

За последние годы в связи с высокими темпами гражданского и промышленного строительства в городе введены в эксплуатацию новые системы водопроводов. Кроме того, на ряде промышленных предприятий имеются свои водопроводы для хозяйственно-питьевых и технологических нужд.

Все водоисточники мы обследовали 2—4 раза в году. Проанализировано 996 проб воды, в том числе 21 — из открытых водоемов, 921 — из подземных водоисточников, 5 — из ключей, 30 — из водоразборных колонок, 19 — из резервуаров. Установлено, что фтор содержится во всех пробах воды. Так, в пробах речной воды до и после обработки на водопроводной станции фтор обнаружен в концентрациях менее 0,5 мг/л (0,2—0,3 мг/л). Что касается подземных водоисточников, то в них содержание фтора было несколько выше, достигая в отдельных пробах 1,5 мг/л.

Полученные данные соответствуют выявленной многими исследователями закономерности о более высоком содержании фтора в воде подземных источников водоснабжения.

Хотя в воде 20% всех артезианских скважин концентрация фтора равна от 0,6 до 1,0 мг/л, т. е. оптимальная или близкая к ней, не следует забывать, что более двух третей населения города употребляет воду с низким содержанием фтора. В связи с этим проблема кариеза и его профилактика в Казани имеют очень важное значение. Так, Г. Д. Овруцкий и соавт. (1968) показали, что у детей Казани, употреблявших воду с содержанием фтора 0,1 и 0,2—0,3 мг/л, кариез был обнаружен соответственно в 93 и 65%, а у пользующихся водой, содержащей 0,5—0,6 мг/л фтора, — в 26%.

Гигиенические данные и результаты клинических исследований свидетельствуют о необходимости срочно решить вопрос фторирования воды городского водопровода Казани. Следует отметить, что соответствующие решения об организации фторирования воды городского водопровода уже приняты, разработан проект установки, определены исполнители работ. Строительство и ввод в эксплуатацию установки по фторированию водопроводной воды позволят решить проблему профилактики кариеза в крупном промышленном городе Поволжья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксюк А. Ф. и др. В кн.: Тез. докл. XVI Всесоюз. съезда гигиен. и сан. врачей. М., 1972.— 2. Габович Р. Д. Фторирование и обесфторивание воды. Медицина, М., 1968.— 3. Овруцкий Г. Д. Фтор и его значение в стоматологии и гигиене. Казань, 1968.

Поступила 21 января 1974 г.

УДК 614.256.6:616.348—002

ОБ ОПЫТЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕКСАФОРМОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЭНТЕРОКОЛИТОВ

*Проф. С. И. Ашбель, канд. мед. наук И. А. Богословская,
кандидаты биол. наук В. Г. Соколова и З. Г. Филюшина*

Клинический отдел Горьковского НИИ гигиены труда и профзаболеваний

У рабочих производств пенициллина и стрептомицина и у медицинских работников, имеющих производственный контакт с этими антибиотиками, нередко возникают профессиональные заболевания, в многообразной клинической картине которых первое место по частоте занимают хронические энтероколиты. В результате действия антибиотиков возникает дисбактериоз. Значительно уменьшается содержание облигатных микроорганизмов и активизируется условно патогенная флора: стафилококк, гемолитические формы кишечной палочки, протей, дрожжеподобные грибки рода кандида и др.

В последнее время для лечения заболеваний кишечника различной этиологии применяется югославский препарат мексаформ.

В состав таблеток мексаформа входят йодхлоргидроксихинолин — 0,2 г¹, фенантролинхинон — 0,02 г и оксифенония бромид — 0,002 г. Первые два ингредиента обладают антибактериальным и антипаразитарным действием, а последний — спазмолитическим.

Показанием к применению мексаформа являются дисбиозы кишечника, сопровождающиеся поносами или запорами.

¹ Прим. ред. В № 3 «Казанского медицинского журнала» за 1968 г. был опубликован подробный обзор о клиническом применении йодхлоргидроксихинолина.

Мы провели наблюдения за эффективностью мексаформа у 35 больных (5 мужчин и 30 женщин 31—53 лет) профессиональными хроническими энтероколитами, вызванными антибиотиками. Среди них было 19 медсестер и 13 работников производства пенициллина и стрептомицина. Только у 3 чел. энтероколит возник вследствие антибиотикотерапии.

Заболевание имело легкое или среднетяжелое течение, давность его колебалась от 2 до 7 и более лет.

Все находившиеся под наблюдением жаловались на боли в животе, нередко схваткообразного характера, урчание и обильное газообразование. У отдельных лиц при контакте с антибиотиками или приеме определенной пищи (например, клубники, молока) развивалось пароксизмальное вздутие живота. Часть больных жаловалась на боли и зуд в прямой кишке. 24 человека страдали поносами, 11 — запорами продолжительностью от 2 до 4 дней. Периодически у трети больных в кале отмечалась примесь крови. Больные нередко предъявляли жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, головные боли, ломоту в суставах, зуд кожных покровов. У $\frac{1}{3}$ обследованных имелся субфебрилитет. Объективно более чем у половины больных констатировано вздутие живота и разлитая болезненность при пальпации кишечника или в области нисходящего отдела толстой кишки и сигмы.

При проведенной 28 больным ректороманоскопии выявлен проктосигмоидит: катаральный — у 21, катарально-геморрагический — у 4, эрозивный — у 3.

В копрограмме у всех пациентов были найдены патологические изменения: повышенное содержание в кале жирных кислот, мыл, иногда и мышечных волокон, а также в различных количествах внутри- и внеклеточно расположенный крахмал. Кроме того, у всех обследованных в кале обнаруживались лейкоциты (в том числе эозинофилы), эритроциты, а у части больных — клетки кишечного эпителия. Клеточные элементы встречались в отдельных полях зрения препарата и скоплениями в тяжах слизи. У 22 больных в нативных препаратах кала выявлены дрожжеподобные грибки. При посеве этого биосубстрата на среду Сабуро у 15 чел. рост грибов был очень обильным (от 3000 колоний в 1 г кала до не поддающихся подсчету) и у 7 — от 1160 до 2000 (при норме не более 1000 колоний в 1 г).

У всех больных микрофлора кала до и после лечения мексаформом была достаточной и высокочувствительной к этому препарату.

Мексаформ мы назначали по 1 таблетке 3 раза в день. Курс лечения продолжался 7—12 дней. 15 больных с явлениями кандидоза кишечника получали мексаформ в сочетании с антикандидозным препаратом леворином.

Терапевтический эффект считался хорошим, если наряду с улучшением общего состояния больные не предъявляли жалоб, у них исчезали болезненность кишечника и метеоризм, нормализовался стул; удовлетворительным — если наряду с уменьшением числа жалоб и снижением болезненности при пальпации кишечника поносы или запоры у больных только уменьшались.

Лучший эффект от мексаформа отмечался у 12 больных, страдавших поносами: нормализация стула была достигнута у 4; улучшение (стул стал более оформленным и уменьшилась частота дефекаций) — у 3. У 1 больной эффект отсутствовал и у 4 лечение было прервано. Из 8 больных, страдавших запорами, стул нормализовался только у 1, улучшение наступило у 4; у 2 эффект отсутствовал и у 1 курс лечения был прерван.

В группе больных, леченных мексаформом в сочетании с леворином, у 7 прекратились поносы и у 1 — запоры. У 3 больных с поносами и у 2 с запорами наряду с улучшением общего самочувствия стали менее выраженными патологические явления. Улучшение при лечении мексаформом наблюдалось, как правило, со 2—4-го дня.

Наиболее благоприятно сказалось действие мексаформа на кандиды в сочетании его с леворином рег ос. Ни у одного из 11 больных, которые имели обильную грибковую флору до лечения (у 8 — «счет невозможен», а у остальных — от 3 до 6 тыс.), после курса лечения дрожжеподобные грибки из кала не высевались.

У 6 больных пришлось прервать курс лечения мексаформом спустя 2—4 дня в связи с побочными явлениями: у 1 больной возникли тошнота и головокружение, у остальных 5 усилились боли в животе и метеоризм, появился зуд кожных покровов. Из числа этих больных у одной, кроме того, появилось головокружение, тахикардия, эозинофилия в крови, а у другого — явления вазомоторного ринита и обострение астмоидного бронхита. У 5 из этих больных выявлена повышенная чувствительность к препаратам йода.

ВЫВОДЫ

1. Мексаформ является эффективным препаратом при лечении больных хроническим энтероколитом, вызванным воздействием антибиотиков. Особенно благоприятные результаты достигаются у больных с поносами.

2. Мексаформ подавляет активность дрожжеподобных грибов рода кандиды. Это действие наиболее выражено при одновременном применении его с антикандидозным препаратом леворином.

Поступила 17 октября 1973 г.