

ЛЕЧЕНИЕ ТРИХОМОНАДНЫХ КОЛЬПИТОВ ЭМУЛЬСИЕЙ ДДТ

А. А. Сутюшева

Гинекологический кабинет поликлиники Республиканской клинической больницы (главврач — К. Л. Свечников, научный руководитель — проф. П. В. Маненков) Минздрава ТАССР

По данным доктора Дани (Прага) и доцента Костица (Белград), трихомоноаз встречается у 39,5% женщин, по данным В. А. Сапожниковой — у 48,7%, по Б. А. Теахарову — у 26,6% мужчин.

Для лечения трихомонадного кольпита применяли:

1) раствор сулемы 1:3000 (О. Гене, А. Шмидт, Н. Камникер, А. А. Васильев-Чеботарев, Н. А. Левенсон, А. П. Кушелевский); 2) соду, глицерин, зеленое мыло, аммиачные соли серебра (Л. С. Кричевский, Э. М. Вербаус); 3) метиленовую синьку, буру, биолактин (Я. С. Дубинчик); 4) хлороцид (Э. А. Лукоянова); 5) осарсол (Ю. Х. Тeras, Ф. Г. Столыпин, В. Трипольская, А. П. Кушелевский, Э. А. Лукоянова, Ц. Р. Лимар, Г. И. Русин); 6) амарген (А. Ф. Ломинаго); 7) фитонциды (проф. Б. П. Токин, М. Б. Разумович, Е. А. Медреш, О. С. Спиридонова, А. П. Колесов, А. М. Фой, Г. В. Тутаев, А. С. Пшеничникова, З. А. Макарова, П. А. Евнин); 8) эмульсию ДДТ (Стефан Н. Радков — Болгария, Зденек Вассербауер — Чехословакия); 9) шарики из ДДТ + сульфатиозол + ацетарзол + борная кислота и масло какао (Р. Пумпянки и К. Поляховски — Варшава); 10) хинин (Е. Н. Павловский, Е. И. Беляев); 11) акрихин + плазмодид + глицерин + спирт + дистиллированная вода в виде suspensio (проф. Н. Е. Сидоров, А. П. Колесов, А. М. Корчемкин); 12) молочную кислоту (насыщенный раствор в эфире) (Хохлов); 13) пчелиный мед (Н. М. Томинг-Рейнтам и Н. Г. Журавлева — Таллин).

Мы поставили перед собой задачу — проверить и выяснить противотрихомонадное действие 20% эмульсии ДДТ.

Под наблюдением были 192 женщины с трихомонадным кольпитом (сельских жительниц 102—53,1%; горожанок — 90—46,8%).

Девочек дошкольного возраста было 2, школьного возраста — 5, от 20 до 40 лет — 116, от 41 до 50—49 и старше — 20. Живущих половой жизнью было 108, не живущих — 84.

Давность заболевания: до одного месяца — 78, до года — 60, до двух лет — 15, до 3 лет — 8, более — 31 больная.

Лечились до обращения к нам 48 больных, не лечились 144. Одна в прошлом перенесла гонорею, у 13 были жалобы на резь при мочеиспускании. Всем им проведен анализ мочи, из них у одной в моче обнаружена трихомонада, ей проводили промывание мочевого пузыря ежедневно риванолом 1:1000. Per os всем 13 больным назначали салол и уротропин. У мужа одной больной в моче обнаружены трихомонады, и он лечился в вендиспансере.

Явления острого кольпита были у 188 больных, из них у одной — эндоцервицит, у 8 — эрозия, у 5 — эктропион. Эрозия и эндоцервицит после лечения исчезли. Были две беременные во второй половине беременности. Беременность и роды протекали без осложнений.

Диагноз трихомонадного кольпита устанавливали на основании клинической картины и выявления трихомонад в свежей капле влагалищного секрета.

Клинически излеченными мы считали женщин, у которых после лечения прекращались зуд, жжение во влагалище и наружных половых органах, выделения из влагалища, исчезала гиперемия слизистой влагалища и, наконец, отсутствовали трихомонады во влагалищном отделяемом под микроскопом.

Лечение проводилось следующим образом: Сбривали волосы на наружных половых органах. Обмывали 10% содовым раствором лобок, внутренние поверхности бедер и окружность анального отверстия. Раскрыв влагалище зеркалом Куско, сухим стерильным ватным шариком удаляли выделения и производили промывание 10% содовым раствором. Затем сухим шариком высушивали влагалище и вводили в цервикальный канал и уретру на 1—2 минуты кончик хирургического зонда, обмотанный ватой, пропитанной эмульсией ДДТ. Одновременно так же обрабатывалось анальное отверстие. После удаления зонда из цервикального канала тщательно протирали стенки влагалища, своды и шейку матки, лобок, внутреннюю поверхность бедер и окружность анального отверстия ватными шариками, обильно смоченными эмульсией. Такие процедуры проводились ежедневно в течение 5 дней.

Больные острым кольпитом отмечали после первой обработки чувство небольшого жжения. На следующий день жалоб не было, выделения уменьшались. На третий день исчезало раздражение, выделения значительно уменьшались. После четвертой обработки на пятый день трихомонады не обнаруживались.

Каждый раз после обработки женщина надевала чистое проглаженное трико. Таким образом, больные уходили излеченными с предупреждением, чтобы явиться на осмотр и на профилактическую разовую обработку накануне и после месячных.

Мы наблюдали несколько месяцев 138 больных, один год — 31, 3 года — 19 и свыше трех лет — 4. Хорошие результаты мы получили после одного курса лечения у 97 больных (50,5%); после двух — у 52 (27%); после трех — у 20 (10,4%); после четырех — у 8 (4,1%); после пяти — у 6 (3,1%); после многократных курсов — у 1 (0,5%). Лечение было неуспешным у 3 больных (1,5%). Выбыли из-под наблюдения, не окончив лечение, 5 больных (2,6%).

Девочек лечили несколько иным способом. Влагалище промывалось через резиновый катетер 10% раствором соды, после чего девочки усаживались над судном, чтобы вся жидкость вытекала из влагалища, а затем через шприц без иглы вводилось во влагалище 5 мл эмульсии ДДТ с последующей обширной обработкой наружных половых органов, уретры и анального отверстия. Результаты были хорошие после двух-четырех курсов лечения. Матери также обследовались. У трех обнаружена трихомонада, и проведено лечение.

ВЫВОДЫ

1. Эмульсия ДДТ при ее применении на коже и слизистой не вызывает осложнений.
2. Простота лечения дает возможность применять данный метод в амбулаториях города и сельской местности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вашков В. И., Погодина Л. Н., Сазонова Н. А. ДДТ и его применение. М., 1955.
2. Зденек Вассербауер. Акуш. и гинек., 1956, 5.
3. Пумпянский З. Р. и Поляховски К. Акуш. и гинек., 1957, 3.
4. Радков Стефан Н. Акуш. и гинек., 1956, 2.

Поступила 21 февраля 1962 г.

ЛЕЧЕНИЕ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТОЙ И ВИТАМИНОМ В₁₂ ДЕТЕЙ С АЛИМЕНТАРНОЙ АНЕМИЕЙ

Р. И. Еникеева

1-я кафедра педиатрии (зав. — доц. Р. М. Мамиш)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

С 1958 г. до начала 1960 г. нами применялось лечение алиментарной анемии детей витамином В₁₂ и фолиевой кислотой — у 48 и только фолиевой кислотой — у 20.

В возрасте до 6 месяцев было 21, до года — 22 и до 3 лет — 24 ребенка.

Из числа получавших витамин В₁₂ вместе с фолиевой кислотой гипотрофия I ст. была у 14, II ст. — у 15 и III ст. — у 2 детей.

У 35 детей был рахит I—II ст. В анамнезе у 23 больных отмечались различные нарушения в питании (одностороннее неполноценное питание и др.). 32 ребенка перенесли различные заболевания — катар верхних дыхательных путей, дизентерия, отит, пиурия и т. д.

У всех детей аппетит был резко понижен или отсутствовал. Отмечались выраженная вялость, бледность кожных покровов, в части случаев с желтушным оттенком, адинамия, систолический шум на верхушке сердца, увеличение паренхиматозных органов, отставание в моторных функциях. До лечения самый низкий показатель гемоглобина был 30 ед. и высокий — 58 ед. Число эритроцитов колебалось от 1350 000 до 3200 000. Количество ретикулоцитов — 2—3:1000. У большинства была лейкопения, у 9 — умеренный лейкоцитоз.

В периоде лечения часть детей перенесла катар верхних дыхательных путей, отит, пиурию.

Витамин В₁₂ вводился парентерально в дозе 30—50 γ от 8 до 12 раз в зависимости от тяжести процесса и улучшения гематологических показателей. Фолиевая кислота назначалась в зависимости от возраста в дозе 0,003—0,005 2—3 раза в сутки в течение 3 недель.

Все больные получали питание соответственно возрасту и состоянию, особое внимание было уделено на введение достаточного количества белков и минеральных веществ (в виде натуральных фруктовых и овощных соков). Больным был организован сон на воздухе.

В результате улучшение общего состояния, восстановление аппетита, нарастание веса, улучшение моторных функций отмечены у всех больных. Улучшались общее состояние и аппетит начиная со 2—3 дня от начала лечения. Нормализация кожных покровов наступила к 10—15 дням. Ослабление интенсивности анемического шума и уменьшение паренхиматозных органов отмечались к концу лечения.