

лась светоощущению, у 5 (5 глаз) — движению руки у лица и у 1 (1 глаз) — счёту пальцев у лица. После проведенного лечения у большинства больных острота зрения повысилась. Повышение остроты зрения на 0,01—0,02 наблюдалось на 8 глазах, на 0,03—0,05 — на 12, на 0,06—0,09 — на 4, на 0,1 — на 13, на 0,2 — на 11, на 0,3 — на одном.

Под влиянием лечения у ряда больных отмечалось незначительное рассасывание инфильтрации конъюнктивы век, но у большинства состояние конъюнктивы осталось без изменений. Этим больным после курса электрофореза назначались различные химиотерапевтические препараты.

Мы не отмечали каких-либо местных или общих осложнений при применении электрофореза, больные переносили его хорошо.

27 больных получили 2 курса лечения, а 4—3. Повторные курсы лечения улучшали состояние роговицы и обуславливали дальнейшее повышение остроты зрения.

Спустя 6—20 месяцев после окончания лечения наблюдался стойкий эффект от примененного лечения у 38 больных на 60 глазах.

ВЫВОДЫ

Электрофорез со стекловидным телом может быть рекомендован для лечения трахоматозного паннуса и стойких помутнений роговицы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дозорова Н. С. Вестн. офтальмол., 1962, 3. — 2. Мелик-Мусьян Б. Н. Там же, 1956, 5. — 3. Свердлов Д. Г. Там же, 1950, 4.

УДК 616.981.47

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ПРОТЕЕМ

Л. Г. Максимова

Кафедра общей хирургии (зав.— проф. В. Н. Шубин) на базе Республиканской клинической больницы (главврач К. Л. Свечников), кафедра микробиологии (зав.— доц. З. Х. Каримова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Роль протей в гнойных заболеваниях еще недостаточно ясна. Большинство авторов считает протей микробом, лишь осложняющим гнойную инфекцию, не приписывая ему самостоятельной роли.

За последнее время участились находки протей в гнойных очагах, но он рассматривался как микроб, присоединившийся к основному возбудителю, в крайнем случае условно патогенным (А. И. Туржецкий).

М. П. Корсакова и О. П. Кирикова изучали способность токсинообразования у 39 штаммов протей и пришли к выводу, что выраженной способностью к токсинообразованию обладает группа вульгарного протей, менее активного по биохимическим свойствам. Штаммы американского протей в их опытах были более токсигенными.

М. Г. Гимранов вводил внутрибрюшинно мышам суточную культуру протей 16 различных штаммов. Вирулентные штаммы вызывали у мышей септицемию, приводившую их к гибели.

Все вышесказанное свидетельствует о том, что протей обладает свойствами патогенных микроорганизмов: токсин его при внутрикожном введении у кроликов вызывает некроз, а внутрибрюшинное введение культуры приводит к гибели кроликов при явлениях судорог.

В настоящее время протей привлекает к себе внимание в связи с широким применением антибиотиков, к большинству которых он нечувствителен.

Гноеродный протей совершенно не фагоцитируется лейкоцитами крови людей и кроликов (З. Е. Матусис). Это служит, очевидно, одной из существенных причин длительности и упорства процессов, вызванных этим микроорганизмом.

Нами было обследовано 5 женщин и 15 мужчин с гнойно-воспалительными процессами в возрасте от 3 до 56 лет. С острым гематогенным остеомиелитом было 4, хроническим гематогенным остеомиелитом — 13, гнойным маститом — 1, флегмоной обеих ягодиц — 1, ушиленно-рваной раной тыла стопы — 1 больной.

У этих больных выделялись возбудители из гнойного отделяемого ран и определялись антитела к найденным возбудителям в сыворотке крови методом агглютинации.

От четырех больных (из 20 изученных) был выделен *Proteus mirabilis*, причем от двух — в чистой культуре, от двух — в виде смешанной культуры: у одного — с золотистым, а у другого — с белым стафилококком.

От шести больных был выделен золотистый стафилококк, от двух — белый стафилококк, от одного — гемолитический стрептококк. У шести больных была смешанная инфекция — стафилококк в ассоциации со стрептококком, кишечной палочкой.

Выделенные культуры микроорганизмов проверялись на чувствительность к антибиотикам в начале лечения, а у четырех больных с открытыми ранами и в процессе лечения (на 10—14 день).

Чувствительность к антибиотикам проверялась на плотных средах по обычной методике по антибиотическим дискам.

У 18 больных микрофлора была не чувствительна к пенициллину, у 10 — к стрептомицину, у 8 — к биомицину и у одного — к левометицину.

Все четыре штамма протей давали гемслиз на кровяном агаре, разлагали мочевину, вырабатывали гиалуронидазу, ферментировали углеводы: глюкозу, сахарозу и маннит на кислоту и газ, а лактозу — с образованием только кислоты. Индолообразование не отмечено, сероводород образовывали две культуры. При проверке на чувствительность к антибиотикам четыре культуры протей не были чувствительны к пенициллину, биомицину, две — слабочувствительны к стрептомицину и чувствительны к левометицину — четыре. В процессе лечения резистентность микрофлоры увеличилась к стрептомицину у одного больного, к левометицину осталась без изменения.

20 больным сделано 23 операции, из них 18 секвестрэктомий, 5 вскрытий гнойно-воспалительных очагов. Проводилась комплексная терапия: антибиотики, витамины, физиотерапевтическое лечение.

Особое внимание мы обратили на больных, у которых гнойные процессы были вызваны протеем и протеем в ассоциации со стафилококком.

По нашим наблюдениям, гнойные заболевания, вызванные протеем, протекают длительнее и тяжелее, чем вызванные стафилококком или стрептококком.

Протей всегда был чувствителен к левометицину и слабочувствителен — к стрептомицину.

Падение температуры и улучшение общего состояния совпадали с нарастанием титра антител к выделенному протее в сыворотке крови больных до 1:400 — 1:800, что соответствует третьей неделе заболевания (при хирургическом вмешательстве — по показаниям). При гнойных процессах, вызванных стафилококком, перелом в течении инфекции в сторону улучшения (при отсутствии септицемии) происходит в более короткие сроки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Матусис З. Е. ЖМЭИ, 1961, 6. — 2. Черномордик А. Б. Клин. мед. 1958, 3.

Поступила 10 октября 1963 г.

УДК 618.177

ЛЕЧЕНИЕ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ ГИДРОТУБАЦИЕЙ

Р. А. Осипов

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Трубное бесплодие занимает одно из ведущих мест в бесплодии женщины. Воспалительные заболевания труб — наиболее частая причина трубного бесплодия (по Г. Л. Дозорцевой — в 59,9%, по С. М. Фенбор — в 61,6%).

Для восстановления проходимости труб широко применяется введение под давлением в полость матки различных лекарственных веществ. Т. Я. Калининченко, Ш. И. Шлидман, П. П. Никулин и И. С. Розовский, Н. Е. Сидоров и В. М. Петрова и др. с успехом применяли гидротубации с антибиотиками для диагностики и лечения трубного бесплодия. По данным П. П. Никулина и И. С. Розовского, проходимость труб восстановилась у 15 из 51 больной. При применении лидазы и гидрокортизона процент восстановления проходимости труб возрастает. Гидротубации способствуют восстановлению проходимости труб и их моторной функции за счет гидравлического, противовоспалительного и рассасывающего действия.

Мы применили гидротубации у 40 женщин в возрасте от 21 до 35 лет. Из них с первичным бесплодием было 18, со вторичным — 22. Продолжительность бесплодия до