

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ ПЕНИЦИЛЛИНОМ И БИЦИЛЛИНОМ НЕПРЕРЫВНЫМ МЕТОДОМ

*Т. В. Васильев, И. Н. Винокуров, Н. В. Рахманова, Л. В. Сазонова,
Л. М. Топоровский, М. А. Баженова, С. И. Берлин, И. П. Евдокимова,
А. Б. Нехамкин, М. И. Несис, А. И. Тунгускова*

*Отдел сифилидологии (зав. — проф. Т. В. Васильев) Центрального
научно-исследовательского кожно-венерологического института Министерства
здравоохранения СССР, клиническая городская кожно-венерологическая больница
им. В. Г. Короленко, Москва*

Мы изучили эффективность непрерывного лечения больных сифилисом пенициллином и бициллином на основании отдаленных результатов. Находившиеся под нашим наблюдением больные были разделены на 2 группы в зависимости от суммарной дозы антибиотиков. Больные 1-й гр. получали суммарные дозы пенициллина и бициллина-3 согласно схемам лечения сифилиса, утвержденным Минздравом СССР в 1962 г., больные 2-й группы — в несколько сниженной суммарной дозировке.

Больным 1-й гр. при первичном серонегативном сифилисе пенициллин и бициллин назначали из расчета 200 000 ЕД на 1 кг веса больного (суммарно 12—15 млн. ЕД), при первичном серопозитивном — 360 000 ЕД (суммарно 20—30 млн. ЕД), при вторичном свежем — 480 000 ЕД (суммарно 29—40 млн. ЕД), при вторичном рецидивном — 700 000 ЕД (суммарно 30—50 млн. ЕД).

После окончания пенициллинотерапии в дозе, соответствующей одному курсу пенициллина по схемам 1962 г., через 3 часа после последней его инъекции назначали бициллин-3 (по 1200000 ЕД через 4 дня) до получения общей суммарной дозы антибиотика.

Сроки исчезновения бледных трепонем и проявлений сифилиса на коже и слизистых были такими же, как и при обычном курсовом лечении пенициллином. Интенсивность и частота реакции обострения зависели от стадии болезни и были резче выражены при вторичном свежем сифилисе.

Стандартные серологические реакции у всех больных серонегативным сифилисом 1 и 2-й групп оставались стойко отрицательными при сроках наблюдения от 2 до 5 лет и более. Негативация серологических реакций у больных 1-й гр. быстрее наступала при ранних формах заболевания. При первичном серопозитивном сифилисе в сроки до 3 месяцев от начала лечения реакции стали отрицательными у 90% больных (у 1 из них с кардиолипидным антигеном — через 126 дней), у остальных — через 3—5 месяцев. При вторичном свежем сифилисе в течение 3 месяцев после начала лечения негативация серологических реакций отмечена у 81% больных, при вторичном рецидивном — у 60,7%, при скрытом серопозитивном — у 36%, у остальных она произошла на протяжении 3—5 и более месяцев от начала лечения. Исследование ликвора до лечения было произведено у 41% больных, в значительной степени патологическим он оказался у 11,2%, преимущественно при рецидивном сифилисе.

Всех больных после окончания лечения переводили на клинко-серологический контроль в диспансерах. Через год при подробном обследовании терапевтом, невропатологом, окулистом, отоларингологом каких-либо специфических проявлений со стороны внутренних органов не было обнаружено. Спустя 1—2 года ни у одного из обследованных больных не было выявлено изменений в ликворе.

Отдаленные результаты лечения у 3,9% больных 1-й группы прослежены в сроки до 2 лет, у 13,9% — от 2 до 3 лет, у 21,1% — от 3 до 4 лет, у 32,8% — от 4 до 5 лет и у 28,4% — свыше 5 лет.

Реакция иммобилизации бледных трепонем (РИТ), исследованная во время диспансерного наблюдения у 66 больных первичным и вторичным свежим сифилисом, оказалась у всех отрицательной. Из 37 больных вторичным рецидивным сифилисом она была положительной у 10 (с последующей негативацией в процессе наблюдения у 1 из них).

Во 2-й группе больные первичным серонегативным сифилисом составили 8,7%, первичным серопозитивным — 47,6%, вторичным свежим — 34%, вторичным рецидивным — 9,7%. Пенициллин и бициллин-3 при первичном серонегативном сифилисе назначали в суммарной дозе 10 млн. ЕД, при первичном серопозитивном — 15 млн. ЕД, при вторичном свежем — 20 млн. ЕД, при вторичном рецидивном — 25 млн. ЕД.

Негативация серологических реакций в течение 3 месяцев после начала лечения наступила у 92,7% больных первичным серопозитивным сифилисом, у 77,4% больных вторичным свежим сифилисом и у 64,6% больных вторичным рецидивным сифилисом; у остальных реакции стали отрицательными в сроки от 3 до 5 и более месяцев. Ликвор в этой группе до и после окончания лечения был исследован у 13,3% больных, патологический ликвор обнаружен у 1 больного.

Клинико-серологический контроль сроком до 2 лет был проведен у 12,7% больных, от 2 до 3 лет — у 13,9%, от 3 до 4 лет — у 24,2%, от 4 до 5 лет — у 34,1% и свыше 5 лет — у 15,1%.

Исследование РИТ в крови в период клинико-серологического наблюдения у 36 больных первичным и вторичным сифилисом дало отрицательные результаты; положительная РИТ была у 1 больной скрытым серопозитивным сифилисом.

Из общего числа больных 78% были под наблюдением 3—5 и более лет после лечения. Несколько замедленная негативация стандартных серореакций констатирована у 94 больных первичным серопозитивным и вторичным свежим сифилисом и у большинства больных рецидивным. Ввиду наличия у этих лиц сниженных титров реагинов и нормального ликвора специфическую терапию им не назначали. Временная задержка в негативации серологических реакций (относительная серорезистентность) в дальнейшем проходила, и отрицательные серореакции регистрировались в течение 4—6 лет последующего наблюдения.

Из общего числа больных 31 женщине проведено профилактическое лечение в период беременности. Родившиеся дети подверглись полному комплексному обследованию и оказались совершенно здоровыми, без признаков сифилиса.

За весь период клинико-серологического контроля наблюдалось 9 неудач в лечении: клинический рецидив у 1 больного первичным серопозитивным сифилисом, менинго-васкулярный сифилис и сероустойчивость у 1 больной, а также серорецидив у 2 и серорезистентность у 5 больных вторичным рецидивным сифилисом. Случаи сероустойчивости и серорецидивы отмечались у лиц в возрасте 21—47 лет.

Повторное заражение сифилисом — реинфекцию, подтвержденную анамнестически, клинически и лабораторно, мы констатировали у 7 больных, ранее болевших первичным (4), вторичным рецидивным (2) и скрытым серопозитивным (1) сифилисом.

Лечение по непрерывному методу больные переносили, как правило, хорошо, без каких-либо серьезных побочных явлений.

Обобщая полученные данные ближайших и отдаленных результатов лечения, следует указать, что метод непрерывной терапии антибиотиками больных сифилисом по схемам, утвержденным Минздравом СССР, имеет ряд преимуществ по сравнению с хронически перемежающимся методом, которые заключаются в укорочении сроков лечения и возможности более строгого контроля за больными в стационаре.

Поступила 6 июня 1972 г.