

бариевой смесью. Поэтому, когда мы имеем пред экраном больного, у которого контрастная смесь сразу оказывается в горизонтальной части желудка, занимающей поперечное положение и заходящей далеко вправо от средней линии, когда перистальтики не заметно, или она поверхностна, *bulb. duodeni* не намечается, когда расстояние между малой и большой кривизной велико, и воздушный пузырь имеет широкое основание, — тогда бариевая смесь в течение длительного периода не освобождается из желудка. Отпускать таких больных с большим запасом бариевой смеси в желудке опасно. Их необходимо госпитализировать на один—два дня для наблюдения, ~~так~~ как, если перфорация язвы произойдет на глазах у врача, то это будет лучше, чем если бы перфорация наступила дома, в этом случае больной может быть доставлен к хирургу слишком поздно, когда шансы на благоприятный исход оперативного вмешательства становятся уже проблематичными.

Из хирургической клиники имени В. Л. Боголюбова Казанского гос. института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (директор проф. Ю. А. Ратнер)

О лечении циститов хлорацидом¹⁾

С. П. Вилесов и Н. И. Любина.

При лечении хронических циститов устранение предрасполагающих причин далеко не во всех случаях обеспечивает успех. Существующий долгое время воспалительный процесс ликвидируется только после рационально предпринятого местного лечения в виде промываний и инстиляции мочевого пузыря (Хольцов).

Промывание мочевого пузыря обычно производится стерильной водой, физиологическим раствором, растворами марганцовокислого калия и борной кислоты. Дезинфицирующее действие последних двух веществ в концентрациях, применяемых в урологической практике, ничтожно. Терапевтический эффект здесь следует усматривать в механической очистке слизистой оболочки от гнойной инфицированной мочи, в физиотерапевтическом воздействии на состояние тонуса стенки и кровообращение в слизистой мочевого пузыря.

Более активными агентами являются прижигающие и дезинфицирующие средства, как-то: азотнокислое серебро, колларгол, риваноль и оксицианистая ртуть. Наиболее ценными признаются растворы азотнокислого серебра. Но некоторые авторы (Петрова, Кнох) предпочитают пользоваться риванолом. Фронштейн подходит к выбору лечебного средства дифференцированно; он советует применять растворы ляписа и колларгола при стафилококковой инфекции и оксицианистую ртуть при ко-

¹⁾ Доложено на хирургической секции конференции молодых ученых в Казани 14 января 1937 года.

либациллярной флоре. Блюм, Глингар и Гринчак в своем учебнике, вообще, предостерегают от пользования окисианистой ртутью при лечении циститов.

Из перечисленных наиболее употребительных лечебных средств, каждое, взятое в отдельности, нельзя считать универсальным. Применение одного из них в некоторых случаях остается безрезультатным, в то время, как использование другого дает выздоровление, и наоборот. Так, Виленский при лечении циститов риванолом в 200 случаях имел несомненный успех, а в 60 случаях положительный результат был достигнут только после замены риваноля азотнокислым серебром.

Недостаток антисептических веществ и безрезультатность их применения при лечении некоторых форм воспаления мочевого пузыря побуждают урологов к использованию новых средств. Так, Маркозет предложил лечение циститов бактериофагом д'Эреля. Петрова в 5 случаях циститов, вызванных кишечной палочкой, применяла ежедневно впрыскивание в пузырь бактериофага в количестве $1\frac{1}{2}$ см³. Клинически наблюдалось улучшение, уменьшилось количество колоний в моче. После дополнительного лечения риванолом было получено полное выздоровление. Хорошие результаты от лечения циститов бактериофагом получили также Фриш, Марингер, Дальзас и Михоль. Последний рекомендует вводить в мочевой пузырь 3 дня подряд бактериофаг, специфический для одного микроба или же смешанный. Вводится по 20 см³ бактериофага первые 2 дня и 10 см³—на 3-й день. После перерыва лечение может быть снова повторено. Но терапия бактериофагом допустима лишь при наличии щелочной реакции мочи. Это условие значительно суживает возможность применения бактериофага в урологической практике.

Никитин и Комарова в 49 случаях провели лечение циститов с помощью промываний $\frac{1}{4}\%$ раствором соляной кислоты. В подавляющем большинстве случаев было получено полное выздоровление. Благодетельное действие слабых растворов соляной кислоты указанные авторы видят в бактерицидности, в получении некоторого раздражения, вызывающего сосудистую реакцию, в растворяющем действии соляной кислоты на соли и в возможности изменить реакцию мочи.

Стремление расширить круг лекарственных веществ, пригодных для местного лечения циститов, побудило нас использовать новое дезинфицирующее средство—хлорацид Шауфлера. Действующим началом хлорацита является хлор, содержащийся в количестве 120—150 мг в одном литре раствора. Кроме того, здесь имеется соляная кислота, которая также обладает бактериоубивающим свойством. Концентрация соляной кислоты в свежеприготовленной жидкости ничтожна, и она не оказывает сильного прижигающего действия. Шауфлер впрыскивал себе хлорацид под кожу и на месте инъекции получал скоро проходящую небольшую красноту. Ковтунович и Черная произвели микроскопическое исследование краев раны, предварительно об-

работанных хлорацидом в течение 5—10—15 минут, причем гистологических изменений не было обнаружено. При макроскопическом исследовании тканей собаки, в которые сутками ранее было введено 40 см³ хлорацита, указанные авторы тоже никаких изменений не находили. По Гендерсону и Хаггарду хлор при соприкосновении с тканями вступает во взаимодействие с водой, образуя соляную кислоту с освобождением кислорода. Последний *in statu nascendi* и оказывает бактерицидное действие. По утверждению Шауфлера, бактерицидность хлорацита много выше по сравнению с растворами риваноля и сулемы. Опыты Ковтуновича и Черной показывают, что кожа, зараженная стафило-стрептококковой культурой и обработанная хлорацидом, оказывается стерильной не только с поверхности, но и в глубине. Способность хлора проникать в многочисленные складки и межклеточные пространства слизистой оболочки дает хлорациту большое преимущество перед растворами азотнокислого серебра. Последний, как известно, быстро соединяется с белками и образует индифферентные для бактерий альбуминаты. Поэтому бактерицидное действие оказывается поверхностным и непродолжительным (Кравков). Нужно думать, что терапевтический эффект при лечении азотнокислым серебром получается главным образом от прижигающего действия его. Биологическая реакция раздражения выражается гиперемией, набуханием слизистой с последующим повышением сопротивляемости тканей к инфекции и стимуляцией процессов регенерации. Отсюда становится понятным стремление при лечении циститов предпочтительно пользоваться, хотя и в небольшом количестве, но крепким (1—2—3%) раствором ляписа в виде инстиляции (Хольцов).

Как известно острые и подострые циститы в некотором количестве случаев проходят и без местного лечения. Поэтому судить о благоприятном действии медикаментов, применяемых для промывания мочевого пузыря, не всегда представляется возможным. Лечение хлорацидом мы проводили в случаях хронического воспаления мочевого пузыря, в большинстве уже безрезультатно леченных тем или иным методом у нас или в других лечебных учреждениях. К испытанию нового средства мы подходили очень осторожно. После промывания мочевого пузыря индифферентной жидкостью (кипячая водопроводная вода) вводилось 5—6 см³ раствора хлорацита. Спустя несколько минут раствор через катетер выпускался обратно. Больной испытывал небольшое чувство жжения, проходившее через 10—15 минут. В дальнейшем количество инстилируемой жидкости было увеличено до 10—15 см³, причем больной выпускал ее сам через несколько минут после удаления катетера. Чувство жжения и частые позывы к мочеиспусканию держатся 15—40 минут, то есть наблюдаются явления раздражения не более резкие, чем при инстиляции 1—3% раствора ляписа. Процедура лечения хлорацидом повторялась через день. Мы применяли только свежие растворы хлорацита, не более чем 3-дневной давности приготовления,

Терапевтический эффект свежих растворов выражен более активно, так как хлор в них содержится в большей концентрации. Кроме того, в свежих растворах хлорацета соляная кислота имеется в незначительном количестве, поэтому она не оказывает сильного прижигающего действия. Соляная кислота в слабых концентрациях вызывает только некоторое набухание и разрыхление слизистой мочевого пузыря и своей бактерицидностью дополняет лечебное действие хлора.

Всего под наблюдением было 60 человек, из них 12—стационарно и 48—амбулаторно. Возраст больных преимущественно от 25 до 40 лет. Мужчин—12, женщин—48.

При бактериологическом исследовании мочи у 43 больных была найдена следующая флора: *bac. coli commune*—17, *bac. paracoli*—4, *staphylococcus*—7, *streptococcus*—8, *staphylococcus*+*streptococcus*—1, *proteus vulgaris*—1, *bac. lactis aerogens*—1, *bac. faecal. alcalogenes*—1, *bac. typhus abdomin.*—2, *bac. subtilis*—1.

Во всех случаях циститов с вульгарной инфекцией после лечения инстиляциями хлорацета получены хорошие результаты. После 5—7, самое большее 10 инстилляций субъективные симптомы исчезали, цистоскопически слизистая мочевого пузыря приходила к норме. В ряде случаев повторные бактериологические исследования обнаруживали значительное уменьшение колоний или полную стерильность посева.

Для иллюстрации приводим следующие истории болезни:

1. Б-ная К., 40 лет, продавщица магазина; явилась на амбулаторный прием с жалобами на то, что в течение 1½ м-цев страдает частыми позывами к мочеиспусканию. В конце мочеиспусканий бывает резь и примесь крови в моче. Лечилась стационарно в одной из больниц, где делали промывание мочевого пузыря. Выписалась из больницы без улучшения. Моча мутная, реакция кислая, белка 0,20/100. Лейкоциты сплошь, эритроциты 2—3 в поле зрения; посев мочи дал *bac. coli commune*.

Хромоцистоскопия: емкость пузыря 200 см³, слизистая на задней стенке резко гиперемирована и отечна. Вокруг устьев незначительная гиперемия. Индиго показало одновременно из обоих устьев на 5-й минуте, интенсивно. Диагноз—хронический цистит.

Терапия. Промывание мочевого пузыря кипяченой водопроводной водой и инстиляция хлорацета. Всего сделано 6 инстилляций. В дальнейшем субъективные симптомы прошли; мочеиспускание 7—8 раз в сутки, моча прозрачна. Белка нет, лейкоциты до 5 в поле зрения. Посев дал слабый рост колоний. Выписана на работу.

2. Б-ная М., 45 лет, колхозница. Поступила в клинику с жалобами на частое мочеиспускание с резью и кровотечением в конце акта мочеиспускания. Больна около 3 месяцев. Находилась на стационарном лечении в районной больнице. Делали промывание мочевого пузыря раствором марганцовокислого калия, без эффекта. Моча при поступлении—мутная, реакция кислая, белок—0,80/100, лейкоциты—сплошь, эритроциты в большом количестве. Бактериологически—обнаружен золотистый стафилококк.

Хромоцистоскопия: емкость пузыря ограничена. Слизистая на всем протяжении резко гиперемирована. В *trig. Lithodii* и у выхода слизистая разрыхлена, отечна, местами изъязвлена и покрыта фибрином. Устья мочеточников без особых изменений. Индиго появилось на 6-й минуте одновременно из обоих устьев интенсивно. Диагностирован—язвенный цистит. Лечение: промывание пузыря водой и инстиляция хлорацетом 6 раз через день. После лечения цистоскопическая картина нормальна. Осталась незначительная гиперемия слизистой у выхода шейки пузыря. Моча прозрачна, имеются единичные лейкоциты. Посев стерильн. Выписана на работу.

3. Б-ная А., 35 лет, фильтровщица винограда. Явилась в поликлинику с жа-

лобами на учащенное мочеиспускание, резь в канале и примесь крови в конце мочеиспускания. Больна около 11 месяцев. За это время периодически лечилась амбулаторно промыванием мочевого пузыря, в последний раз в течение 2 месяцев. Наблюдалось кратковременное улучшение. Анализ мочи: реакция—кислая, следы белка, лейкоциты до 80 в поле зрения, единичные свежие эритроциты. Посев мочи—*bas. coli commune*.

Цистоскопия: емкость пузыря нормальна. Слизистая на задней стенке резко гиперемизирована, отечна и покрыта фибрином. Устья мочеточников без изменений. Лечение—промывание пузыря кипяченой водопроводной водой и инстиляция хлорацита 10 раз. После лечения—количество лейкоцитов в моче уменьшилось до 3-х в поле зрения, посев мочи стерилен. Цистоскопическая картина пузыря нормальная.

Из 60 больных 5 страдали туберкулезным циститом. В этих случаях попытка местного лечения хлорацидом в целях уменьшения хотя бы субъективных явлений—не дала положительных результатов. Точно так же осталось безрезультатным лечение хлорацидом в 2 случаях хронического пиелостита на почве брюшнотифозной инфекции. При многократных посевах мочи у этих больных выделялась брюшнотифозная палочка.

В других 4 случаях пиелостита с вульгарной инфекцией после инстиляции в мочевой пузырь и промывания почечной лоханки хлорацидом получено выздоровление. Для примера приводим следующий случай.

Б-ной Ш., 27 л., колхозник; поступил в клинику с жалобами на частые позывы к мочеиспусканию, резь в канале и терминальную гематурию. Болен 3 месяца. В течение последнего месяца беспокоят боли в поясничной области. Гонорею отрицает. Лечился в районной больнице промыванием мочевого пузыря, улучшений не наступило. Моча мутная, реакция кислая. Белок 0,3%_{оп}. Лейкоциты—слыш. Эритроциты до 5 в поле зрения. При посеве пузырной мочи выделен золотистый стафилококк.

Хромоцистоскопия: емкость пузыря резко ограничена. Слизистая на всем протяжении гиперемизирована и отечна. Устья расположены симметрично; в окружности их гиперемия, более резко выраженная справа. Из правого устья виден фибрин. Индигокармин показался одновременно с обеих сторон на 5-й минуте. Добыта отдельно лоханочная моча, в которой обнаружены белок и лейкоциты. Посев мочи, полученной отдельно из обеих лоханок, дал золотистый стафилококк.

Терапия: промывание мочевого пузыря раствором марганцовокислого калия 1:1000 и прижигание раствором ляписа той же концентрации. В течение 2 недель улучшения нет. В дальнейшем промывание пузыря кипяченой водопроводной водой с последующей инстиляцией хлорацита. После 4-кратного повторения этой процедуры сделана цистоскопия. Емкость пузыря увеличилась; гиперемия около устьев держится. Промывание правой лоханки хлорацидом (10 см³). В последующие дни попеременно промывание лоханок: правая промыта 4, а левая 3 раза. После этого анализ пузырной мочи дал следы белка, лейкоцитов до 20 в поле зрения. Через несколько дней посев лоханочной мочи оказался стерильным. Б-ной выписан с легкими явлениями шеечного цистита.

Выводы. 1. Хлорацид, как дезинфицирующее средство, может быть с успехом использован для лечения цистита.

2. Хлорацид, так же как и другие местно применяемые дезинфицирующие вещества, при туберкулезных циститах не дает положительного результата.

3. Субъективные ощущения при инстиляции хлорацита в мочевой пузырь и почечную лоханку выражены не более, чем при лечении растворами азотнокислого серебра.

4. Местное лечение циститов хлорацидом в применяемой нами дозировке не дает общих токсических явлений.

Литература. 1. Ковтунович Г. П. и Черная Л. А., Сов. хир., № 2, 1936.—2. Кнох Г. И., Нов. хир. арх., том 6, 1925.—3. Никитин Б. А. и Комарова Б. С., Нов. хир. архив, том XXXII, 1934.—4. Петрова Б. Н., Журнал соврем. хир., том III, 1928.—5. Фронштейн Р. Н., Циститы, Больш. мед. энциклоп., том 34, 1936.—6. Хольцов Б. Н. Вестник хир. и пограничн. обл., том VIII, 1926.—7. Шауфлер К. К., Вестник хир., том XXXVI, 1934.—8. Шевляков А. Ф., Труды II съезда рос. урологов, 1928.

Из Акушерско-гинекологической клиники Саратовского мед. института (директор проф. О. С. Парсамов).

Лечение трихомонадных кольпитов хлорацидом.

А. И. Краснова.

В 1837 г. Допэ обнаружил *trichomonas vaginalis* во влагалищных выделениях у женщин. Он характеризует его как паразита, часто встречающегося у женщин в вагинальных выделениях на патологически измененной слизистой. Вопрос о патогенности трихомонад до настоящего времени остается не выясненным. Одни отрицают их патогенность и считают *trichomonas vaginalis* безвредным спутником воспалительных заболеваний (Гаусман, Фют, Вольфринг, Шредер и др.). Другие, наоборот, категорически утверждают за *trichomonas vaginalis* роль агента, вызывающего кольпит (Гене, Шмидт, Грагерт и др.). Наконец Фласкамп, Шмидт, Камникер и другие, не отрицая патогенности паразита, predisposing моментом считают наличие изменений эпителиального покрова вагины. Кватер, допуская существование как патогенных, так и непатогенных трихомонад, считает, что до 70% женщин заражены ими.

Вопрос о первоисточнике заражения также остается не выясненным. Беац, Док, Маршан и другие находили *trichomonas vaginalis* в моче, поэтому допускают возможным занесение их из мочевых путей, другие—из кишечника.

Терапия трихомонадных кольпитов чрезвычайно разнообразна по применяемым средствам: раствор сулемы (Гене, Шмидт, Камникер, Васильева, Чеботарева), метиленовая синька, бура, биолактин (Дубинчик), сода-глицерин, зеленое мыло, аммиачные соли серебра (Кричевский и Вербатус, Смирнов) и многое другое. Однако все эти средства дают мало утешительные результаты, главным образом в смысле предупреждения рецидива. Недаром некоторые характеризуют трихомонадный кольпит, как хроническую рецидивирующую форму заболевания.

Учитывая ненадежность применяемых средств, мы стали пользоваться при лечении трихомонадных кольпитов хлорацидом. Хлорацид Шауфлера, который является сильным антисептическим средством, не раздражающим кожу, слизистые оболочки и даже раневую поверхность, успешно применяется в нашей клинике при воспалительных заболеваниях шейки матки и влагалища (Куликова).