

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

изготовленного нами ранее бактериофага к палочке Флекснера типа «f» и «с», была проведена дальнейшая адапция маточных фагов к вновь выделяемым резистентным культурам этих типов. Для повышения лечебного действия препарата проведено пополнение валентности бактериофага новыми расами фага, пассированными в организме больных.

Лечение дизентерийным бактериофагом проводилось нами во 2 инфекционной больнице Казани в 1955 и 1956 гг. у 180 больных острой дизентерией, из которых у 172 наблюдалась легкая форма болезни, у 8 — средне-тяжелая. Бактериологически диагноз подтвержден в 30,5% случаев.

Ректороманоскопия до лечения произведена у 55 больных. У 47 отмечались катаральные и катарально-геморрагические изменения слизистой дистального отдела толстого кишечника, у 3 — язвенно-геморрагические изменения, у 5 — незначительные воспалительные явления.

Контрольную группу составляли 278 больных, лечившихся сульфаниламидными препаратами по общепринятым схемам.

Больные два раза в сутки — в 24 часа и в 6 ч. утра получали внутрь по 25—50 мл бактериофага в 5% содовом растворе. При средне-тяжелой форме и поступлении больных в более поздние сроки заболевания бактериофаг назначался в течение 2—4 дней в комплексе с симптоматической терапией. После применения бактериофага улучшалось общее состояние больных, понижалась температура, уменьшалось количество дефекаций, наступала нормализация стула и прекращалось бактериовыделение. Бактериофаготерапия не вызывала каких-либо побочных явлений у больных.

Полный терапевтический эффект получен у 172 больных (95,6%). В 8 случаях (4,4%) лечение фагом не дало положительного результата. В контрольной группе, лечившейся сульфаниламидами, выздоровление наступило у 237 (85,3%). У 41 (14,7%) лечение было безуспешным.

Ректороманоскопия проведена у 132 больных, леченных бактериофагом, и у 115 больных, леченных сульфаниламидами. У 90,1% больных, подвергнутых бактериофаготерапии, полная репарация слизистой толстого кишечника наступала с 5 по 34 день от начала лечения. У 9,9% больных слизистая толстого кишечника была изменена. При лечении сульфаниламидами нормализация слизистой толстого кишечника в те же сроки наступила в 71,3%. У 28,7% больных наблюдались патологические изменения слизистой толстого кишечника.

Таким образом, дизентерийный адаптированный бактериофаг, приготовленный по методике К. С. Зобниной и Ф. И. Раппе (Казанский НИИЭГ), является достаточно эффективным препаратом при лечении острой дизентерии, превосходящим лечебное действие сульфаниламидов. Необходимы более широкие наблюдения с учетом отдаленных результатов лечения.

Л. В. Щибраева (Куйбышев-обл.)

О диагностической ценности пираминоновой пробы при субфебрилитете

Пираминоновая проба была предложена Голло (1918) для дифференциальной диагностики инфекционного субфебрилитета от неинфекционного. При проведении пробы больной в течение трех дней соблюдает постельный режим, не принимает никаких медикаментов и лечебных процедур. В эти дни измеряется температура с 6 до 18 час. ежедневно. На второй день пробы, при каждом измерении температуры, больной принимает по 20 мл 0,5% водного раствора пирамидона, и только в 6 час. утра он принимает 60 мл того же раствора. Голло считал, что под влиянием пирамидона понижается температура, если она имеет инфекционное происхождение.

Поскольку единого мнения о диагностическом значении этой пробы не существует, мы решили провести ее у 50 больных с субфебрильной температурой выясненного происхождения. В возрасте от 12 до 20 лет было 9 больных, от 21 до 40—30, от 41 до 54—11.

С туберкулезом легких в активной фазе было 14 человек, с туберкулезным бронхоаденитом — 3, хирургических больных с гнойными процессами различной локализации — 6, с хроническими гнойными отитами и гайморитами — 9, с хроническим холециститом — 3, с хронической дизентерией — 2, с абсцессом легкого — 1, с ревматизмом в активной фазе — 1, с затяжным септическим эндокардитом — 1. В результате — пираминоновая проба оказалась положительной лишь у 23 больных. Пирамидон не дал снижения температуры у 4 чел. с туберкулезом легких, у 7 с хроническим отитом, у 3 с туберкулезным бронхоаденитом, у 2 больных хронической дизентерией и у больной ревматизмом в активной фазе. У всех этих больных наблюдалась ясная клиническая картина заболевания, подтвержденная лабораторными данными и данными других диагностических методов.

Из 10 больных с субфебрильной температурой неинфекционного происхождения пираминоновая проба оказалась положительной у 4, у 2 больных с тиреотоксикозом, у больного хроническим миелозом и у больного раком гортани. Отрицательная проба была у 2 человек с тиреотоксикозом, у двух с вегетоневрозом и у больных лимфограуломатозом и аллергическим ринитом.