

АД 110/60. Пульс 100—110, мягкий, ритмичный. Дыхание учащенное. Язык сухой, обложенный. Живот умеренно вздутый, мягкий, болезненный. Притупление в отлогих местах живота. Перистальтика кишечника не прослушивается. На обзорной рентгенограмме брюшной полости видны широкие чаши Клойбера. Дооперационный диагноз — заворот сигмовидной кишки. Операция начата под местной анестезией, продолжена под эфирно-кислородным наркозом. В брюшной полости много геморрагической икхорозной жидкости. Вокруг подвижной слепой кишки, переместившейся в левую половину живота, завязалась узлом большая, сложенная в виде двустволки сигмовидная кишка. Произведена резекция илеоцекального угла. Наложено соустье между подвздошной и восходящей кишкой по типу конца в бок. В послеоперационном периоде развился и прогрессировал перитонит. Больной умер через 48 часов после операции. На вскрытии обнаружен некроз значительной части сигмовидной кишки.

Произошла типичная ошибка — была переоценена жизнеспособность одного из отделов развязанного узла.

УДК 615.838.1—616.348—002

ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКИМИ ПРОМЫВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ СПАСТИЧЕСКИМ КОЛИТОМ

*А. Г. Подварко, Г. Д. Диорик и Е. Т. Керопиан,
студенты О. П. Белякова и Т. И. Пономарева*

*Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. А. Г. Подварко),
кафедра микробиологии (зав. — проф. А. И. Коротяев)
Кубанского медицинского института и 2-я Краснодарская городская больница
(главврач — Н. В. Баранов)*

Многие врачи забывают, что пищеварительный тракт предназначен прежде всего для пищи, а не для лекарств: больным дизентерией они назначают несколько лекарственных препаратов (антибиотики, сульфонамиды, белладонну, витамины и т. п.) по 4—6 приемов каждого в день. Больные ежедневно через 20—30 мин. принимают лекарственные препараты, но зато очень мало пищи. Больные дизентерией получают обычно ограниченное «щадящее» питание: бульоны, супы, манную кашу, кисели, пюре, сухари, кислое молоко. В такой пище крайне мало необходимых им витаминов, недостаточно калорий и механических раздражителей моторики кишечника. Нарушение нормальной функции микрофлоры кишечника резко уменьшает выработку витаминов, в результате чего развивается гиповитаминоз, наиболее резко выраженный в отношении группы В. Вследствие такого питания (по сути — частичного голодания) больные слабеют, понижается иммуно-биологическая резистентность организма, что способствует развитию хронического колита. Длительное применение такого «щадящего» питания лишает кишечник нормального физиологического стимулятора моторики его, что ведет к стазу в нем, к закреплению спастического состояния толстого кишечника и развитию хронического спастического колита.

При появлении обострения больные хроническим спастическим колитом обращаются к врачу. Указание больного на перенесенную им ранее дизентерию врач нередко считает достаточным основанием для постановки диагноза «рецидив хронической дизентерии» и назначения антибиотиков и сульфонамидов. Такое лечение часто не улучшает состояния больных. Потеряв веру в эффективность врачебной помощи, они переходят к лечению «своими», «домашними» средствами, еще больше ограничивают диету, применяют слабительные и т. д. В итоге у них ухудшается состояние здоровья, уменьшается трудоспособность. Они жалуются на запоры, чередующиеся с поносами и выделением слизи, на общую слабость, раздражительность, периодические головные боли, на спастические боли в животе.

Лечение больных хроническим спастическим колитом весьма трудная задача.

Однако при современных комплексных методах лечения оказывается возможным добиться если не полного выздоровления, то по меньшей мере состояния длительного практического здоровья.

Мы назначали больным хроническим спастическим колитом комплексное лечение, в котором ведущее место заняли глубокие промывания кишечника лекарственными растворами, нагретыми до 38—40°, выработка рефлекса на дефекацию в строго определенное время суток и рациональное питание с широким применением гречневой каши, свежих фруктов и овощей.

Методика глубоких промываний кишечника была следующая: больным предварительно делали две очистительные клизмы (накануне вечером и утром в день промывания). Промывания делали больным в лежачем положении на спине и на правом боку. Мы применяли раствор марганцевокислого калия 1 : 20 000 (35 больных), раствор риванола 1 : 10 000 (62 больных) и раствор грамицидина 0,12 : 10 000 (3 больных). На одно промывание тратили 5—10 л раствора. Кружку Эсмарка поднимали на 0,6—

0,75 л выше живота больного. Для промывания кишечника мы пользовались специальными резиновыми наконечниками. Промывание делали один раз в 3—5 дней. Курс лечения глубокими промываниями кишечника состоял из 5 сеансов.

Во время лечения глубокими промываниями кишечника больные получали витамин (С, В₁, В₂, В₁₂, РР), кислород, аппликации парафина и симптоматическое лечение, если в нем возникала необходимость.

Лечение глубокими промываниями кишечника мы провели 100 больным хроническим колитом, повторный курс — 28. Мужчин было 40, женщин — 60. В возрасте до 20 лет было 3 чел., от 21 до 40 лет — 36, от 41 до 60 лет — 56 и старше — 6. С давностью заболевания до года было 4 чел., до 2 лет — 24, от 2 до 5 лет — 34 и более 5 лет — 38.

Ректороманоскопически у 58 больных выявлена умеренная гиперемия, у 13 — эрозии, у 4 — атрофия слизистой сигмы и у 42 — нормальное состояние.

При поступлении запор был у 48 больных, нормально оформленный стул у 19, кашицеобразный — у 18 и жидкий у 15.

Метеоризм был резко выражен у 77 больных. Боли в животе тоже у 77 больных.

После первого курса лечения хороший терапевтический эффект получен у 77 больных: нормализация стула, резкое уменьшение метеоризма, исчезновение болей, улучшение аппетита и настроения. У 19 больных было явное улучшение и у 3 — незначительное улучшение. Одному больному лечение промываниями из-за острой боли прекратили. Ему назначили иной метод лечения.

Для проведения одного курса лечения глубокими промываниями кишечника потребовалось от 20 до 30 дней пребывания в больнице. В столь относительно короткий срок консервативным методом лечения нельзя добиться полного выздоровления больных, страдавших многие годы.

После повторного курса лечения глубокими промываниями кишечника хороший лечебный эффект получен у 16 больных. У 11 больных, поступивших с обострениями, прекратились боли, уменьшился метеоризм, улучшился аппетит. У одного больного было небольшое улучшение.

Для выяснения роли так называемых «патогенных» типов кишечных палочек и состояния дисбактериоза в этиологии хронических колитов О. Н. Белякова и Т. И. Пономарева провели детальное исследование микрофлоры кишечника у 10 больных в процессе их лечения.

У обследованных нами больных до лечения преобладали кишечные палочки 3—5-го ферментативного типа. Общекишечная палочка составляла 40—100%. Гемолитические штаммы кишечной палочки встречались у больных непостоянно. У 8 из 10 больных обнаружены представители гнилостной флоры.

После первых промываний у половины больных произошел сдвиг в сторону увеличения гнилостных штаммов. Количество гемолитических общекишечных палочек увеличилось у 2 больных.

У больных, прошедших курс лечения промываниями, резких сдвигов в содержании бактерий кишечной группы по сравнению с исходными данными не отмечено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берлин Л. Б. Хронические колиты. Медгиз, М., 1951.
2. Гук а с я н А. Г. Запоры и их лечение. Медгиз, М., 1959.
3. Калинина А. М., Лисьянская С. М., Резенфельд Б. Ф. Сб. науч. работ ГИДУВа им. Кирова. Л., 1944.
4. Коренчевский В. Г. К учению о желудочно-кишечном самоотравлении. Диссертация, 1909.
5. Смотров В. Н. Хронические колиты. Медгиз, М., 1934.
6. Стражеко Н. Д. Тр. II Всеукраинского съезда терапевтов. Одесса, 1928.

УДК 616—002.446—618.146

ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИЯ ДОЛГО НЕ ЗАЖИВАЮЩИХ ЭРОЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Р. Н. Серова

Зеленодольский родильный дом (главрач — К. Ф. Буртасовская)

Наша женская консультация проводит тщательный осмотр каждой женщины, обращающейся по любому вопросу к врачу. До приема врачом любой специальности женщину осматривает акушерка в смотровом кабинете. Широко проводятся профилактические осмотры женщин, работающих на предприятиях и в учреждениях. На выявленных при осмотрах больных женщин в консультации заполняют диспансерную контрольную карту, которую передают участковому врачу. Врачи осуществляют интенсивное консервативное лечение эрозии. Сначала исследуют флору влагалищного содержимого, берут мазки на гонорею. При выявлении гонореи, трихомониаза,