возбудители типа Зонне.

У 72% больных острыми формами дизентерии было гладкое течение заболевания и умеренные симптомы интоксикации: 1—2-дневная лихорадка (у 65%), одно- или двукратная рвота (у 23%), нарушение сна и аппетита; нерезко был выражен колитный синдром: спастически сокращенная сигма, податливость ануса и жидкий стул до 4—8 раз в сутки с примесью слизи. Кровь в стуле обнаруживалась у единичных больных. Стул при острой дизентерии нормализовался, как правило, на 4—5-й день болезни. К 10—12-му дню наступало клиническое выздоровление. У 28% больных течение дизентерии было отягчено сопутствующими заболеваниями, первое место среди которых занимали острые респираторно-вирусные инфекции.

Из 96 больных острой дизентерией у 75 был выделен возбудитель типа Зонне и у 2 — Флекснера. РПГА мы ставили одновременно с эритроцитарными диагностикумами Зонне и Флекснера. Реакция у 83% больных шла с дизентерийным диагностикумом Зонне, и только у 8% давала положительные результаты одновременно с диагностикумом Флекснера. Титр антител, определенный диагностикумом Флекснера, был низким, в процессе болезни не нарастал и учету реакции не мешал. Антитела в высоких титрах на 1-й неделе болезни были зарегистрированы только у 12 больных (13%), у остальных РПГА шла в низких титрах. На 2-й неделе болезни высокие титры антител наблюдались уже у 71 больного (74%), на третьей — у 7.

Из 27 больных, у которых диагноз не получил бактериологического подтверждения, РПГА оказалась положительной у 19. У 10 из них титр антител достиг высоких цифр на 2-й неделе болезни.

Таким образом, выявлена определенная закономерность в появлении антител. Антитела определяются на 1-й неделе болезни в невысоких титрах (1:50—1:100), нарастают ко 2-й (1:200—1:1600) и снижаются к 3—4-й неделе болезни. Средний титр антител при острой дизентерии составил 1:172.

При хронической дизентерии РПГА дала положительные результаты только у 5 больных в титрах 1:200—1:400 без изменения титра в динамике обследования. У остальных 19 больных реакция была отрицательной или шла в низких титрах 1:50. В связи с этим РПГА можно рекомендовать для дифференциальной диагностики острой и хронической форм дизентерии. Параллельно со специфическими антигенами Зонне и Флекснера у 40 больных острой дизентерией РПГА была поставлена и с неспецифическими антигенами *V. coli* и *V. rettgeri*. При этом выявлены антитела к антигену Зонне у 20 больных, к антигену Флекснера — у 4. В 30 случаях РПГА была положительной с неспецифическими антигенами, а в 14 реакция антител — антитело шла одновременно в высоких титрах со всеми антигенами. После проведенного истощения сывороток больных этой группы неспецифическими антигенами оказалось, что полного торможения реакции ремагглютинации не происходит. Реакция с неспецифическими антигенами идет, но в более низких титрах (1:20—1:320). Это позволило высказать предположение, что РПГА с эритроцитарными диагностикумами Зонне и Флекснера идет за счет не только специфического антигена, но и неспецифического.

Нетер и соавт. указывают на возможность выработки, наряду со специфическими антителами, и общих антител к ряду представителей энтеробактерий. При этом они полагают, что общие антитела в какой-то степени понижают титр специфических антител. В связи с этим в настоящее время как у нас, так и за рубежом идут исследования по изучению очищенных антигенов.

На основании полученных данных можно считать РПГА простым, чувствительным и достаточно специфическим методом диагностики современной дизентерии у детей.

ЛИТЕРАТУРА

Netter E., Walker J. *Am. J. clin. Pathol.*, 1954, 24, 1424.

Поступила 7 января 1974 г.

УДК 616.981.232:612.398.132

ОБРАЗОВАНИЕ ФИБРИНОГЕНА Б У БОЛЬНЫХ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Г. Г. Надырова, С. Х. Хабибуллина

*Кафедра детских инфекций (зав. — проф. Н. П. Кудрявцева)
и кафедра биохимии (зав. — проф. Д. М. Зубаиров) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

В клинической картине тяжелых форм менингококковой инфекции, протекающих нередко с симптомами острой надпочечниковой недостаточности, обращают на себя внимание геморрагические проявления со стороны кожи и слизистых оболочек, в некоторых случаях обширные кровоизлияния с некрозами. Патогенез подобных форм заболевания не выяснен, применение комплексных методов терапии не всегда дает хорошие результаты, и летальность при синдроме Уотерхауза — Фридрихсена (острая надпочечниковая недостаточность) остается высокой.

Для выяснения патогенеза тяжелых форм менингококковой инфекции мы решили изучить содержание фибриногена Б в плазме крови