

В итоге клинического исследования и статистического анализа данных было обнаружено, что воспалительный процесс в женской половой сфере приводит к изменениям белковых фракций крови, а именно — в острой стадии воспаления происходит увеличение α_1 - и α_2 -глобулиновой фракции и уменьшение γ -глобулинов; в хронической — наступает уменьшение альбуминов, увеличение глобулинов за счет α_1 - и α_2 -глобулиновых фракций, а также уменьшаются γ -глобулины.

В результате грязелечения наступает нормализация белковых фракций (кроме α_1 -глобулина) в том случае, если наступает рассасывание воспалительного процесса в гениталиях.

Поступила 15 декабря 1960 г.

О РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБИОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Асс. В. Н. Кирсанова

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
(зав.— проф. С. М. Фой) и кафедра микробиологии (зав.— проф. С. И. Шеришорина)
Саратовского медицинского института

В литературе последнего времени появляется все больше сообщений о том, что роль стрептококка как основного этиологического фактора пuerперальной инфекции со времен Пастера значительно снижается и возрастает роль стафилококка (А. М. Долгопольская, Т. К. Орлов).

Следует отметить, что эффективность антибиотической терапии стафилококковых заболеваний значительно снизилась, что связано с развитием устойчивости этого возбудителя к антибиотикам. Можно полагать, что в настоящее время приобрела распространение новая разновидность стафилококка — пенициллиноустойчивый стафилококк (С. И. Шеришорина), из чего вытекает необходимость изыскания новых средств борьбы со стафилококковой инфекцией при различных воспалительных заболеваниях женской половой сферы и маститах.

Нами обследованы следующие больные: 1) с эндометритом после криминального аборта — 48 больных; 2) маститом — 16; 3) пельвеоперитонитом — 5; 4) послеродовым эндометритом — 3; 5) пиосальпинксом — 1.

Материал для бактериологического исследования забирался у больных 1 и 4-й групп стерильной бактериологической петлей из матки и цервикального канала. У больных 2-й группы посев гноя производился при вскрытии абсцесса, и у больных 3 и 5 групп производился посев пунктата заднего свода параллельно в сахарный бульон и на 5% кровяной агар.

Из 76 выделенных нами культур 54 были представлены стафилококком. При этом у 40 больных имела стафилококковая моноинфекция, у 4 — смешанная инфекция — стафилококк + стрептококк и у 10 — стафилококк и грам (+) палочка. Стрептококковая моноинфекция обнаружена лишь у 7 больных. У одной больной был выделен энтерококк.

В пробах на гемолитическую и плазмокоагулазу определялась патогенность выделенных культур стафилококка. Все они обладали резкой гемолитической способностью. 49 штаммов коагулировали цитратную плазму в течение 60 мин, 4 — в течение 20 мин, один этой способностью не обладал. Полученные данные позволяют отнести выделенные нами культуры стафилококка к группе патогенных. Чувствительность бактерий к пенициллину, стрептомицину, биомицину, левомицетину определялась методом антибиотических дисков, к тетрациклину — методом диффузии в агар.

Из 25 изученных штаммов стафилококка устойчивыми и слабо чувствительными к пенициллину были 25 штаммов, к стрептомицину — 19, к левомицетину — 22, к биомицину — 15 и к тетрациклину — 5. Следует отметить, что были устойчивы к антибиотическому действию тетрациклина лишь 2 штамма стафилококка. Таким образом, наибольшей антибиотической активностью в отношении стафилококка обладали, по нашим данным, препараты тетрациклинового ряда — тетрациклин и биомицин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долгопольская А. М. Акуш. и гинек., 1958, 1. — 2. Жмакин К. Н. Сов. мед., 1959, 10. — 3. Орлов Т. К. Акуш. и гинек., 1958, 6. — 4. Чистович Г. Н. Биологические характеристики стафилококков и их связь с условиями обитания этих микробов. Л., 1955.

Поступила 2 декабря 1960 г.

О ВНУТРИВЕННОЙ ВАКЦИНОТЕРАПИИ БРУЦЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Асс. Н. К. Талызина

Кафедра детских болезней Омского медицинского института им. М. И. Калинина
(научные руководители — чл.-корр. АМН СССР проф. О. Д. Соколова-Пономарева и
доц. В. П. Бисярина)

За последние годы предложено много новых методов лечения бруцеллеза, среди которых у взрослых наиболее эффективна вакциноterapia.

Наибольшее признание получил у взрослых внутривенный способ вакциноterapia (М. С. Айзенштейн, Г. Н. Удинцев, А. А. Тарпи, А. П. Выговский, А. М. Целищев, Г. П. Руднев и др.). Имеется ряд сообщений о лечении бруцеллеза у детей (М. И. Перетоккина, О. Д. Соколова-Пономарева, А. М. Диковский и др.) антибиотиками и введением вакцины под кожу.

Что же касается лечения детей внутривенным введением вакцины, то в отечественной литературе мы встретили лишь сообщение Я. М. Касымова (1951) относительно 4 детей, у которых отмечены хорошие результаты.

Нами проведена внутривенная вакциноterapia 20 детей, больных бруцеллезом, в возрасте от 1 г. 3 мес. до 15 лет.

Источником заражения 6 детей послужили больные овцы, с которыми дети имели тесный контакт, у 5 установлено употребление в сыром виде молока от больных животных. У 7 не установлен источник заражения, но в анамнезе имелись указания на заболевания других членов семьи.

Большинство детей имели давность заболевания 2—6 мес., и только у 2 лечение вакциной начато до исхода первого месяца болезни; у 6 вакциноterapia применялась спустя год от начала заболевания.

Причинами поздних сроков применения вакцины были либо поздняя диагностика заболевания, либо применение на ранних этапах болезни других лечебных мероприятий (сульфаниламидных препаратов, антибиотиков), которые не оказали терапевтического эффекта.

Таким образом, внутривенная вакциноterapia была нами начата в острой фазе заболевания у 6 детей, подострой — у 7, в хронической — у 7.

Диагноз «бруцеллез» ставился с учетом эпидемиологического анамнеза, клинических данных, кроме того, у 12 детей диагноз подтвержден положительной реакцией Райта, 10 имели положительный результат реакции Хеддльсона, при этом у 4 она оказалась положительной при отрицательной реакции Райта, у 15 была положительной проба Бюрне.

Большинство детей при поступлении имели относительно удовлетворительное общее состояние, и только 5 были в тяжелом состоянии; из них у 4 обнаружено множественное поражение суставов и одного — поражение нервной системы (миелит).

Острое начало заболевания с высокой температурой и потрясающим ознобом анамнестически установлено у 12 детей, у остальных начало заболевания и последующее течение болезни сопровождалось субфебрильной температурой; безлихорадочное начало и течение болезни установлены только у одного.

У 14 детей в начале болезни отмечались общие симптомы интоксикации: вялость, головная боль, понижение аппетита и др.

Боли в области живота с диспепсическими явлениями (тошнотой, рвотой) как начальными симптомами заболевания отмечены у 4 детей.

Жалобы на боли по ходу мышц конечностей и в суставах установлены у большинства больных. У 3 детей эти жалобы сочетались с болями в шейном отделе позвоночника.

Кожные покровы у всех больных были бледными, нередко отмечался грязно-желтушный оттенок. Изменения в виде пигментированных участков кожи наблюдались у двух. У 14 детей найдено увеличение периферических лимфатических узлов, чаще шейных, подмышечных и паховых; редко они достигали больших размеров, чаще были мелкими, плотноватой консистенции, безболезненными.

Пoliартриты и периартриты средних и межфаланговых суставов отмечены у 4 больных, причем у 3 в сочетании с выраженным бурситом и поражением шейного отдела позвоночника.

Пневмония и бронхит наблюдались у двух детей.

Со стороны сердечно-сосудистой системы у 7 детей изменений отметить не удалось; у 13 наблюдались приглушенные тоны, нечистота 1 тона или непостоянный систолический шум у верхушки, дыхательная аритмия; у 4 было умеренное расширение границ сердца.

АД у 14 детей было снижено в пределах 90—70, у 6 детей было нормальным.

Увеличение печени наблюдалось только у 9 детей, причем у одного из них печень доходила до малого таза. Реже выявлялось увеличение селезенки.

Только у одного больного с острой формой бруцеллеза количество лейкоцитов достигало 13 900, лейкопения была отмечена у 12. Относительная нейтропения и лимфоцитоз отмечены у 15 из 20.