

Приводим наше наблюдение.

Г., 46 лет, первый раз поступила в клинику 19/III-60 г. с жалобами на общую слабость, тянущие боли в области левого подреберья, похудание, особенно заметное за последние 4 месяца, периодическое повышение температуры до 38—39° с ознобом, потливость.

Считает себя больной с декабря 1959 г., когда впервые почувствовала непостоянные боли в верхнем отделе живота, временами распространяющиеся по всему животу, не связанные с приемом пищи. Больная в течение 3 месяцев лечилась амбулаторно инъекциями стрептомицина, но ввиду отсутствия эффекта была направлена в клинику.

При поступлении T—38°. Кожные покровы бледны. Лимфатические узлы надключичной, подмышечной и паховой областей увеличены до горошины и лесного ореха, безболезненные, плотнo-эластической консистенции. На верхушке сердца систолический шум. Дыхание везикулярное. Закругленный нижний край селезенки на уровне пупка, поверхность ее плотная, ровная, безболезненная. Печень увеличена на 2 см.

Рентгеноскопия — увеличены пригилусные лимфоузлы. Желудочно-кишечный тракт в норме.

Гем. — 75%, Э — 4 000 000, ц. п. — 0,9, РОЭ — 10 мм/час, Л. — 4 200, ю. — 3%, п. — 21%, с. — 20%, л. — 45%, м. — 8%, э. — 3%. Тромбоцитов — 120 000. Пунктат костного мозга от 30/III-60 г.: гемоцитобласты 0,5%, миелобласты 5,5%, промиелоциты нейтрофильные — 5%, эозинофильные — 2,5%; миелоциты нейтрофильные — 5%, эозинофильные — 3%, метамиелоциты нейтрофильные — 17%, эозинофильные — 11%, палочкоядерные нейтрофилы — 24,5%, палочкоядерные эозинофилы — 6,5%, сегментоядерные нейтрофилы — 15,5%, сегментоядерные эозинофилы — 4%. Малярийные плазмодии не найдены. RW Райта, Пирке-Шмелева, Кацони — отрицательные.

Пунктат лимфатического узла из левой подмышечной области: преимущественно лимфоидные клетки, ретикулярные клетки, единичные нейтрофилы.

Заболевание трактовалось как гепато-лиенальная форма лимфогранулематоза. В течение 2 месяцев проводилось лечение тио-тэфом, кортизоном в сочетании с повторными гемотрансфузиями и средствами, стимулирующими лейкопоз. Самочувствие больной улучшилось, селезенка и печень значительно сократились, выписалась в удовлетворительном состоянии и на протяжении 3 месяцев чувствовала себя хорошо.

В сентябре возникло обострение заболевания, по поводу чего повторно проводилось лечение тио-тэфом. Вновь наступила ремиссия. В феврале 1961 г. больная третий раз поступила в клинику в связи с лихорадочным состоянием.

Кожные покровы бледны, подкожно-жировой слой развит недостаточно. Шейные, подчелюстные лимфоузлы увеличены до размеров горошины. Дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Печень увеличена на 3 см, нижний край селезенки — на уровне реберной линии.

9/II-61 г.: Гем. — 69%, Э. — 3 790 000, РОЭ — 15 мм/час, Л. — 2100, ю. — 1%, п. — 19%, с. — 17,5%, л. — 40%, м. — 13,5%, э. — 9%. Тромбоцитов — 64 100. Пунктат костного мозга (3/II-61 г.): гемоцитобласты — 3,5%, миелобласты — 5,5%, промиелоциты — 6%, миелоциты — 5,5%, метамиелоциты — 22,5%, палочк. — 18,5%, сегм. — 2%, лимф. — 2%, ретикулярные клетки — 2,5%, эритроциты — 12%, нормобласты — 20%.

Произведена спленэктомия. Селезенка размером 12×21 см, ровная, плотно-эластической консистенции. Послеоперационный период протекал удовлетворительно, улучшились общее состояние больной и картина крови, но температура периодически продолжала повышаться до 38°, сопровождаясь ознобами, потоотделением. После приема малых доз бутадиона температура нормализовалась, и больная в удовлетворительном состоянии выписана.

Гистологическая картина (проф. Г. Г. Непряхин) указывает на диффузную эпителиоидную и гигантоклеточную гиперплазию ретикулярных клеток и фиброадению застойной селезенки.

В данном наблюдении у нас — типичная картина хронического течения нелейкемического ретикулеза с преимущественным поражением селезенки.

УДК 616.931

О ДИФТЕРИЙНОМ БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВЕ

Н. С. Шамсутдинов, М. Г. Берим, И. И. Рыжкова,
Г. З. Хабилова

Кафедра микробиологии (зав. — доц. З. Х. Каримова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института и Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция (главврач — А. Д. Сафонов)

В настоящее время, когда резко снизилось число больных дифтерией, особенно отчетливо проявляется роль бактерионосителей как источников данного заболевания.

Мы изучали некоторые закономерности дифтерийного бактерионосительства в одном из районов ТАССР. Наблюдения проводились в октябре 1963 г. в деревне Поповка, где

с сентября по октябрь 1963 г. было выявлено 10 больных дифтерией, и в поселке Бавлы, где в указанный период заболевания дифтерией не регистрировались. Последние два заболевания дифтерией в поселке Бавлы были зарегистрированы в первом квартале 1963 г.

Материал из зева и носа обследуемых лиц забирался натошак стерильным ватным тампоном и засеивался с него вначале на хинозольную среду Бучина, затем — на 5% кровяно-теллуrowый агар (КТА). Посевы выдерживались в термостате при 37° в течение 24—48 часов. Идентификация выделенных культур производилась на основании изучения морфологических, культурально-биохимических, серологических и токсигенных свойств.

По данным ряда авторов, кровяно-теллуrowый агар является оптимальной средой для выявления коринебактерий дифтерий (СД). Она позволяет при исследовании материала от больных обнаруживать СД на 10—15% больше, по сравнению со средой Леффлера, а от носителей — почти в два раза больше.

П. И. Бучин (1962, 1963, 1964) предложил новую селективную хинозольную среду для выделения и идентификации СД. По данным автора, она позволяет дифференцировать дифтерийные палочки от ложнодифтерийных палочек Гофмана и дифтеронидов. Указанная среда подавляет рост сопутствующей микрофлоры зева и носа, что значительно облегчает выделение СД. Высвеемость на данной среде значительно превышает таковую на среде Леффлера.

Исходя из этого, мы сочли возможным ограничиться посевом на КТА и среду Бучина и исключить среду Леффлера.

В Поповке, где наблюдались заболевания дифтерией, было обследовано 314 контактных лиц, из них 23 взрослых. Кроме того, с профилактической целью было обследовано 87 детей и 30 взрослых. Среди обследованных обнаружено 39 бактерионосителей (детей — 33 и взрослых — 6).

В Бавлах, где заболеваний дифтерией не отмечалось, было обследовано 994 человека, из них 44 взрослых. Выявлен 31 бактерионоситель (детей — 28 и взрослых — 3).

При обследовании 1425 лиц из Бавлов и Поповки СД были выделены от 70 человек (детей — 61 и взрослых — 9). Всего проведено 1760 анализов, из них 951 проведен одновременно на двух средах. На КТА было обнаружено 80 штаммов СД от 45 человек, а на среде Бучина — лишь 39 от 21, т. е. в 2 с лишним раза меньше, что совпадает с данными Р. А. Ежовой (1964 г.).

При параллельном исследовании на двух средах был обнаружен 51 бактерионоситель. При этом положительные результаты совпали у 15 лиц. 30 бактерионосителей были обнаружены только с помощью КТА, 6 — только на среде Бучина.

Из 337 человек, исследование от которых велось лишь на КТА, обнаружено 18 бактерионосителей, а из 219 лиц, исследование от которых велось только на среде Бучина, — один.

Из 39 культур, выделенных от обследованных лиц из Поповки, тип гравис был обнаружен 32, тип митис — 7 раз. Из штаммов гравис токсигенными оказались 23, нетоксигенными — 8. В одном случае токсигенность не определялась. Митис штаммы были токсигенными у 4 носителей, нетоксигенными — у двух. У одного токсигенность не определялась. Среди 31 штамма, выделенного в Бавлах, токсигенных гравис-культур были обнаружены 21, а нетоксигенных — 1 раз. В 3 случаях токсигенность у гравис штаммов не определялась. Среди 6 митис штаммов: два — нетоксигенных, а у 4 токсигенность не определялась. Необходимо отметить, что 6 токсигенных гравис-культур были выделены от 6 лиц, поступивших в инфекционное отделение с подозрением на дифтерию. В последующем этот диагноз не подтвердился.

Таким образом, в Поповке количество токсигенных штаммов превышает таковое в Бавлах. Число носителей токсигенных штаммов в Бавлах также значительно. Это объясняется тем, что в течение двух предыдущих лет и в начале 1963 г. в поселке регистрировались случаи дифтерии. При серологическом типировании части штаммов определялся II тип по новой классификации.

Преобладающее число детей в Поповке и Бавлах привито неправильно. Наибольший процент носительства обнаружен среди неправильно привитых детей. Однако в Поповке процент носительства (18,91%) в этой группе детей значительно выше, чем в Бавлах (4,25%).

На втором месте стоит группа правильно привитых детей, но с опозданием (от 2 до 10 лет). В этой группе (Поповка) процент бактерионосительства (10,18%) превышает таковой в Бавлах (3,19%). При статистической обработке процента носительства в группе детей привитых правильно, но с опозданием, и в группе неправильно привитых детей существенной разницы не выявлено.

В группах правильно привитых детей оказалось по одному носителю, что составляет 1,05% в Поповке и 1,02% — в Бавлах. Это существенно меньше процента носительства в описанных выше двух других группах, что подтверждается и статистически. Важно, что наибольшее количество бактерионосителей обнаружено в возрасте старше 12 лет. Так, среди детей до 12 лет включительно в Поповке обнаружено 10 бактерионосителей, а выше 12 лет — 23. В Бавлах — соответственно 12 и 16. Необходимо отметить, что от 53 лиц старше 18 лет из Поповки выявлено 6 бактерионосителей, а от 44 взрослых из Бавлов — 3.

Нами была сделана попытка проанализировать уровень иммунитета по реакции Шика и сопоставить это с частотой бактерионосительства в школе в Поповке и в школе-интернате в Бавлах.

При этом оказалось, что иммунная прослойка детей в школе в Поповке составляла 88,21%, а в школе-интернате Бавлов — 96,15%. Бактерионосителей было обнаружено соответственно 11,03% и 2,19%.

В деревенской школе среди иммунных детей было обнаружено 23 носителя (9,91%), а среди неиммунных — 6 (19,35%), тогда как в благополучной по дифтерии школе в группе иммунных детей выявлено 8 бактерионосителей (2,28%), а среди шикположительных детей носители не были обнаружены. Однако необходимо отметить, что в группе детей в возрасте 12 лет включительно иммунная прослойка в той и другой школе одинакова, и процент носительства каринебактерий дифтерии соответствует в обеих школах таковому в благополучных по дифтерии детских учреждениях (1,5—5%).

Среди детей старше 12 лет в деревенской школе иммунная прослойка была значительно ниже иммунной прослойки поселковой школы-интерната (79,41% и 98,18%), и значительно выше был процент обнаружения бактерионосителей в первой школе по сравнению со второй (17,28% и 2,79%).

Еще более выражена разница в частоте носительства в группе неиммунных детей. Так, в школе Поповки бактерионосителей было 28,57%, а в школе-интернате Бавлов она не была выявлена.

ВЫВОДЫ

1. В обследованных населенных пунктах количество дифтерийных бактерионосителей стоит в прямой связи с заболеваемостью дифтерией.

2. Среди детей старше 12 лет количество бактерионосителей значительно превышало таковое среди детей до 12 лет включительно. Иммунная прослойка в первой группе составляла 79%, во второй — 93%.

3. Значительное число токсигенных штаммов у носителей в изучаемых населенных пунктах говорит об эпидемиологическом неблагополучии в них.

4. Применение кровяно-теллурового агара и среды Бучина для обнаружения дифтерийного бактерионосительства увеличивает процент положительных результатов исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бучин П. И. Лаб. дело. 1963, 2; Новое в микробиологической диагностике дифтерии, Автореф. док. дисс. Куйбышев, 1964. — 2. Девятова Л. Н. Бактерионосительство при дифтерии и опыт его лечения. Автореф. канд. дисс. М., 1952. — 3. Ежова Г. Г. Лаб. дело, 1964, 3. — 4. Наумова Е. К. Там же, 1958, 1.

Поступила 20 января 1965 г.

УДК 615.84—612.824.1—616.12—008.331.1

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИНОСОВОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА НОВОКАИНА ПРИ ЛИКВОРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Е. Г. Дубенко и Р. Б. Тверской

Кафедра нервных болезней (зав.—проф. Г. Д. Лещенко) Харьковского медицинского института и физиотерапевтическое отделение (зав.—канд. мед. наук Р. Б. Тверской) Харьковской Облклинбольницы (главврач — В. А. Пижанкова)

Метод воздействия на слизистую оболочку носа с лечебной целью при внутренних заболеваниях был впервые применен Бонье (1905), который считал, что различные участки рецепторных зон назальной области соответствуют тем или иным внутренним органам. Хотя эффективность этого метода при ряде заболеваний получила признание, в дальнейшем практическое применение его проводилось мало, в основном из-за недостаточной теоретической разработки (А. Р. Киричинский).

В нашей стране внутриносовой электрофорез изучали Н. И. Гращенков, Г. Н. Касиль, Г. С. Ворс, А. Э. Гильчер. Они предлагали применять введение различных лекарственных веществ (новокаина, хлористого кальция, витамина В₁ и др.) через слизистую оболочку носа для лечения бронхальной астмы, язвенной болезни, гипертонической болезни, дисцефальных расстройств, а также головных болей различного происхождения.

В настоящей работе поставлена задача определить влияние внутриносового электрофореза на цефалгический синдром у больных ликворной гипертензией различного происхождения.