

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 околоушные слюнные железы.

Нами отмечен симптом, описание которого не встречается в литературе: исчезновение светового конуса на барабанной перепонке и незначительная инъеция 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 десятными 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