

2. Культуры туберкулезных бактерий, выделенные из резецированных очагов распада легких больных, лечившихся в предоперационном периоде методом комбинированной химиотерапии, большей частью характеризуются ослабленной каталазной активностью.

3. Отрицательные результаты бактериоскопического и бактериологического исследования мокроты на БК, полученные в период проводящейся химиотерапии, не являются критерием отсутствия БК в полостях распада легких.

ЛИТЕРАТУРА

Абакелия И.—Вопр. туберкулеза, 1926, 6, стр. 21.—Асеев Д. Д. Пробл. туберкулеза, 1958, 4, стр. 14.—Богуш Л. К. Кавернотомия у больных туберкулезом легких, 1955.—Вейсфельдер Ю. К., Енгалычева А. М. Вопросы краевой патологии, 1955, вып. 6, стр. 107.—Горовенков Г. Г. Хирургическое лечение каверн при туберкулезе путем их вскрытия, 1954.—Зимин А. Е. Актуальные вопросы туберкулеза. Сб. работ. Москва, 1960.—Иванецкая М. Ф. Пробл. туберкулеза, 1946, 5, стр. 11.—Клебанов М. А., Драбкина Р. О. Антибактериальная терапия туберкулезных больных. Киев, 1955.—Клебанова А. А. Пробл. туберкулеза, 1958, 1, стр. 91.—Модель Л. М., Зимин А. Е. Лабораторн. дело, 1959, 1, стр. 7.—Радекевич Р. А., Стукалова Б. Я.—Пробл. туберкулеза, 1958, 7, стр. 90.—Сухомольская А. Е. Киев, 1958, стр. 33.—Штуцер М. П. Вопр. туберкулеза 1925, 1, 5.

SUMMARY

RESULTS OF BACTERIOLOGICAL STUDIES OF RESECTED DISINTEGRATION CAVITIES IN PULMONARY TUBERCULOSIS

V. A. FRADKIN

The authors studied bacteriologically the microbial flora of resected cavities of tuberculous disintegration and arrived at the following conclusions: 1) Patients with pulmonary tuberculosis undergoing combined antibacterial treatment show neither pus-forming nor anaerobic flora in the cavities of disintegration. 2) Cultures isolated from such cavities in patients who underwent in the preoperative period antibacterial treatment are characterized by decreased catalase activity. 3) Negative bacteriological and bacterioscopic findings in the sputum cannot be considered as a criterion of absence of tuberculous bacilli in the disintegration cavity of the lung.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

O. З. Мирошинченко (Киев)

Поликлиника № 1 Министерства здравоохранения УССР

Мы применяем тканевую терапию с 1952 года и особенно широко—в течение последних пяти лет. Работа по тканевой терапии была начата в глазном кабинете. Ее эффект побудил врачей других специальностей заняться этим видом лечения. Наши наблюдения будут касаться результатов лечения в условиях поликлиники.

Тканевая терапия применялась в виде инъекций алоэ, препарата Фибса и подсадок консервированной автоклавированной плаценты. На курс тканевой терапии назначали 45 инъекций алоэ либо препарата Фибса и две подсадки. Первую подсадку делали после 10—15 предварительных инъекций алоэ, вторую — после 40—45 инъекций. При более легких заболеваниях обходились одной подсадкой на курс лечения, либо только инъекциями алоэ или препарата Фибса. Перерыв между курсами тканевой терапии 45 дней. В течение года в тяжелых случаях про-

водили три-четыре курса. Подсадки производились с 1955 года шприцом ФЗС.

В настоящее время нами накоплены наблюдения над 164 больными, и мы можем говорить о результатах применения тканевой терапии при различных заболеваниях со сравнительно длительным наблюдением.

При глазных заболеваниях тканевая терапия применена у 53 больных, при терапевтических заболеваниях — у 54 больных, при гинекологических — у 57 и при хирургических заболеваниях — у 3 больных. Тканевая терапия у наших больных дала улучшение в 72%. При глазных заболеваниях улучшение выражалось как в анатомических изменениях (рассасывание кровоизлияний и помутнений стекловидного тела, быстрое рассасывание инфильтратов в роговице), так и в функциональных сдвигах (повышение остроты зрения).

При глазных заболеваниях тканевая терапия была применена в основном при близорукости. При близорукости слабой и средней степени пользовались только инъекциями алоэ либо препарата Фибса (два-три курса), а при прогрессирующющей и высокой степени близорукости с изменениями на глазном дне делали еще и подсадки.

Из 26 больных с близорукостью приведем такие наблюдения.

Больная Щ., 58 лет, с высокой близорукостью до —18. ОД, имела помутнения стекловидного тела и изменения на глазном дне. Тканевая терапия (инъекции алоэ и подсадки) дала хороший эффект. Острота зрения на одном глазу с 0,05 поднялась до 0,8, на другом со светоощущения до 0,02; помутнения стекловидного тела значительно рассосались. Лечилась в течение года.

При прогрессирующей близорукости инъекции алоэ без подсадки были мало эффективны.

У больной А., 17 лет, с прогрессирующей близорукостью применяли инъекции алоэ в течение трех лет, ежегодно по одному курсу, но острота зрения упала с 0,1 до 0,07. Произведена подсадка консервированной автоклавированной плаценты и после первой же подсадки острота зрения поднялась до 0,3, хотя через месяц пала до 0,1 и на этой цифре удерживалась в течение года.

Хороший эффект был получен у больного с частичной атрофией зрительного нерва пятилетней давности в результате перенесенного ретробульбарного неврита. После проведенного курса тканевой терапии острота зрения повысилась с 0,03 до 0,3.

У больного П., 50 лет, с часто обострявшимся кератоконъюнктивитом, обусловленным дисфункцией мейбомиевых желез, медикаментозное лечение было неэффективно; тканевая терапия купировала процесс и в течение полутора лет не было рецидива.

У больной К., 48 лет, с аллергическим конъюнктивитом рецидивы наблюдались буквально при каждом охлаждении; после двух курсов инъекций алоэ рецидив наступил только через полтора года и был выражен значительно слабее.

Как уже сказано, при терапевтических заболеваниях тканевая терапия была применена у 54 больных. У 49 из них получен хороший эффект.

Хороший эффект от применения тканевой терапии в 1956 году был получен у больной Е., 48 лет, с бронхиальной астмой десятилетней давности. Ранее примененное медикаментозное и климатическое лечение не дало эффекта. После первого курса тканевой терапии (45 инъекций алоэ и двух подсадок консервированной автоклавированной плаценты) приступы бронхиальной астмы прекратились. Больная получала тканевую терапию в течение года. До 1959 года приступов не было. Слабый приступ бронхиальной астмы в 1959 году был купирован тканевой терапией. В настоящее время чувствует себя хорошо.

Тканевая терапия была применена у 14 больных с хроническим холециститом с частыми обострениями. После проведенного лечения обострений нет уже около двух лет. Печень значительно уменьшилась в размерах, стала мягче по консистенции, воспалительные изменения в порциях «В» и «С» желчи уменьшились, исчезли диспептические явления. Большинство больных прибавило в весе, появилась бодрость.

У 16 больных язвенной болезнью тканевая терапия была произве-

дена в дополнение к медикаментозному лечению и дала хороший эффект; рентгенологически ниши исчезли у девяти больных. Боли, диспептические явления прошли. У семи больных язвенной болезнью после тканевой терапии наступило значительное субъективное улучшение, но рентгенологически ниши еще определялись.

При гипертонической болезни (I и II стадии) тканевая терапия была применена у 12 больных. Она применялась в основном в комплексе с медикаментозным лечением. Самочувствие больных значительно улучшилось, почти прошли головные боли и боли в области сердца. Улучшилось настроение, появлялась бодрость, снижалось артериальное давление.

Ранее применявшиеся медикаментозное лечение не давало такого результата.

Успешно применялась тканевая терапия в хирургической практике, хотя всего лишь на трех больных: два больных эндартериитом и один больной с трофической язвой голени.

При гинекологических заболеваниях, в дополнение к противовоспалительному медикаментозному лечению, тканевая терапия дает наилучший эффект при хронических аднекситах, перипараметритах.

В большинстве случаев после второй подсадки, а реже и после первой уменьшались боли. В тяжелых случаях болевой синдром снимался после четвертой подсадки. При исследовании таких больных отмечалось значительное или полное рассасывание инфильтратов и нормализация менструального цикла.

Так например, больная П., 36 лет, лечилась по поводу двухстороннего хронического периаднексита. Больна с 1949 года. В 1955 году произведено пять подсадок с предварительным применением инъекций алоэ. Инфильтраты рассосались. После второй подсадки боли значительно уменьшились, а после четвертой подсадки исчезли. Менструальный цикл нормализовался после второй подсадки. После проведенного лечения уже в течении четырех лет здорова.

При некоторых хронических гинекологических длительно протекавших процессах тканевая терапия проводилась в комплексе с физиотерапией. Ее результатом был определенный сдвиг в сторону улучшения.

Влияние тканевой терапии на картину крови сказывалось в повышении гемоглобина, увеличении количества красных кровяных шариков, уменьшении РОЭ и количества лейкоцитов при наличии гиперлейкоцитоза.

Необходимо отметить, что тканевая терапия оказывала благотворное влияние на общее состояние больных: появлялась бодрость, улучшался сон, появлялся аппетит.

Выводы

1. Тканевая терапия в виде инъекций алоэ, препарата Фибса, подсадки консервированной автоклавированной ткани дала в наших наблюдениях положительный лечебный эффект при ряде заболеваний (глазных, внутренних, гинекологических и др.).

2. Наши наблюдения показали, что тканевая терапия требует систематического повторения, особенно при тяжелых заболеваниях.

3. В гинекологической практике тканевая терапия, как правило, снижает болевой синдром, а также способствует рассасыванию инфильтрата.

4. Тканевую терапию нужно в каждом отдельном случае индивидуализировать, ее можно с успехом проводить в комбинации с другими видами лечения, в частности, с физиотерапией, антибиотиками и другими методами лечения.

5. Наши, хотя и немногочисленные наблюдения свидетельствуют о

хорошем лечебном действии тканевой терапии в условиях поликлиники.

ЛИТЕРАТУРА

Сборник «Тканевая терапия» издательства Академии наук за 1953. Филатов В. П. «Клиника и теоретические основы тканевой терапии», журн. «Современные вопросы медицинской науки», 1951. Скородинская В. В. «Клиническое наблюдение по тканевой терапии». Труды научной сессии Украинского Экспериментального института глазных болезней, посвященные 75-летию В. П. Филатова, стр. 120—132. Холина А. А. «О тканевой терапии по методу академика Филатова В. П.», Офт. журн., 1946, № 3, стр. 24—31. Петруня С. П., Скрипка В. К. «Тканевая терапия в лечебных учреждениях Луганской области», Офт. журн., 1958, № 8, стр. 486—489. Чикаго И. Г. «О механизме действия тканевой терапии В. О.», 1955, стр. 28. Ченцов А. Г. «Тканевая терапия глазной клиники 1-го Московского ордена Ленина Медицинского института» В. О., № 1, стр. 30—34. Ченцов А. Г. «Дальнейшее наблюдение над применением тканевой терапии при глазных болезнях» В. О., № 2, стр. 42. Нехаева В. П. «Тканевая терапия при воспалительных заболеваниях женской половой сферы». Труды Хабаровского Медицинского института, 1948, стр. 14—15. Ершкович И. Г. «Тканевая терапия на Дальнем Востоке», Труды Юбилейной научной конференции, посвященной 80-летию академика Филатова В. П. Олешкевич И. Б. и Маслюков Е. А. «Тканевая терапия при облитерирующем эндартериите», Сборник научных трудов Витебского Медицинского института, 1956, № 6, стр. 163—172. Державина Л. С. «Тканевая терапия воспалительных процессов женской половой сферы», «Врачебное дело», 1950, № 9, стр. 819—820. Зайцев Г. П. «Тканевая терапия в хирургии «Клиническая Советская медицина», 1951, № 7, стр. 8—10.

КЛИНИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ И ДИЗЕНТЕРИИ

М. С. Грешило

Кафедра инфекционных болезней (зав.—проф. Б. Я. Падалка) Киевского медицинского института

В группе острых желудочно-кишечных болезней имеется целый ряд дизентериеподобных заболеваний невыясненной этиологии. В практике эти заболевания объединяются понятием «прочие кишечные болезни» и нередко приводят к постановке неопределенного диагноза «энтерит», «колит», «гастроэнтерит», «пищевая интоксикация» и т. п. Усовершенствование методов клинико-лабораторной и бактериологической диагностики позволило доказать дизентерийную природу значительной части поновов ранее неизвестной этиологии. Однако дифференциальная диагностика дизентерии и дизентериеподобных заболеваний остается трудной и недостаточно разработанной.

Данные последних лет указывают, что в общей структуре дизентериеподобных заболеваний значительный удельный вес занимают сальмонеллезы (О. С. Гришина, И. С. Зиновьева, К. А. Максимович, Б. Я. Падалка, В. И. Серебренникова, Е. М. Шпанир и др.). В послевоенные годы отмечается заметное увеличение числа регистрируемых спорадических сальмонеллезов, не связанных со вспышками пищевых токсикоинфекций. Полиморфизм и недостаточная изученность клинической картины сальмонеллезов существенно затрудняют их диагностику и приводят к смешению с дизентерией, гриппом, брюшным тифом, сепсисом.

Подавляющее большинство этих заболеваний протекает по типу желудочно-кишечной формы (гастроэнтерит, гастроэнтероколит, энтероколит), нередко с дизентериеподобным синдромом. С другой стороны, современная дизентерия Флекснера и, особенно Зонне, нередко протекает атипично с явлениями гастроэнтероколита по типу пищевой токсикоинфекции (А. Ф. Билибин, Л. К. Коровицкий, Б. Я. Падалка, П. И. Сахаров, Г. И. Хоменко и др.). Отличить в таких случаях острую дизентерию от спорадического сальмонеллеза без глубокого клинико-