

шением температуры до 38° у 18 больных, двух-трехкратным — у 14, многократным — у 5, острым воспалением придатков — у 4, менингоэнцефалитом — у 1, пельвеоперитонитом — у 2, пневмонией — у одной. Больные, перенесшие эти осложнения, выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Среднее пребывание в стационаре — 9,8 койко-дня.

Больные с анаэробным сепсисом доставлялись в стационар в тяжелейшем состоянии. В клинике они находились от нескольких часов до 2 недель. Лечение начиналось с введения поливалентной противогангренозной сыворотки. После определения вида возбудителя вводилась соответствующая сыворотка. Широко применялись и антибиотики — стрептомицин, пенициллин, раствор стрептоцида; физиологический раствор и 5% раствор глюкозы до 3 л в день, переливания эритроцитарной массы в небольших дозах, внутривенные инъекции 40% раствора глюкозы 20—50 мл, под кожные введения кислорода, сердечные средства, холод на низ живота, витамины. Операция выскабливания ни одной больной не производилась.

Итак, из 755 поступивших выписалось в удовлетворительном состоянии 743, из них I гр. 168 (100%); II гр. — 167 (100%); III гр. — 212 (98,6%) (3 умерли — 1,4%); IV гр. — 203 (98,1%) (умерли 4 — 1,9%), V гр. все 5 больных умерли. Общая летальность составляла 1,6%.

Наш опыт по лечению инфицированных абортов позволяет высказаться, что активный метод, то есть немедленное выскабливание матки, следует применять при сильных кровотечениях, независимо от температуры и срока поступления. Выскабливание матки показано и тогда, когда температура у вновь поступивших больных не выше 37°. Для других больных лучше придерживаться консервативно-выжидательного метода, то есть сначала медикаментозная терапия, а затем, после спадения температуры, как завершение лечения — выскабливание матки. При продолжающихся кровянистых выделениях оно производится на 4—5 дн. после спадения температуры. Чем выше температура, тем промежуток с момента последнего повышения температуры до выскабливания должен быть более длительным, до 7—9 дней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бубличенко Л. И. Послеродовая инфекция. 1946. — 2. Гесберг М. К. Послеродный сепсис. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. М., 1957.
3. Демичев И. П. Тр. АМН ССР. М., 1955. — 4. Жакин К. Н. Сов. мед., 1959.
10. — 5. Мандельштам А. Э. В кн.: Вопр. нейрогумор. регул. физиол. и патол. процессов женской половой сферы. М., 1956. — 6. Петченко А. И. Акушерство, Киев, 1956.

Поступила 8 июня 1961 г.

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНСКОГО ТРИХОМОНИАЗА ПАСК¹

М. Г. Воронова

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВА им. В. И. Ленина

Воспалительные заболевания мочеполовой системы, вызываемые трихомонадами, встречаются у женщин довольно часто. Предложено много средств для терапии трихомониаза, разнообразна и методика лечения. Результаты лечения не всегда стойки, часты рецидивы.

Не так давно П. М. Луговникова предложила для лечения трихомониаза ПАСК. По предложению Министерства здравоохранения ТАССР кафедра изучала его действие. Результаты приводятся в настоящей работе.

ПАСК — парааминосалицилат натрия — хорошо растворим в воде, трудно — в спирте. Для стабилизации раствора на каждый литр прибавляется 1,5 кристаллического сульфата натрия. Растворы стерилизуются при 100° 30 мин.

Действие ПАСК на трихомонады сначала проверялось нами в нативных препаратах. Трихомонады брались у женщин, страдающих острым или подострым трихомонадным колпитом.

Для испытания готовился раствор ПАСКа на дистиллированной воде (10—20—30—40 и 50%). Использовался и сухой порошок.

Влагалищное содержимое бралось платиновой петлей, наносилось на подогретое предметное стекло и смешивалось с каплей подогретого физиологического раствора. Из этой смеси готовился тотчас же тонкий мазок, который и просматривался под микроскопом на присутствие трихомонад. При достаточном количестве паразитов и их хорошей подвижности к мазку добавлялась капля того или иного раствора ПАСКа. Уже при введении 10% раствора через 1—2 мин можно было заметить

¹ Доложено на заседании Казанского общества акушеров-гинекологов 19/X-61 г.

замедление подвижности жгутиков, а затем и самой трихомонады. Через 5–10 мин отдельные экземпляры трихомонад становились крупнозернистыми и постепенно сморщивались. При добавлении к мазку более концентрированных растворов ПАСК эти изменения проявлялись быстрее, и при 50% они наступали в ближайшие 2 мин с максимальной выраженностью. Быстро и полностью прекращалось движение трихомонад, в протоплазме четко появлялась крупнозернистость, и они интенсивно сморщивались.

Сухой порошок проявлял одинаковое с 50% раствором действие. Однако нами ни разу не отмечено лизиса трихомонад и восстановления жизнедеятельности паразита при длительных наблюдениях.

Мы проверили противотрихомонадное действие ПАСКа и другим способом. Брались несколько пробирок с 1 мл физиологического раствора. В каждую пробирку добавлялась капля влагалищного содержимого, богатого трихомонадами. Содержимое легким покачиванием пробирки смешивалось, и к нему добавлялись по 1 мл растворы ПАСКа — 10, 20, 30, 40 и 50%. После дополнительного взбалтывания производилось микроскопирование содержимого пробирок через каждые 2 мин до 10 мин. Одна пробирка служила контролем, в нее ПАСК не добавлялся.

Наблюдения показали, что в этих условиях достаточно эффективным является уже 10% раствор, наиболее выраженный эффект дает 50% раствор и лучший — сухой порошок. Клетки плоского эпителия при разных концентрациях ПАСКа остаются без изменений. В контрольной пробирке трихомонады сохранялись подвижными до 48 часов.

Клинические наблюдения над действием ПАСКа нами проведены у 105 больных. Стационарно лечилось 40, амбулаторно — 65. Замужних было 103 женщины, девиц — 2. С острыми формами трихомониаза было 70, с хроническими — 35 больных.

Из 70 больных острым кольпитом мы наблюдали 7 женщин с острым вульвовагинитом, довольно часто сочетавшимся с уретритом (63). В одном случае вульвовагинит сопровождался выраженным вагинизмом, в 2 других — остроконечными кондиломами. Хронический трихомониаз выражался типичным кольпитом, иногда в сочетании с эндоцервицитом, эрозиями шейки и нередко — уретритом.

Методика лечения предложена П. М. Луговниковой в двух вариантах.

По первому варианту ПАСК в виде таблеток вкладывается в задний свод влагалища, ближе к шейке, в дозе 0,5—1,0 через день. В дни, свободные от вкладывания, влагалище спринцевалось 1 л 10% раствора ПАСК. Первый курс состоит из 5 вкладываний таблеток и 5 спринцеваний.

Через 15—20 дней, сразу после очередной менструации, проделываются два сокращенных курса из 2 или 3 вкладываний таблеток также через день, с интервалом между курсами в 20—30 дней. Спринцеваний влагалища не производится. Эти два курса строго обязательны как закрепляющие и профилактические.

При отсутствии эффекта возможно повторение указанного цикла лечения.

Второй вариант состоит в приеме ПАСК только внутрь по 2—3,0 4 раза в день в течение 4—6 дней.

Повторные курсы не требуются.

Наблюдения показали, что через 3 часа таблетки ПАСК, введенные в задний свод, полностью растворяются, не вызывая каких-либо раздражений и не сопровождаясь неприятными ощущениями. Попадая на слизистую входа, ПАСК иногда вызывает чувство жжения, которое проходит через 20—30 мин и, как исключение, через 2 часа.

По первому варианту лечились 100 больных. Результаты контролировались повторными микроскопическими исследованиями влагалищного содержимого. Длительность наблюдения — от 6 мес. до года.

При острых поражениях благоприятное действие ПАСК проявлялось к 5—6 дням лечения и выражалось уменьшением выделений, исчезновением гиперемии, зуда, болей, резким улучшением самочувствия больных. При хронических заболеваниях — уменьшением выделений, переходом их из желтых в белые, тянувшиеся с примесью слизи, уменьшением гиперемии, зуда, исчезновением дизурических расстройств; улучшалось общее состояние, восстанавливалась работоспособность.

Полное, стойкое излечение от одного курса нами получено у 18 стационарных и 44 амбулаторных больных с острыми поражениями и у 6 стационарных с хроническим трихомониазом, то есть у 68 больных (68%). Повторный курс лечения проведен 14 больным, из них 3 амбулаторным с острыми заболеваниями и 11 стационарным с хроническими поражениями. У всех 14 наступило длительное излечение (14%). Таким образом, стойкое, длительное излечение нами получено у 82 больных (82%).

Кратковременное улучшение — прекращение зуда, уменьшение болей — наступило у 5 стационарных и 13 амбулаторных больных с хроническим трихомониазом. После очередной менструации симптомы заболевания вновь появлялись, в содержимом вагины обнаруживались трихомонады. Повторные курсы не давали стойкого излечения.

По второму варианту лечилось только 5 больных с острым трихомониазом. Лечение не дало эффекта, и оно было оставлено.

Поступила 13 июня 1961 г.