

А. А. ТЕЛИЧКО

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ КЛИЗМ
В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ
ДИЗЕНТЕРИИ

Целью настоящей работы является изучение частоты рецидивов при острой и хронической дизентерии и перехода острой дизентерии в хроническую, а также лечение их лечебными клизмами в комплексе с другими медикаментозными средствами.

В комплекс лечебных мероприятий при лечении острых и хронических форм дизентерии входят лекарственные клизмы в составе: коллоиднодисперсная серебряная соль норсульфазола (кдисерсул), азотнокислое серебро, фурацилин, фитонциды и другие лекарственные средства. Предполагается, что, с одной стороны, лекарственные вещества воздействуют непосредственно на возбудитель, с другой — оказывают местное воздействие на воспалительный процесс слизистой дистального отдела толстой кишки. В свое время этому методу лечения придавалось большое значение [1 — 6].

Под наблюдением находился 381 больной острой дизентерией с давностью заболевания от 1 до 10 дней и 246 — хронической с давностью заболевания от 1 до 5 лет. Больные (мужчины) в возрасте 19—25 лет находились до заболевания в одинаковых условиях труда и быта.

Больные с легким течением острой дизентерии составили 65%, средней тяжести — 27%, с тяжелым — 8%. Хроническая дизентерия в основном протекала легко (86%). Температурная реакция разной интенсивности была у 86,5% больных острой и 27% — хронической дизентерией. Боли в животе различной интенсивности отмечались у всех больных. Нарушение стула и тенезмы также были обязательным симптомом. Частота стула в основном наблюдалась у больных острой дизентерией 10 — 20 раз у 76% больных; при хронической дизентерии этот симптом был только в 17%.

При острой дизентерии испражнения имели слизисто-кровянистый характер в 67% случаев; положительные данные копроцитограммы наблюдали в 82% случаев. При хронической дизентерии они чаще носили слизистый характер; копроцитограмма выявлена у 72,3% больных.

Бактериологический анализ испражнений или мазков слизистой кишечника, взятых при ректоскопии, дал положительный результат в 72,6% у больных острой и в 64,5% случаев хронической дизентерией. При этом преобладала культура шигелл типа Флекснера (84%). У больных острой дизентерией в 17,4% случаев выявлено увеличение лейкоцитов в периферической крови до 9 — 13000 в 1 мм³; нередко при

этом отмечался сдвиг лейкограммы влево. Ускоренная РОЭ наблюдалась в 7% случаев. В 9% случаев имела место кратковременная альбуминурия. При хронической дизентерии наблюдалась преимущественно лейкопения (3 — 4000 в 1 мм^3) в периферической крови (53%), лейкоцитоз был у 5% больных, ускоренная РОЭ у 1,5%.

На фоне общей интоксикации наблюдались изменения в сердечно-сосудистой системе: глухость сердечных тонов, учащение или дикротия пульса, снижение артериального давления до 100/70—90/60 мм рт. столба.

Все больные были подразделены на две группы. В первую — входило 329 человек; из них 207 острой и 122 хронической дизентерией. Вторая группа состояла из 308 человек; из них 184 имели острую и 124 хроническую форму дизентерии. Лечение их заключалось в диетотерапии, даче синтомицина или левомицетина в дозе 3,0 на сутки в течение 5 — 6 дней. Дизентерийный фаг назначался по 50 мл однократно утром натощак на 2%-ной содовой воде в течение трех дней. Больные также получали поливитамины (драже) и никотиновую кислоту в лечебных дозах. Больным хронической дизентерией назначали также фталазол по 0,5 4 раза в день в течение 4 — 5 суток.

Первая группа больных (329 чел.) дополнительно получала лечебные клизмы кдисерсула на 7 — 8-й день лечения в разведении 1:100, в количестве 100,0 на одну клизму, через день, 6 — 8 раз на курс лечения.

Вторая группа больных была контрольной и лечебных клизм не получала. Лечение им дополнялось аутогемотерапией с 5 до 8 мл через день 6 — 8 раз.

В результате проводимого лечения в обеих группах больных наблюдались сдвиги в сторону клинического выздоровления: стул урежался на 2 — 7-й день, болевой синдром исчезал на 8 — 16-й день, кровь и слизь исчезали на 3 — 6-й день, стул нормализовался на 4 — 12-й день лечения. Соответственно этому улучшалось и общее состояние: снижалась температура, восстанавливалась деятельность сердечно-сосудистой системы, исчезала альбуминурия, нормализовалась кровь.

Бактериовыделение прекращалось обычно на 3 — 12-й день, а репарация слизистой дистального отдела толстой кишки в первой группе наступала на 18 — 23-й, во второй на 17 — 25-й день.

Об эффективности лекарственных клизм мы судили по рецидивам заболевания или переходу острой дизентерии в хроническую.

Срок наблюдения за реконвалесцентами после выписки из стационара при условии клинического выздоровления равнялся 1 — 3 годам. Наблюдения показали, что обострения и рецидивы в первой группе больных наблюдались при острой дизентерии в 5,3 и хронической — в 11,4% случаев.

Во второй группе эти показатели равнялись соответственно 4,5 и 8%.

Результаты наших наблюдений показали, что лекарственные клизмы в комбинации с антибиотиками мало эффективны в лечении острой и хронической дизентерии.

На данном этапе наших знаний и наблюдений эффективным методом лечения дизентерии мы считаем переливание крови в сочетании с антибиотиками и вакциной Чернохвостова.

Такое комбинированное лечение мы провели у 81 больного острой и хронической дизентерией (у этих больных наблюдались рецидивы после предыдущих методов лечения). Больные получали те же антибиотики в той же дозировке: фталазол 1,5 в сутки в течение 4—5 дней; затем применяли 8-дневный цикл спиртовой вакцины Чернохвостова по методу Алисова и кварцевое облучение по сегментам. Одновременно проводили переливание одноклассной крови по 75—50 мл каждые 3—4 дня (6—7 гемотрансфузий на курс лечения).

В результате проведенного лечения у всех больных наступило выздоровление. Последующие наблюдения (69 чел.) в течение 1—3 лет показали полное клиническое выздоровление. Таким образом, переливание крови в схеме лечения острой и хронической дизентерии, являясь стимулирующим фактором, повышает реактивность организма, снижает интоксикацию и способствует усилению эффективности действия антибиотиков и лечебной вакцины.

Войсковая часть 63647

Поступило 27/III 1967 г.

Ա. Ա. ՏԵԼԻՉԿՈ

**ՍՈՒՐ ԵՎ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԴԻՋԵՆՏԵՐԻԱՅԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ԲՈՒԺԻՉ
ՀՈԳՆԱՅԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿԱԼԱՐՄԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Կատարած հետազոտություններից մենք հանգել ենք այն եզրակացության, որ բուժիչ հոգնաները էֆեկտիվ միջոց չեն ինչպես սուր, այնպես էլ խրոնիկական դիզենտերիայի բուժման ժամանակ:

Սուր դիզենտերիայի բուժումը անտիբիոտիկներով և ջերմոքիզմանով վակցինայով կարող է տալ ռեցիդիվ և հիվանդությունը կարող է դառնալ խրոնիկական:

Արյան փոխներարկումը, որպես դրդող գործոն, բարձրացնում է օրգանիզմի ռեակտիվությունը, իջեցնում է ինտոքսիկացիան և նպաստում է բուժող վակցինայի ու դեղամիջոցների էֆեկտիվության բարձրացմանը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Билибин А. Ф., Сахарова П. И., Воротынцева В. Н. Лечение дизентерии. М., 1959, стр. 77.
2. Бернгоф Ф. Г. ЖМЭИ, 1953, 3, стр. 41.
3. Багдасарова А. А., Дульцин М. С. В кн.: Вопросы профилактики и лечения дизентерии. М., стр. 337.
4. Сеппи И. В. Бактериальная дизентерия. М., 1963, стр. 180.
5. Сеппи И. В., Файнгольд Я. И., Чебаненко Н. С., Булавская М. Н. ЖМЭИ, 1957, 4, стр. 118.
6. Зверев Е. И. Дизентерия, пищевые токсикоинфекции и кишечные инвазии. М., 1962, стр. 136.