

## Рефераты

### а) Гонорея

Fessler A. *Проблема гонореи и ее терапии*. Urol. cut. rev. № 12, 1938.

Экономический кризис в капиталистических странах, разразившийся в 20-ых—30-ых гг. сказался на динамике венерических болезней в целом ряде капиталистических стран Европы. Разбирая ряд статистик, автор основан на статистике Меркуса и Вильера (Швейцария), из которой явствует, что за пятилетие 1925—1930 гг. резко увеличилось число гонорейных больных. Так, если взять данные 1913 г. за 10%, то в 1930 г. гонорея составляла 140%, а сифилис 58%. В 1934 году соответственно 111% и 22%.

Стараясь выяснить причины роста гонореи в капиталистических странах, автор считает главнейшими из них недостаточное обследование больных, неиспользование методов диагностики в установлении излеченности, улучшение системы регламентации проституции (не желая видеть главнейшую причину этого роста в социальных основах капиталистического государства, порождающего безработицу, проституцию и отсюда—венерические болезни, Реф.)

А. Д.

*Вульвовагиниты у девочек с точки зрения социальной и клинической*. Brit. J. of ven. dis. vol. XV, № 1, 1939.

Статья является сводным обзором литературы и материала ряда лечебных учреждений Лондона за несколько лет. По данным санитарного инспектора гор Лондона за последние два года на тысячу обследованных девочек обнаружено 62 случаев вульвовагинита, из коих 32 гонококковой природы. По данным Набарро на 1219 случаев вульвовагинита гонорейных оказалось 249, негонорейных 949 и сомнительной этиологии 21. За 1935 г. в клиниках и больницах Лондона зарегистрировано 148 больных с гонорейным вульвовагинитом; в эту цифру не включены больные частной практики. Заражение девочек происходит чаще всего в семье от матерей и сестер. По данным детской больницы в Лондоне в период с марта 1928 г. по декабрь 1936 г. была зарегистрирована на 471 больная девочка в возрасте от 3 до 11 лет. Анализ этого материала с точки зрения источников инфекции дает следующее: случайное заражение 4%, неизвестный или сомнительный источник 20,8%, заражение от родителей 25,5%, вероятное заражение от родителей 4,5%, контакт в семье (жильцы, сестры) 1,7%, изнасилованы и заражены 5,1%, вероятное изнасилование 1,3%, рецидивы 4,6%, внутрибольничная инфекция 1,9% и инфекция в школе—0,6%. Дана клиническая картина гонорейного вульвовагинита у девочек. Бактериологическая диагностика каждого случая обязательна; реакция отклонения комплемента не имеет диагностического значения. В статье приведены подробные указания по терапии гонорейного вульвовагинита у девочек и критерия излеченности.

Негонорейный вульвовагинит может возникнуть в результате общих инфекций организма и местных причин: через инородные тела и общие предметы домашнего обихода, или как вторичные заболевания при аппендиците, проктите и в результате мастурбации.

Общие выводы статьи: вульвовагинит в раннем детстве встречается нередко: в большинстве своем—негонорейной этиологии. Гонорейный вагинит у девочек в Лондоне встречается редко, и половое заражение очень редко, поэтому такой вульвовагинит нельзя назвать «венерической болезнью». Негонорейный вульвовагинит чаще всего вызывается стрептококком. При обнаружении вульвовагинита в школах, больницах и других учреждениях необходимо: 1) обследовать семью больной и 2) предпринять меры профилактики в отношении других детей.

Гонорейный вульвовагинит должен диагностироваться бактериологически. При назначении терапии нужно прежде всего обратить внимание на общее состояние

больной девочки. Для установления излеченности необходимо наблюдение за больной в течение 4—5 месяцев после прекращения лечения. В случаях негонорейного вульвовагинита последующее наблюдение должно длиться 2—3 месяца после исчезновения клинических симптомов болезни.

А. Д.

Goiaу J. Лечение гонорейного везикулита по методу Бельфильда. Ann. mal. ven. № 2, 1939 г.

Метод лечения везикулита по Бельфильду заключается, как известно, в изоляции выносного протока и введении через него дезинфицирующих веществ в семенной пузырек. Эта процедура должна производиться повторно. Автор использовал метод Бельфильда на ряде больных, вводя 5% колларгол в изолированный выносной проток: инъекция раствора путем пункции протока иглой. Результат терапии хороший: излечение везикулита наступало после одной инъекции.

А. Д.

Herlitz S. Гонорейный миозит. Acta dermat. vener. 1938, S. 256.

У мужчины, 25 лет, на 12-й день острого неосложненного уретрита появился артрит и абсцесс в мышцах спины. Гонококки обнаружены в мазках из уретры. Реакция отклонения комплемента была положительной. Артрит был полностью излечен. В гное из абсцесса были обнаружены грамотрицательные диплококки, внутриклеточно расположенные, посев гноя дал культуру, схожую с гонококковой. Абсцесс был вскрыт и излечен промываниями раствором азотнокислого серебра.

А. Д.

Vittorio Tommase. Лечение острой и хронической гонорей мужчин и ее осложненной параамино-фенил-сульфамидом. Policlinico V. 1938 г.

Клинические наблюдения и эксперименты проведены с препаратом стрептоцидом. Стационарным больным препарат назначался в следующей дозировке: по 3,6 г в день в течение двух дней, 3 г в 3-й и 4-й день лечения, по 2,4 г до 10—15-го дня. Применяя препарат внутривенно наряду с пероральным введением, автор нашел, что последний способ назначения препарата эффективнее. Наряду с химиотерапией автор применял местное лечение. В случае осложненной гонорей местное лечение начиналось с 10-го дня, когда острые явления осложнения стихали. Выделения из канала у больных прекращались через 24—48 часов, моча прояснялась на 2—5-й день. Гонококки исчезали в выделениях через 4—7 дней от начала лечения; 15% всех больных были излечены в 10-дневный срок. Из 83 больных 53 были с острой гонореей и 34 с хронической (осложненной и неосложненной).

В острых случаях в 81% получено излечение, и в 19% неудачи, причем 9% больных не переносили препарата. В хронических случаях излечение достигнуто в 80%; все больные этой группы (в т. ч. и неизлеченные) хорошо переносили препарат.

А. Д.

Durel P. Антигонококковая химиотерапия. Bull. Méd. 22.X. 1938.

Препараты 1162 F, 1399F и 693 и прочие, схожие с ними медикаменты, не оказывают нужного действия при употреблении слабых доз. 12 случаев агранулоцитоза, опубликованные в печати, касаются больных, принимавших большие дозы длительное время. Мнение о вредном действии сульфонных препаратов на спермогенез не подтверждается, эти препараты только в период, когда больные их принимают, уменьшают количество сперматозоидов и влияют на их подвижность. В работе приведены дозировки всех 3 препаратов (они не отличаются резко от обычно принятой теперь дозировки. Реф.)

У  $\frac{2}{3}$  больных, леченных сульфонными препаратами, излечение наступило в 15-дневный срок. У женщин при наличии метритов рекомендуются большие дозы. Автор указывает, что сульфонные препараты не оказывают действия на отдельные мелкие очаги (литреиты, фолликулиты, брголиниты). На осложнения уретрита сульфонные препараты действуют менее активно, чем на стрый уретрит. Правильно проведенная химиотерапия предупреждает осложнения уретрита. Автор рекомендует комбинированное лечение: химио и вакцино-терапию.

А. Д.