

А. Т. ТЕЛИЧКО, А. Г. НЕРСЕСОВА

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ
ПЕРЕЛИВАНИЕМ КРОВИ В КОМПЛЕКСЕ С МИЦЕРИНОМ И
ДРУГИМИ АНТИБИОТИКАМИ

Многие авторы [2, 4, 6—9] считают, что причиной перехода острой дизентерии в хроническую являются: поздняя госпитализация и поздно начатое лечение, состояние больного в момент заболевания дизентерией, появление устойчивых форм дизентерийных палочек к сульфаниламидным препаратам и антибиотикам, наличие гельминтов и простейших кишечника, ахилическое состояние желудка и т. д.

Изучение этого вопроса приобретает особо важное значение, если учесть, что больные хронической дизентерией являются источником инфекции.

В доступной нам литературе мы не нашли материала по лечению хронической дизентерии переливанием крови в комплексе с мицерином и другими антибиотиками и физическими процедурами.

В настоящей работе мы изучили действие переливания крови, мицерины и других антибиотиков и физиотерапевтических процедур на течение хронической дизентерии.

Под нашим наблюдением находились 47 мужчин с хронической дизентерией в возрасте: от 20 до 30 лет—29, от 31 до 40 лет—18 больных. При поступлении в стационар у 9 больных была отмечена субфебрильная температура. Давность заболевания у 28 больных была до 2 лет, у 11—до 3, у 8—до 4 лет.

25 из 47 наблюдаемых больных лечились по поводу острой дизентерии в стационарных условиях. Остальные 22 больных о своем заболевании дизентерией не знали: 6 больных ранее лечились по поводу гастрита, 4—в анамнезе отмечали токсикоинфекцию, 12—длительное время страдали хроническим колитом неясной этиологии. Все 47 больных хронической дизентерией были выявлены при профилактическом исследовании лиц, страдающих неустойчивым стулом. У 35 больных диагноз был подтвержден бактериологически, у 12—клинически, копрологически и ректороманоскопически.

Большинство больных в период обострения болезни применяли сульфаниламидные препараты и антибиотики, после чего отмечали значительное улучшение, которое длилось от 2—3 недель до 1—2 мес. Все больные отмечали резкие и частые обострения в летнее время. У 12 больных болевой синдром был выражен в эпигастральной области, у 11—боли носили разлитый характер, у 15—в левой подвздошной, у 9—в обеих

подвздошных областях. В период обострения у всех больных стул был 3—4 раза в сутки, со слизью в конце дефекации. Больные указывали на чувство неполного удовлетворения после акта дефекации и позывы на стул по утрам. Промежутков полного выздоровления наши больные не отмечали.

Все перечисленные симптомы дают возможность предположить о наличии у наших больных хронической дизентерии.

Кроме дизентерии, у 6 больных установлен хронической анацидный гастрит, у 4—нормацидный, у 2—с повышенной кислотностью, у 10—функциональное нарушение желудка с пониженной секреторной и кислотообразующей функцией. Трое больных страдали лямблиозом желчевыводящих путей и кишечника, 22—имели стерильную форму хронической дизентерии.

При ректороманоскопии наблюдались изменения слизистой дистального отдела толстого кишечника: выраженная гиперемия и слизь у 28 больных, эрозии—у 12, язвы в ампулярной части и слизь—у 7.

Со стороны периферической крови у 24 больных была выражена лейкопения (3000), у 11—относительная лейкопения (4000) без изменения лейкоцитарной формулы. РОЭ у всех больных была нормальной. У 4 чел. отмечалась кратковременная альбуминурия. У части больных наблюдались изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: в первые 8—10 дней артериальное давление было в пределах 110/70—90/60 мм, пульс—менее 70 уд. в мин., глухость тонов сердца. В последующие дни артериальное давление восстановилось до уровня 110/80—120/80 мм, тоны сердца стали чистыми и ясными.

Лечение больных в стационаре проводилось в условиях охранительного режима. Питание в первые 7—10 дней состояло из стола № 1а, в последующие дни—стол № 1 по Певзнеру. На протяжении всего курса лечения больные получали аскорбиновую кислоту по 600—800 мг в сутки, бромистый тиамин и рибофламин по 9 мг, никотиновую кислоту.

После окончания диагностического периода (3—4 дня) в схему лечения включались антибиотики. В зависимости от чувствительности дизентерийной палочки к антибиотикам назначали синтомицин (левомицетин) по 0,5 мг 6 раз в течение 5—6 дней или же антибиотики тетрациклинового ряда по 0,26 раз в течение 7—8 дней.

После окончания курса лечения указанными антибиотиками начинали курс лечения спиртовой вакциной Чернохвостова по Алисову [1] 8 дней с одновременным ультрафиолетовым облучением туловища и конечностей по сегментам. Затем назначался мицерин по 100 тыс. ед. по 4 раза в течение 7 дней. После окончания курса мицерина проводили второй цикл лечения вакциной Чернохвостова по той же методике с ультрафиолетовым облучением и диатермией на область живота.

Одновременно с антибиотиками и другими лечебными средствами начинали лечение внутривенным переливанием крови. Вводили струйно кровь одной группы по 75—100 мл каждые 3—4 дня; за весь курс лечения больному делали 5—6 таких переливаний. Таким образом, перели-

вание крови продолжалось до выписки больного. Ранних или поздних осложнений от переливаний крови мы не наблюдали.

Больным с гастритом, функциональным нарушением желудка и лямблиозом соответственно назначались соляная кислота с пепсином, акрихин по обычной схеме. По показаниям—электрофорез с раствором новокаина или хлористого кальция на подвздошные области, а так же парафин на эпигастральную область.

В результате проведенного лечения у больных появились крепкий сон и хороший аппетит, на 7—10-й день наступало урежение и нормализация стула. У большинства больных копроцитограмма становилась нормальной на 4—5-й день, прекращение бактериовыделения отмечено на 3—8-й день. Болевой синдром прекращался на 14—18-й день. На 28—30-й день у 5 из 6 больных, страдавших анацидным гастритом, желудочная секреция нормализовалась, у 10 больных с функциональным нарушением желудка секреторная и кислотообразующая функции восстановились. На 18—22-й день лечения ректороманоскопически отмечалась репарация нижнего отдела слизистой прямой кишки. Большинство больных прибавило в весе.

Результаты отдаленных исследований показали, что случаев рецидива дизентерии и бактерионосительства не было отмечено. Последующие наблюдения за 38 больными через 3 года не вызывали сомнений о их полном клиническом выздоровлении.

Таким образом, переливание крови как стимулирующий фактор в комплексе с мицерином и другими антибиотиками, вакциной Чернохвостова и физиотерапевтическими процедурами является эффективным и перспективным в лечении хронической дизентерии.

Войсковая часть 63647

Поступило 25/XII 1965 г.

Ա. Ա. ՏԵԼԻՉԿՈ, Ա. Գ. ՆԵՐՍԵՍՈՎԱ

ԽՐՈՆԻԿ ԴԻՋԵՆՏԵՐԻԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԱՐՅԱՆ ՓՈԽՆԵՐԱՐԿՄԱՆ ՄԻՋՈՑՈՎ, ՄԻՑԵՐԻՆՈՎ ԵՎ ԱՅԼ ԱՆՏԻԲԻՈՏԻԿՆԵՐԻ ՄԻՋՈՑՈՎ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Տվյալ աշխատանքում ուսումնասիրվել է արյան փոխներարկման, միցերինի և այլ անտիբիոտիկների ու ֆիզիոթերապևտիկ ազդակների (ուլտրաձայնալիզապուլս ճառագայթներ ու դիաթերմիա) ազդեցությունը խրոնիկ դիզենտերիայի ընթացքի վրա՝ 47 հիվանդների մոտ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алисов П. А., Егорова А. П., Казанцев А. П. Военно-медицинский журнал, 1959, 6, стр. 65.

2. Бернгов Ф. Г. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 1953, 3, стр. 41.
3. Гришко Н. П. Колиэнтерит и дизентерия. Самарканд, 1964, стр. 94.
4. Гришко Н. П. и Власова Т. И. Колиэнтерит и дизентерия. Самарканд, 1964, стр. 79.
5. Елкин И. И. Курс эпидемиологии. 1958, стр. 185.
6. Зверев Е. И. Вопросы эпидемиологии, профилактики и клиники кишечных инфекций. М., стр. 245.
7. Капник Г. М., Верисова М. И., Мельник Е. Г., Хазанов М. Н., Фаврова Л. А., Тюткина И. Ф., Кузнецова В. И. Кишечные инфекции. М., 1962, стр. 180.
8. Погодина Е. А. Вопросы эпидемиологии и профилактики кишечных инфекций, М., 1954, стр. 54.
9. Ташпулатов А. А. Колиэнтерит и дизентерия. Самарканд, 1964, стр. 73.
10. Ташпулатов А. А., Гришко Н. П. Колиэнтерит и дизентерия. Самарканд, 1964, стр. 88.
11. Черный Е. М. Военно-медицинский журнал, 1963, 8, стр. 65.