

У 4 больных с пигментной дегенерацией сетчатки тоже получено некоторое улучшение остроты зрения, отмечалось и расширение поля зрения.

Из 4 больных с атрофией зрительных нервов улучшение отмечено у одного больного, у 3 состояние не изменилось.

**Доц. Н. П. Васильева и асс. А. Р. Шагидуллина (Казань)**  
**О дифтерии глаз по материалам 1 инфекционной больницы**

Под наблюдением с 1946 по 1956 гг. находилось 259 больных с дифтерией глаз, от 0 до 6 мес. было 18 больных, от 6 мес. до 1 г. — 89, от 1 г. до 4 л. — 134, от 4 до 6 л. — 9, от 6 л. и выше — 9 (из них 2 взрослых). Большинство из них посещало детские учреждения (184 человека из 259).

Привитых против дифтерии было 61 человек, непривитых — 63, у 111 не было сведений о прививках, и 24 не подлежали вакцинации (дети в возрасте до 6 месяцев).

Поступили в стационар до 3 дня болезни — 43 человека; до 6 — 124, на 7-й и в более поздние сроки — 93, то есть 217 больных (или 83%) имели позднее поступление.

Первичная локализация дифтерии на конъюнктиве век наблюдалась у 226 больных (87%), из них у 114 поражение было односторонним.

В 34 случаях дифтерия глаз встречалась в комбинации с дифтерийным поражением или зева, или носа, или гортани и кожи.

Клиническая картина дифтерии глаз выражалась в значительном отеке век, особенно верхнего века. Кожа век нередко была гиперемирована, имела цианотический оттенок, в результате чего веко действительно напоминало спелую сливу, с чем ее обычно и сравнивают. Конъюнктиву век также гиперемирована, на ней фибринозные пленки, как бы вросшие в конъюнктивальную ткань. Отделяемое из глаз необильное, чаще сукровичного характера. Сами пленки светло-серого цвета, непрозрачные, блестящие, довольно массивные, не снимающиеся ватным тампоном.

Общее состояние больных, как правило, страдало не резко, температура была в пределах от 37,4 до 38° в течение 2—4 дней. У 20% температура была нормальной.

Осложнений со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем не было.

Из 259 больных дифтерийные палочки обнаружены у 54 (20,8%).

Осложнения наблюдались в виде кератита у 3 и кератоирита — у 2 больных.

Отек и налеты исчезали в большинстве случаев на 4—5 день от начала сыровороточного лечения, причем обратное развитие процесса на верхнем веке шло медленнее, чем на нижнем.

Средний срок пребывания больных в стационаре — 2 недели.

Специфическое лечение проводилось противодифтерийной сывороткой. Местно применялось: промывание раствором цианистой ртути в концентрации 1:5000, пенициллина, за веки закладывалась желтая ртутная и ксероформная мази, проводилось и промывание борной кислотой.

**Т. И. Перекопская (Челябинск)**

**Лечение укусами пчел (апитоксином) бруцеллезных больных**

Пчелиный яд уже в минимальных дозах способен вызывать общую неспецифическую реакцию, охранительное торможение в высших отделах ЦНС, повышение внутренней секреции гипофизарно-надпочечниковой системы; возможны также и воздействие на интероцепторы, стимуляция ряда защитных рефлексов, а также активация ретикулоэндотелиальной системы. Этим можно объяснить терапевтический эффект пчелиного яда при ревматических, аллергических и других заболеваниях.

Под наблюдением находились 63 бруцеллезных больных (38 женщин и 25 мужчин). От 20 до 40 лет было 50 и старше 50 лет — 13 больных.

Давность заболевания превышала 6 лет у 23 больных, от 2 лет до 6 была у 21, от 6 месяцев до 2 лет — у 12; у 4 заболевание продолжалось около 6 месяцев и у 3 — не более 3 мес.

Большинство многократно лечились различными методами в стационаре, и только 18 — в амбулаторных условиях. Из клинических проявлений следует отметить повышение температуры: у 36 больных до субфебрильных цифр, у 3 неправильного характера, у 1 — волнообразная. В остальных случаях отмечена стойко нормальная температура. Преобладали артралгии и миалгии. У 4 больных были бурситы, у 4 отмечалась припухлость суставов, и у 2 была выраженная деформация коленных и лучезапястных суставов.

Все отмечали головные боли, чаще постоянного характера.

Гепато-лиенальный синдром отмечен у одной больной, увеличение печени — у 6.

У 46 больных лейкоцитов было менее 5000, с относительным лимфоцитозом. РОЭ была ускорена у 2 больных.

Диагноз бруцеллеза во всех случаях подтвержден реакцией Райта, Хеддельсона; у 49 больных положительна проба Бюрне, у части — положительна была реакция связывания комплемента.

Лечение живыми пчелами проводилось согласно инструкции Минздрава СССР (1957 г.). Пчелы от 2 до 16 приставлялись к болезненным точкам на каждый сеанс. Курс лечения включал от 45 до 300 укушений.

Общее действие пчелиного яда выражалось в повышении температуры: у 26 больных — до 38° С на 8—12 часов. После повторных сеансов температурная реакция уменьшалась, стихали и боли в суставах.

У части больных общая реакция напоминала таковую при внутривенном введении вакцины (озноб, повышение температуры, снижение которой через 10—15 часов сопровождалась обильным потоотделением).

Побочное действие замечено у 15 больных: у 3 был жидкий стул 1—2 раза, иногда тошнота, колотье в области сердца, у 5 появилась папулезная сыпь типа крапивницы, которая исчезла после однократного введения в вену 10 мл 10% раствора хлористого кальция.

До начала лечения и после первых сеансов согласно инструкции исследовалась моча на белок и сахар.

У 15 больных после биологических проб (первые два ужаления в область поясницы) наблюдалось появление сахара в моче. У одного до начала лечения был диагностирован диабет, и лечение не проводилось.

Под действием пчелиного яда у 44 больных содержание лейкоцитов возросло на 1000—3000. В лейкоцитарной формуле особых изменений не отмечалось, за исключением временной эозинофилии, иногда значительной (до 20—40%), исчезавшей после лечения. РОЭ и количество гемоглобина оставались без существенных изменений, отмечено временное снижение АД на 10—20 мм.

Из 40 больных, леченных только апитоксином, выписаны без жалоб 7, со значительным улучшением — 13, с улучшением — 17, и лишь у 3 с очень затяжным течением и выраженной деформацией суставов эффекта не было.

#### **А. Л. Буйло, В. И. Филипчик (г. Минск). К клинике эпидемического паротита**

Нами наблюдались две вспышки эпидемического паротита, охватившие: первая — 200, вторая — 118 молодых мужчин.

Наибольшее число заболеваний было в январе. У 99,4% больных типично поражались околушные слюнные железы.

Нами отмечен симптом, описание которого не встречается в литературе: исчезновение светового конуса на барабанной перепонке и незначительная инъекция сосудов в задне-верхнем ее квадранте. Этот симптом в ряде случаев может использоваться для ранней диагностики.

Значительная часть больных жаловалась на боли при глотании, причем обнаруживались гиперемия зева и умеренное увеличение миндалин. Часто был положительным симптом Муссона (гиперемия устья Стенонова протока). Температурная реакция от 1 до 4 дней держалась нередко на довольно высоких цифрах: от 37° с десятymi до 40°.

Орхиты наблюдались в 16% случаев при подъеме температуры до 40° и типичных местных и общих проявлениях, с последующим критическим падением температуры (через 5 дней).

Исследование диастазы в моче для суждения о вовлечении в процесс поджелудочной железы показало, что у 4 больных она была от 4 до 8 единиц, от 16 до 64 ед. — у 47, до 128 — у 12, до 256 — у 15, до 512 — у 12, до 1024 — у 7 и до 2048 — у 2. В ряде случаев диастазурия сопровождалась болезненностью в эпигастрии.

У ряда больных отмечался лейкоцитоз (до 10600), лимфоцитоз (иногда до 48%), моноцитоз, а в осложненных случаях также нейтрофильный сдвиг. Параллельно с исчезновением паротита исчезали и признаки панкреатита, при которых назначались соответствующий стол, тепло на эпигастрий и пенициллинотерапия.

Лечение — тепло на пораженные железы, белый стрептоцид внутрь, согревающий компресс, полоскание зева и т. д. В последующем — контроль за диастазой мочи, копрограмма.

Все больные на 21-е сутки со дня лечения при клиническом выздоровлении были выписаны.

#### **К. С. Зобнина, С. Б. Перельштейн, Ф. И. Раппе (Казань) Получение адаптированного дизентерийного бактериофага и эффективность его при лечении острой дизентерии**

В течение ряда лет нами разрабатывается методика селекции дизентерийного бактериофага широкого диапазона действия. Лечебное действие бактериофага повышалось пассивированием его в организме больных. Изготовленный дизентерийный адаптированный бактериофаг лизировал в 1955 г. 93,4% свежевыделенных культур.

Целями наших исследований было изготовление дизентерийного адаптированного бактериофага с учетом особенностей возбудителей, выделенных у взрослых больных острой дизентерией (К. С. Зобнина, Ф. И. Раппе), и изучение его эффективности при лечении острой дизентерии у взрослых (С. Б. Перельштейн).

Предыдущими исследованиями нами установлено, что в различных группах больных наблюдаются различные соотношения между видами и типами возбудителей. Так, у взрослых больных отмечалось преобладание типа «f» палочки Флекснера, а у детей, больных хронической дизентерией, в большем проценте выделялись типы «а» и «b».

В группе больных острой дизентерией, находившихся на излечении во 2 инфекционной больнице, выделялся один вид возбудителя — палочка Флекснера. 298 выделенных и подвергнутых типированию культур отнесены к следующим типам: «f» — 42%, «е» — 21,5%, «с» — 25,1%, «а» и «b» — 11,4%. Ввиду недостаточной валентности