

Обычно больные выписываются из клиники в среднем по истечении 12—14 дней — при первичном заживлении раны и 26—28 дней — при вторичном заживлении.

Из 208 оперированных первичный глухой шов применен у 172 (82,7%).

Непосредственные результаты операций с первичным швом: первичное заживление наступило у 92 (53,4%), выписаны с гранулирующей раной 75 больных, у 5 остался свищ.

Непосредственные результаты операций у всех 208 больных: первичное заживление — у 92 (44,2%), выписаны с гранулирующей раной 103 (49,8%), свищ остался у 13 (6%) больных.

Отдаленные результаты лечения (сроки наблюдения — от 4 мес. до 10 лет) прослежены (А. А. Бунятян) у 80 человек. Полностью выздоровели 68, свищ не зажил или наступил его рецидив у 12.

Отдаленные результаты, проверенные нами, подтверждают точку зрения о необходимости максимального щажения наружного сфинктера при операции. Несмотря на бережное отношение к сфинктеру, 9 наших больных при проверке отдаленных результатов отметили, что после операции они стали слабее удерживать газы, чем прежде, а у одного оперированного по поводу множественных свищей туберкулезной природы, где во время операции пришлось рассечь большую часть волокон сфинктера в одном направлении, отмечалось недержание газов и изредка — жидкого кала.

На основании клинических наблюдений и анализа результатов лечения нами разработаны следующие показания к применению того или иного метода оперативного лечения при свищах прямой кишки и анальной области:

а) рассечение свища в просвет кишки или иссечение свища с наложением швов на слизистую целесообразно при полных интрасфинктерных свищах;

б) иссечение свища с первичным швом целесообразно при неполных наружных свищах;

в) иссечение свища с тампонадой раны мышечным лоскутом на ножке с низведением или боковым смещением слизистой применять при сложных, ветвистых, полных и неполных наружных свищах с экстрасфинктерным и трансфинктерным ходом;

г) иссечение свищевого хода и внутреннего отверстия с последующим боковым смещением слизистой целесообразно при всех видах полных свищей, когда внутреннее отверстие расположено высоко и низвести слизистую не представляется возможным;

д) частичное низведение слизистой с одновременным иссечением свищевого хода и глухим швом применять при всех видах полных свищей, особенно трансфинктерных и экстрасфинктерных, если внутреннее отверстие находится не выше 3 см от кожно-анальной линии, что и наблюдается в подавляющем большинстве случаев.

На основании клинических наблюдений и анализа отдаленных результатов лечения мы полагаем, что при иссечении свищей в случае необходимости допустимо рассекать только подкожные волокна наружного сфинктера с одновременным его ушиванием. При расположении же свища в толще наружного сфинктера данный участок выскабливается острой ложечкой с последующим первичным швом. Успех операции во многом зависит от правильного выбора наиболее рационального способа оперативного вмешательства с учетом вида и характера свища.

Поступила 2 января 1962 г.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОСЛЕДИЗЕНТЕРИЙНОГО КОЛИТА ПРЕПАРАТОМ «РЕГЕНЕРАТОР» И СУХИМ КОЛИБАКТЕРИНОМ

Доктор мед. наук А. В. Бурмакин (Москва)

Хорошо известно, что хроническая дизентерия, особенно ее рецидивирующая форма, нередко оставляет после себя стойкую дисфункцию кишечника, терминологическое определение которой весьма разнообразно. Более предпочтительно наименование «последизентерийный хронический колит», которое точнее определяет симптомокомплекс постдизентерийной дисфункции кишечника. Последняя проявляется главным образом в неустойчивом стуле, чаще из-за непереносимости значительного ассортимента пищевых продуктов; понос обычно сменяется запором, нередко упорного характера и затяжного течения. Кроме того, есть постоянная склонность к вздутию живота, боли и тяжесть в животе особенно усиливаются после еды. Появляются неприятный вкус во рту и плохой аппетит. Больные подолгу соблюдают ограничительную диету, лишая себя полноценного питания, но без видимого эффекта.

Известно, что этот дизентерийный след («хвост») может тянуться месяцами, даже годами и плохо поддается лечению.

Объективно у подавляющего числа больных хроническим последизентерийным колитом отмечались вздутие живота, болезненность по ходу толстого кишечника, особенно в левой подвздошной области, где ясно определялись спастическое состояние и бо-

лезненность сигмовидной кишки и нередко заметное ее уплотнение. Язык у большинства больных бывает обложен. Почти всегда отмечались элементы депрессии, порожденной в основном неверием в свое выздоровление.

Лабораторные исследования, в частности многократные посевы кала на дизентерийную палочку, как правило, дают отрицательный результат. Копроцитограмма может давать положительные показатели только в период обострения колита. При ректороманоскопии слизистая толстой кишки обычно представляется нормальной либо выявляется патологическая картина, свойственная хроническому воспалительному процессу, но без эрозий и язв.

Механизм этих болезненных явлений заключается в спастико-атоническом состоянии кишечника: в нижних отрезках толстого кишечника (особенно в сигмовидной кишке) имеется спазм, а в верхних отделах толстого кишечника и в тонких кишках атония ведет к вздутию живота.

Патогенез хронического последизентерийного колита весьма сложен. Прежде всего, в основе его лежат дистрофические поражения нервной системы кишечника и брюшных ганглиев (дизентерийные «ганглиониты» — К. Г. Капетанаки, 1950; Т. А. Левитов, 1955). Лечебные мероприятия, необходимые при этом, достаточно полно уже изложены в наших работах (1960, 1961, 1962). Здесь к ним подробно возвращаться не будем; отметим, что наиболее эффективна для восстановления функции нервной системы кишечника при последизентерийном колите биостимулирующая терапия в самом широком понимании ее значения. Среди биостимулирующих средств наилучшие результаты в нашей практике получены от подкожного введения биостимулятора, известного под условным названием «Регенератор» (Институт микробиологии и эпидемиологии им. Н. Ф. Гамалея, Москва). Таким образом, лечебные мероприятия направлялись для стимуляции восстановительного процесса в кишечнике, то есть по отношению к больному.

Наша долготелетняя практика показала, что стимулирующее воздействие на макроорганизм хотя и весьма благотворно и, безусловно, необходимо, но далеко еще не достаточно и неполно, так как в формировании хронического последизентерийного колита не меньшее место занимает патологическое изменение нормальной микрофлоры кишечника (особенно после хронической дизентерии), приводящее к кишечному дисбактериозу (Л. Г. Перетц, 1955, 1956). Поэтому в равной степени и одновременно необходимы лечебные воздействия, направленные против патологии микроорганизмов кишечника, то есть кишечного дисбактериоза.

Суть кишечного дисбактериоза заключается в отмирании нормальной кишечной микрофлоры при одновременном развитии нетипичных для кишечника микробов, которые сами по себе могут быть патогенными и еще более усиливать дисфункцию кишечника.

При этом нарушается выработанная в процессе эволюции нормальная физиологическая функция обычной микрофлоры кишечника, имеющая положительное значение для организма. Нарушаются, в частности, защитные (антагонистические), ферментативные, витаминообразующие, иммунизирующие и некоторые другие свойства микробов нормальной микрофлоры кишечника.

Последизентерийный кишечный дисбактериоз, вызывающий колит, характеризуется не только общим уменьшением количества микробов нормальной кишечной микрофлоры (а иногда и полным исчезновением типичных микробов), но и снижением ферментативной активности кишечных палочек, появлением токсических, гемолитических и образующих гиалуронидазу штаммов, развитием гнилостных микробов, появлением гноеродных кокков и др.

Широко применяемое лечение антибиотиками в таких случаях не только не помогает налаживанию функции кишечника, а, наоборот, ведет к еще большему ухудшению, способствуя формированию наиболее тяжелых форм дисбактериоза за счет перегрузки антибиотиками, которые сами по себе могут быть непосредственной причиной кишечного дисбактериоза.

Упорно не поддающаяся лечению кишечная дисфункция в повседневной практике часто приводит к бессистемному «перебиранию» одного антибиотика за другим, в результате — непомерная перегрузка организма антибиотиками, появление побочных действий и опять-таки угроза дисбактериоза.

Такова наиболее частая причина своего рода порочного круга, образующегося при лечении последизентерийного колита антибиотиками и формировании при этом кишечного дисбактериоза.

Поскольку основное значение в формировании хронического последизентерийного колита имеет дисбактериоз кишечника, давно уже родилась мысль о лечении хронической дисфункции кишечника, остающейся после дизентерии и других кишечных заболеваний, введением бактериальных препаратов из живых микробов — полноценных представителей нормальной кишечной микрофлоры для их приживления в кишечнике, то есть бактериотерапия.

Как известно, идея использования живых микробов для профилактики и лечения кишечных заболеваний принадлежит И. И. Мечникову, предложившему лактобациллин — простоквашу с живой культурой молочнокислой палочки. Позже появилась ацидофильная простокваша (молоко), приготавливаемая с применением культуры ацидофильной палочки, способной к приживлению в кишечнике.

Дальнейшим этапом развития идеи И. И. Мечникова явилось использование для профилактики и терапии кишечных заболеваний основных, постоянных видов микробов нормальной микрофлоры кишечника — кишечных палочек, энтерококков, дифидобактерий, аэрогенес-бактерий и др.

Наиболее распространены бактериопрепараты с культурами живых кишечных палочек.

Первые предложения по использованию кишечных палочек для терапии кишечных заболеваний сделаны еще во времена И. И. Мечникова Брудзинским (1889), а также Моро (1906). Позже А. Ниссле (1916) предложил для терапии кишечных заболеваний, связанных с дисбактериозом кишечника, препарат «мутафлор», содержащий живую культуру антагонистически полноценных кишечных палочек. Вслед за этим в Германии опубликовано значительное количество работ о большой эффективности мутафлора в терапии различных кишечных заболеваний. Тем не менее, ни мутафлор Ниссле, ни аналогичные ему колипрепараты, несмотря на свою эффективность, не получили достаточно широкого распространения в капиталистических странах, так как были запатентованы и засекречены авторами и торговыми фирмами и стоили очень дорого.

В Советском Союзе одним из первых поднял вопрос о кишечном дисбактериозе, о кишечных заболеваниях, связанных с ним, и их лечении бактериопрепаратами проф. Л. Г. Перетц (1891—1961). Вначале (1930) им был предложен препарат из живой антагонистически полноценной культуры кишечной палочки штамма М-17, выращенный на молоке и получивший название «колипростокваша», позже переименованный в «молочный» колибактерин.

В дальнейшем, кроме «молочного» колибактерина, аналогичные препараты с культурами живых кишечных палочек были приготовлены на других питательных средах, в соответствии с чем получали названия — «солодового», «квасного», «мучного», «рисового», «картофельного» и других колибактеринов (Л. Г. Перетц и его школа).

Суть колитерапии, как и других аналогичных приемов бактериотерапии, заключается в поселении и стойком приживлении в кишечнике полноценной во всех отношениях кишечной палочки для предотвращения или лечения кишечного дисбактериоза, являющегося часто непосредственной причиной кишечных расстройств или поддерживающего другие кишечные заболевания, в частности хронический последизентерийный колит.

Однако колибактерины на жидких средах, как, например, молочный колибактерин (колипростокваша), при массовом производстве всегда имели значительные неудобства и затруднения при хранении и транспортировке.

В последнее время, взамен жидкого, громоздкого, скоропортящегося колипрепарата, разработан способ приготовления удобного для хранения и применения «сухого» колибактерина (Л. Г. Перетц, 1955, 1956).

Как и для жидких колибактеринов, для приготовления сухого колибактерина был применен штамм *V. coli* М-17, характеризующийся весьма стойкими антагонистическими и другими положительными свойствами, определяющими выбор микроба.

Технологически сухой колибактерин представляет собой препарат, получаемый путем вакуумной сушки микробной взвеси кишечной палочки М-17, предварительно подвергнутой замораживанию (Л. Г. Перетц, 1955).

Приготовленные в виде сухой массы, запаянной в ампулы для предохранения от внешних воздействий, кишечные палочки сохраняют жизнеспособность в течение многих месяцев, не теряя своих антагонистических, витаминообразующих, ферментативных и других полезных свойств. В частности, кишечная палочка М-17 и в сухом состоянии сохраняет способность синтезировать витамины В₁, В₂, В₆, В₁₂, биотин, пантотеновую, фолиевую, никотиновую кислоты и витамин К.

По официальному наставлению (1960), сухой колибактерин применяется для уничтожения патогенных возбудителей в пищеварительном тракте и для нормализации кишечной микрофлоры при дисбактериозе. Как уже указывалось, кишечный дисбактериоз может возникать при различных кишечных заболеваниях, особенно при хронической дизентерии (последизентерийный колит), при некоторых общих заболеваниях, а также в результате длительной и бессистемной антибиотической терапии и др.

Применяется колибактерин в водном растворе или служит закваской для молочного колибактерина.

Мы применяли только водный раствор¹. Содержимое одной ампулы, соответствующее суточной дозе для взрослых, разводится примерно в 50 мл кипяченой воды комнатной температуры и принимается внутрь натошак в два приема утром и в обеденные часы. Длительность применения сухого колибактерина зависит от клинических показаний и фактически не ограничена временем. Мы назначали препарат на протяжении всей болезни и некоторое время после прекращения поноса для закрепления результата.

¹ Применяемый нами сухой колибактерин относился к первым опытным сериям этого препарата, любезно предоставленного нам для апробации лично самим Л. Г. Перетц.

В комплексе с колибактерином проводилось подкожное введение «Регенератора» по 2 мл через день (всего 20 инъекций). В дни, свободные от введения «Регенератора», производились подкожные инъекции 5% раствора витамина В₁ — по 1 мл, всего 10 инъекций (в начале лечения).

Таким образом, полный курс комплексного лечения последизентерийного колита в среднем занимал около 1,5 месяца. При надобности он повторялся по той же схеме спустя 1—2 месяца или позже.

Ни одно из предлагаемых лечебных средств не дает побочных явлений, что позволяет проводить лечение не только в стационаре, но и амбулаторно, в кишечных кабинетах поликлиник.

Уже первый опыт комплексного применения «Регенератора» и колибактерина вполне позволяет сделать весьма положительное заключение об их эффективности для полной ликвидации дисфункции кишечника, вызванной хроническим последизентерийным колитом.

Комплексное лечение («Регенератор» + колибактерин) гораздо эффективнее, чем изолированное применение только одного из этих средств.

За исключением единичных случаев, предлагаемое лечение безотказно давало положительный результат. Повторение курса через 1—1,5 месяца и в этих «упорных» случаях в конце концов вполне обеспечивало положительный лечебный эффект.

В процессе лечения и после него у большинства больных купировались наиболее тягостные субъективные ощущения, свойственные хроническому последизентерийному колиту. Повышался общий тонус, заметно увеличивалась работоспособность.

В большинстве случаев тонус сигмовидной кишки постепенно разрешался, она становилась более мягкой и менее болезненной. Болезненность вышележащих отделов толстого кишечника тоже уменьшалась или прекращалась. Многие больные отмечали, что перестали «чувствовать» свой живот.

Эти благоприятные сдвиги обычно намечались уже с середины курса лечения, и далее наступало улучшение, граничащее с полным выздоровлением.

Катамнестические данные при диспансерном методе наблюдения позволили убедиться в устойчивости улучшения или выздоровления на протяжении 1—1,5 года. Большинство больных было снято с активного наблюдения в кишечных кабинетах.

Таким образом, первый опыт комбинированного лечения хронического последизентерийного колита «Регенератором» в сочетании с колибактерином дал вполне благоприятные результаты. Полученные данные позволяют рекомендовать этот метод для широкого применения, так как более надежного средства нет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурмакин А. В. Здравоохранение Туркменистана, 1960, 6; Важнейшие инфекционные заболевания и борьба с ними, Ташкент, 1961; Сб., посвящ. памяти академика Н. Ф. Гамалея. Институт им. Гамалея, М., 1962. — 2. Капетанакис К. Г. О морфологических изменениях в нервной системе и их локализации при бациллярной дизентерии. Канд. дисс., Л., 1950. — 3. Левитов Т. А. Патологические изменения нервной системы в течении дизентерийной интоксикации (экспериментально-морфологическое исследование). Канд. дисс., Л., 1955. — 4. Наставление по применению колибактерина. Горьковский научно-исследовательский институт эпидемиологии и гигиены. 1960. — 5. Наставление по применению колибактерина. Свердловский научно-исследовательский институт по профилактике полиомиелита, 1960. — 6. Перетц Л. Г. Значение нормальной микрофлоры для организма человека, М., 1955; Сов. врач. газ., 1932, 14; 1935, 5; ЖМЭИ, 1943, 5; Тез. докл. XIII Всесоюз. съезда гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов, Л., 1956; Сб. «Санитарная служба в дни Отечественной войны», 1945, 5; В кн.: Вопр. профилактики и лечения дизентерии, изд. АМН СССР, М., 1952. — 7. Перетц Л. Г., Бланков Б. И., Троп И. Е. ЖМЭИ, 1945, 6. — 8. Тез. докл. Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии, М., 1962.

Поступила 2 июля 1962 г.

ЛЕЧЕНИЕ БРЮШНОГО ТИФА АНТИБИОТИКАМИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ МЕТОДОМ

Доц. В. Г. Дубовский

Кафедра инфекционных болезней (зав. — доц. В. Г. Дубовский)
Волгоградского медицинского института

Мы с 1957 г. применяем дифференцированный метод лечения больных брюшным тифом антибиотиками, который имеет некоторые преимущества перед другими методами (Педиатрия, 1958, 5). На результаты лечения этим методом взрослых и детей больных брюшным тифом, мы и хотели бы обратить внимание читателей.