

Восстановление функции кишечника обычно совпадало с нормализацией состава микрофлоры кишечника.

При лечении широко применяли биопрепараты: сальмонеллезный и колипротейный бактериофаги, колибактерин, бифидум и лактобактерин, бификол. Указанные препараты назначали в течение 10—15 дней, иногда повторно.

При остром начале заболевания с явлениями интоксикации, тяжелыми сопутствующими заболеваниями (сепсисом, пневмонией) пользовались также антибактериальными препаратами: фуразалидоном, левомицетином, неомицином, полимиксином, карбенициллином, гентамином, энтеросептолом курсами по 5—7 дней. По показаниям проводили дезинтоксикационную, регидратационную терапию с учетом тяжести обезвоживания. Назначали комплекс витаминов (С, В₁, В₂, В₆, РР, А, Е), стимулирующее и общеукрепляющее лечение. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании, получали кислые молочные смеси (кефир, пахтање).

На основании проведенного анализа можно заключить, что кишечные инфекции, обусловленные условно-патогенной микрофлорой, могут протекать при явлениях нейротоксикоза и токсикоза с эксикозом в сочетании с энтеритом или энтероколитом. Клиника заболевания может варьировать от легких до тяжелых токсических форм. В диагностике значительная роль принадлежит своевременному и качественно проведенному бактериологическому исследованию испражнений детей с дисфункцией кишечника, особенно длительно леченных антибактериальными препаратами.

По нашим наблюдениям, заболевание, вызванное условно-патогенной микрофлорой, может развиваться двумя путями: при попадании бактерий извне через рот (что подтверждают групповые заболевания детей в детских учреждениях) и в результате развития дисбактериоза у детей, длительно и тяжело болеющих, многократно леченных антибактериальными препаратами. Чаще всего желудочно-кишечные заболевания были обусловлены протеем и наблюдались у детей первых месяцев жизни на неблагоприятном преморбидном фоне. При заражении бактериальной флорой извне заболевание развивается более остро, с выраженными симптомами интоксикации и нарушениями функций кишечника, в то же время клиническое выздоровление наступает быстрее — на 5—15-й день. При развитии дисбактериоза на фоне других заболеваний интоксикация была менее выраженной, однако нормализация стула наступала позже — лишь на 25—35-й день.

ЛИТЕРАТУРА

Устименко Л. М. В кн.: Эпидемиология и профилактика кишечных инфекций. М., 1978.

Поступила 1 декабря 1981 г.

УДК 615.596—002.828—08

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ

Е. Т. Артемьева, Н. Н. Мантурова, Л. В. Гесс,
О. И. Зеленина, В. И. Ходырева

Кафедра кожных и венерических болезней (зав.—проф. Г. Э. Шинский) Ижевского медицинского института и республиканский кожно-венерологический диспансер (главрач — В. А. Мерзляков)

Реферат. Приводятся отдаленные результаты комплексного лечения антибиотиками и местной терапией 131 больного онихомикозом. Эти наблюдения свидетельствуют об удовлетворительных результатах терапии онихомикозов. Излечение достигнуто при локализации заболевания на руках в 96,2—100%, на ногах — в 74,2—81,5%.

Ключевые слова: онихомикоз, гризеофульвин, нистатин.

Несмотря на широкое применение антибиотиков противогрибкового действия (гризеофульвина, нистатина), лечение микозов ногтей до сих пор остается довольно трудной задачей в практике дерматомиколога. В какой-то степени это объясняется тем, что в последнее время наиболее частым возбудителем микоза ногтей является трихофитон рубрум, более устойчивый к терапии. Кроме того, нет препаратов, которые бы проникали в ногтевую пластинку, не разрушая ее и действовали бы фунгицидно. При всех методиках лечения необходимы удаление ногтевых пластинок, тща-

тельная терапия ногтевого ложа и всех очагов на коже. Это требует большого терпения и настойчивости как от персонала, так и от самого больного.

Нами преимущественно в стационарных условиях проведено лечение грибковых поражений ногтей у 131 больного (у 43 мужчин и 88 женщин). В возрасте до 20 лет было 6 человек, 20—29 лет — 42, 30—39 лет — 34, 40—49 лет — 28, 50—59 лет — 8, старше 60 лет — 13 больных.

Клинически 119 больным был поставлен диагноз — рубромикоза, 8 — эпидермофитии, 4 — кандидамикоза. Культурально диагноз был подтвержден у 114 больных. У 107 выросла культура трихофитона рубрум, у 3 — кандиды, у 4 — межпальцевый трихофитон.

У 97 больных рубромикозом выявлено поражение гладкой кожи и ногтей, причем у 3 из них — кожи ягодиц, паховых складок, ладоней и подошв. У остальных 34 человек была поражена кожа подошв и межпальцевых складок, у 10 из них — кожа ладоней. По гипертрофическому типу заболевание протекало у 115 человек, нормотрофическому — у 10, атрофическому — у 6. Инфекция была обнаружена на всех 20 ногтевых пластинках у 9 человек, на 11—15 — у 19, на 5—10 — у 82, на 1—5 — у 21 больного.

Сопутствующая патология отмечена у 25 больных: у 8 — гастрит, у 5 — гепатохолестит, у 2 — гипертоническая болезнь, у 2 — фарингит, у 2 — язвенная болезнь, у 1 — сахарный диабет, у 1 — ожирение, у 1 — узловатый зоб, у 3 — вегетоневроз.

Лечение ониомикозов проводилось комплексное. 108 больных руброфитией получали гризеофульвин, при массе тела до 50 кг — 5 таблеток (0,125 г), при массе тела больше 50 кг — по 2 таблетки 3—4 раза в день. Гризеофульвин в условиях стационара принимали 85 человек в течение 1 мес, 20 больных — свыше 1 мес. После выписки из стационара они продолжали получать гризеофульвин в той же дозе 1 мес через день, следующий мес — через два дня и в дальнейшем — 2 раза в нед в течение 2 мес. Побочные явления от приема гризеофульвина наблюдались у 6 человек, у 3 развилась лейкопения. Был назначен витамин В₁₂ с фолиевой кислотой, количество лейкоцитов в дальнейшем нормализовалось. У двух больных появились тошнота, понижение аппетита, боли в области печени. У одного из них в последующем возникла дискоидная красная волчанка. У этих двух больных гризеофульвин был отменен.

При заболевании кандидамикозом ногтей назначали нистатин по 4—5 млн. ед. в сут. Кроме того, общая терапия включала витамин А, комплекс витаминов В, аскорбиновую кислоту, новокаин или хлористый кальций, инъекции пирогенала, диатермию шейных и поясничных симпатических узлов, гимнастику.

У всех лечившихся были удалены ногтевые пластинки 20% уреопластырем. Большое внимание придавалось дальнейшему местному лечению ногтевого ложа, санации кожи подошв и всех очагов на коже. Местная терапия ногтевого ложа после удаления ногтевых пластинок проводилась по двум методикам.

75 больным после удаления ногтевых пластинок смазывали ногтевое ложе краской Кастелани, чередуя с настойкой йода и втиранием серно-салициловой и дегтярной мазей. Для отслойки рогового слоя один раз в неделю на 48 ч под компрессную бумагу накладывали мазь Ариевича. В стационаре больные находились 30—40 дней. Продолжительность всего лечения у 52 человек составила 6—7 мес, у 14 — 7—8 мес.

При проверке ближайших результатов у 5 больных (6,7%) наблюдались неудачи в лечении. У 3 больных руброфитией с поражением всех 20 ногтей на ногах два ногтя выросли больными, у 1 страдающей кандидамикозом из 10 пораженных ногтей не излечен полностью один, у 1 больного эпидермофитией один ноготь тоже вырос нездоровым. Все 5 больных после выписки из стационара к последующему лечению относились невнимательно. 3 прекратили прием гризеофульвина, местное лечение проводили неаккуратно. В дальнейшем у них повторно удаляли ногти и занимались тщательным лечением ногтевого ложа и всех очагов на коже с благоприятными ближайшими и отдаленными результатами.

Отдаленные исходы лечения прослежены у 70 больных в сроки от 4 до 10 лет. Остальные 5 человек не наблюдались по различным причинам. Полное излечение ногтей рук осуществлено у всех больных, ногтей ног — у 52 (74,3%) из 70 проследженных. У 18 человек возник рецидив (25,7%).

Рецидивы чаще наблюдались у пожилых с большим количеством пораженных ногтевых пластинок и давностью заболевания свыше 10 лет. Кроме того, они отмечены у тех больных, которые принимали гризеофульвин недостаточно (2—3 мес) и имели погрешности в местном лечении.

По второй методике после удаления ногтевых пластинок 20% уреопластырем поочередно двукратно по 48 ч на ногтевое ложе накладывали лечебные пластыри (бета-нафтоловый — 5%, трихлоруксусный — 10%, феноловый — 5%; йодный — 10%). Периодически при скоплении гиперкератотических наслоений применяли кератолитический 20% мочевиновый пластырь на 48 ч. При каждой смене пластырной массы удаляли размягчившиеся роговые части ногтя и гиперкератотические наслоения. Большое значение в процессе лечения имеет тщательное удаление корневой части ногтя, расположенной под краем заднего ногтевого валика. Лечение фунгицидными пластырями продолжали 4—5 нед и более. В дальнейшем больных переводили на амбулаторное лечение.

При амбулаторной терапии производили герметизацию ногтевого ложа, нанося на него и ногтевые валики лак (из 20% кристаллического йода, 5% карболовой кислоты, 15% салициловой, 6% бензойной, 10% уксусной, 10% дегтя, растворенных в коллодии) один раз в 5—7 дней до полного отрастания ногтевых пластинок. При появлении элементов грибка в соскобах с отрастающей ногтевой пластинки повторяли курс лечения кератолитическими и фунгицидными пластырями, не дожидаясь полного отрастания ногтевых пластинок.

По данной методике лечение получали 56 больных. При проверке ближайших результатов у 4 больных отмечены неудачи в лечении. Один из них с поражением 10 ногтей ног получал гризеофульвин один месяц в условиях стационара; после выписки лечение не продолжал. 3 больных (все старше 60 лет) лечились без гризеофульвина (по противопоказаниям); местное лечение прекратили после выписки из стационара.

Отдаленные исходы прослежены у 54 человек в течение 1—4 лет (кроме 2 больных). В продолжении одного года под наблюдением находились 6 больных, 2 лет — 20, 3 лет — 16, 4 лет — 12 человек. Полностью излечены ногти рук у 52 (96,3%), ногти ног — у 44 больных (81,5%). Рецидивы отмечены у 10 человек. У всех больных с рецидивом онихомикоза диагноз был подтвержден микроскопически и культурально. Все они в данное время получают терапию амбулаторно.

ВЫВОДЫ

1. При комплексном лечении онихомикозов гризеофульвином с тщательным удалением ногтевых пластинок и лечением кожных поражений ногтевого ложа можно достичь вполне удовлетворительных результатов.
2. Рецидивы наблюдаются чаще у лиц пожилого возраста с давностью заболевания свыше 10 лет и большим числом ногтевых пластинок, вовлеченных в процесс.

Поступила 25 февраля 1982 г.

ОБЗОР

УДК 616—056.52+616.8—009.836.12+616.124.3—008.46

ПИКВИКСКИЙ СИНДРОМ

В. И. Жуков

Кафедра пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета (зав.— проф. А. В. Виноградов) II Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова

Ожирение, как известно, нередко сочетается с атеросклерозом, гипертонической болезнью и характерной для них левосердечной недостаточностью. Меньше всего в нашем представлении ожирение ассоциируется с легочным сердцем и правосердечной недостаточностью.

В 1956 г. Бурвель описал больного со своеобразным синдромом, характеризующимся ожирением, сонливостью, вздрагиванием мышц, цианозом, прерывистым дыханием, вторичной полиглобулией, гипертрофией правого желудочка и недостаточностью правого сердца. Хотя в большинстве случаев публикации о синдроме появляются