

А. А. ТЕЛИЧКО

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ В СХЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИЗЕНТЕРИИ, РЕЗИСТЕНТНОЙ К АНТИБИОТИКАМ

С открытием возбудителя дизентерии и изучением его свойств начались поиски препаратов, которые, оказывая губительное действие на микробы, были бы безвредны для человеческого организма.

Иммунопрепараты, колитерапия, сывороточное лечение, слабительные соли, лечебные клизмы и др. не оправдали надежд клиницистов: рецидивы заболевания и переход его в хроническую форму продолжались.

Появление и применение сульфаниламидов, и особенно антибиотиков, с их бактериостатическим действием на все виды дизентерийных бактерий стали ведущими в лечении дизентерии.

Многолетние наблюдения в лечении дизентерии этими препаратами показали, что стремление излечить ее каким-либо одним из этих препаратов постепенно теряет свое значение, особенно с появлением резистентных форм дизентерийных культур к сульфаниламидам и антибиотикам.

Комбинированное применение сульфаниламидов и антибиотиков по методу А. Ф. Билибина, Г. П. Руднева, В. М. Домрачева, Е. И. Зверева и других [1, 3, 4, 5] являлось более эффективным в лечении дизентерии.

Клинические наблюдения А. Ф. Билибина [1] показали, что комплексная терапия дала стойкое выздоровление в 74% случаев, 20% составили больные, требующие дальнейшего лечения, у 6% больных эффекта не получено.

В поисках более эффективного лечения хронической дизентерии мы остановились на переливании крови в комплексе с антибиотиками и другими средствами. Нами преследовалась цель повысить иммунореактивные процессы, приводящие к гибели возбудителя дизентерии, а также восстановить нормальные анатомофизиологические константы желудочно-кишечного тракта.

А. А. Богомольцем [2] и другими доказано, что гемотрансфузии у большинства больных повышают опсонический показатель и фагоцитоз, вследствие чего нарастает титр комплемента, а также улучшается ряд других иммунологических показателей.

Под наблюдением находились 208 больных хронической дизентерией с давностью заболевания от 1 до 5 лет. Течение заболевания в основном было легким (74,6%). Температурная реакция была у 29,3% больных, но не превышала 38°. Боли в животе различной интенсивности отмечались у всех больных. Нарушение стула с позывами и неполной удовле-

творенностью после каждой дефекации было обязательным симптомом. Тенезмы в период обострения заболевания наблюдались в 19,7% случаев. Испражнения имели слизисто-кровянистый характер у 32%, слизистый—у 66,5%, жидкий без примесей—у 11,5% больных. Частота стула до 6 раз за сутки наблюдалась у большинства больных (66%), до 10—в 12,4%, больше 11—в 3,5% случаев. Положительные данные копроцитограммы выявлены у 83,5%. Больные взяты для лечения и контроля с 100%-ыми бактериологическими находками. При этом преобладали культуры Флекснера (84,2%). У большинства больных (63%) наблюдалась лейкопения, лейкоцитоз—у 5,4%, ускоренная РОЭ—у 1,6%.

На фоне общей интоксикации наблюдались изменения в сердечно-сосудистой системе: глухость сердечных тонов, учащение или дикротия пульса, снижение артериального давления до 100/70—90/50 мм рт. ст.

Больные были разделены на две группы. Первую группу составили 103 больных, у которых дизентерийная культура была резистентной к антибиотикам и сульфаниламидным препаратам.

Вторую группу (контрольная) составили 105 больных, у которых дизентерийная культура была чувствительна к ряду антибиотиков.

Лечение проводилось в условиях охранительного режима. В первые 7 дней диетотерапия состояла из стола № 4 по Певзнеру, в последующем назначался стол № 1. Больные получали комплекс витаминов С, В₁, В₂ и никотиновую кислоту. После окончания диагностического периода (2—3 дня) в схему лечения включались антибиотики и сульфаниламидные препараты.

Для больных первой группы назначался биомицин 0,2×5 раз (7 дней), левомицетин 0,25×4 раза (5 дней), фталазол 0,5×3 раза (3—4 дня), а затем 8-дневный цикл лечения спиртовой вакциной Чернохвостова (по методу Алисова) с одновременным кварцевым облучением туловища и конечностей по сегментам субэритемными дозами. Одновременно с антибиотиками, сульфаниламидами и вакцинотерапией больным первой группы проводили лечение гемотрансфузией: струйно вводилась одногруппная кровь по 75—100 мл каждые 5 дней. За курс лечения больной получал 5—6 переливаний. Осложнений, ранних или поздних, мы не наблюдали.

Вторая группа (контрольная) получала такое же лечение, в тех же дозировках, вакцинотерапию и кварц; переливания крови эта группа не получала. По окончании цикла лечения обе группы получали парафиновые аппликации на живот по показаниям.

В результате лечения общее состояние больных первой группы улучшилось на 4—5-й день: прекращение дизентерийного синдрома, оформление стула в среднем на 4—11-й день, прекращение бактериовыделения на 6-й день, исчезание патологических примесей на 8-й день, восстановление слизистой прямой кишки на 29-й день. Выздоровление наступило у 94,6% человек.

Во второй группе исчезание патологических примесей в испражнениях в среднем наступило на 4—12-й день, оформление стула было на

10-й день, прекращение бактериовыделения на 8-й, репарация слизистой дистального отдела толстой кишки на 27-й день. После лечения наступило выздоровление у 91,3% больных; остальные нуждались в дальнейшем лечении.

Отдаленные результаты наблюдений за выздоровевшими больными проводили в течение 1—12 мес. У больных первой группы рецидив наступил в 1,8% случаев, во второй (контрольной)—у 2,9%.

Вышеизложенное дает основание считать, что переливание крови в комплексе с антибиотиками, вакцинотерапией и физиофакторами является более эффективным в лечении хронической дизентерии.

Войсковая часть 63647

Поступило 24/IV 1968 г.

Ա. Ա. ՏԵԼԻՉՅԱՆ

ԱՐՅԱՆ ՓՈԽՆԵՐԱՐԿՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿԱԶԱՐՄԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ԽՐՈՆԻԿ ԴԻՋԵՆՏԵՐԻԱՅԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՍԽԵՄԱՅՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հեղինակը ուսումնասիրել է խրոնիկ դիզենտերիայով 108 հիվանդներ, որոնց մոտ դիզենտերիայի հարուցիչները կայուն են անտիբիոտիկների նկատմամբ (ստերպտոմիցին, լևոմիցետին, սինտոմիցին, տետրացիկլինային շարքի պրեպարատներ և սուլֆամիդներ): Այդ հիվանդներին տրվել է բիոմիցին 0,25 անգամ, 7 օրվա ընթացքում, լևոմիցետին՝ 0,25.4 անգամ, 5 օրվա ընթացքում և ֆտալադոլ՝ 0,5.3 անգամ, 3—4 օրվա ընթացքում: Անտիբիոտիկներով բուժման վերջում ավելացվել է Չերնոխովսուտովի վակցինան (Անիսովի մեթոդով) և ուտրամանուշակագույն ճառագայթներով բուժումը սուբերիթեմային դոզաներով (ճառագայթվել են կրծքի վանդակը և վերջույթները):

Բուժման ամբողջ ընթացքում ներարկվել է նույն խմբի արյուն 75 մլ, 4 օրը մեկ, ընդամենը 6—7 ներարկում:

Ստուգիչ խումբը, բաղկացած 109 հոգուց, ստացել է բուժում նույն անտիբիոտիկներով՝ դիզենտերիայի հարուցիչների զգայնությանը անտիբիոտիկների նկատմամբ որոշելուց հետո: Բուժմանը ավելացվել է Չերնոխովսուտովի վակցինա, ուտրամանուշակագույն ճառագայթներ: Այս խմբին արյան փոխներարկում չի արված:

Բուժման վերջում երկու խմբի հիվանդներն էլ ստացել են պարաֆինի ապրիկացիաներ որովայնի շրջանում և էլեկտրոֆորեզ կալցիումով կամ նովոկաինով:

Առաջին խմբի հիվանդները, որոնց կատարվել էր արյան փոխներարկում, առողջացել են ավելի արագ և, որ ամենակարևորն է, նրանց մոտ հիվանդության սրացում չի նկատվել:

Երկրորդ խմբի հիվանդների մոտ լրիվ կլինիկական առողջացում եղել է 92,6%, լավացում՝ 4,7%, անփոփոխ վիճակ՝ 2,7%:

Հեղինակը եզրակացնում է, որ արյան փոխներարկումը խրոնիկ դիզենտերիայի բուժման ժամանակ, անտիբիոտիկների և այլ միջոցառումների հետ միասին հանդիսանում է արդյունավետ և հեռանկարային:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Билибин А. Ф., Сахаров П. И. и Воротынцева Н. В. Лечение дизентерии. М., 1959
2. Богомолец А. А. В кн.: Избранные произведения, т. 2. Киев, 1957.
3. Домарчев В. М. Дизентерия. Киев, 1966.
4. Зверев Е. И. Дизентерия, пищевая токсикоинфекция и кишечные инвазии. М., 1962.
5. Руднев Г. П. Лечение инфекционных больных. М., 1960.
6. Сеппи И. В. Бактериальная дизентерия. М., 1963.