

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 кондов 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.

За 1957—1959 гг. в нашей клинике лечились 510 человек, из них больных брюшным тифом 470 и паратифами А и Б — 40. Клинический диагноз подтвержден бактериологически у 290 (56,9%) больных; а у остальных диагноз установлен клинически и серологически. Детей до 14 лет было 203 (39,8%) и взрослых — 307 (60,2%). Легкие формы болезни отмечены у 16,5%, среднетяжелые — у 65,1% и тяжелые у 18,4%.

Дифференцированный метод лечения проводился по индивидуальным показаниям всем больным, поступающим с тифо-паратифозными заболеваниями, а не выборочно и состоял в следующем:

1. В период инцидальной волны назначался первый курс синтомицина по 0,5 г 6 раз в сутки (для взрослых) до дня снижения температуры до нормы, а затем в половинной дозе еще 2 дня. Маленьким детям и больным в тяжелом состоянии мы стремились назначить (вместо синтомицина) левомицетин в общепринятой дозировке. Кроме антибиотиков, применялась также диетовитаминотерапия. При тяжелых формах болезни, а также в случаях, где антибиотические препараты не были эффективны, как правило, с успехом назначалась еще нативная плазма крови по 60—120 мл внутримышечно или трансфузия цитратной крови по 100—150 мл, а детям противокоревая сыворотка по 60—120 мл внутримышечно и др.

Температура снижалась до нормы на 3—6 день лечения у 64,1%, на 7—9 — у 26,3% и позже 9 — у 9,6%. В этот период на первый курс лечения до наступления терапевтического эффекта требовалось в среднем детям до 14 лет синтомицина 9,4; левомицетина 7,2; взрослым соответственно — 17,0 и 10,6.

2. Второй курс лечения антибиотическими препаратами назначался в период апирексии при возникновении клинических симптомов, характерных для начала развития рецидива болезни, для чего в период реконвалесценции за больным устанавливалось очень тщательное наблюдение, чтобы не пропустить появления клинических симптомов — предвестников развития рецидива, которые обычно возникают за 1—2 дня до его начала.

Клинические предвестники рецидива болезни отмечены из 510 у 288 больных в следующие сроки реконвалесценции: на 4—5 день — у 10,1%, 6—7 — у 13,9%, 8—9 — у 12,5%, 10—12 — у 25,3%, 13—18 — у 30,9% и на 18—32 — у 7,3%. Больные выписывались из клиники, как правило, не раньше 22 дня нормальной температуры. С целью обнаружения рецидивов болезни в поздние сроки реконвалесценции за больными проводилось диспансерное наблюдение на дому участковыми врачами и выборочно — сотрудниками кафедры.

Предвестниками развития рецидива болезни являлись различные клинические симптомы, как, например, тахикардия, субфебрильная температура, запоры и другие проявления, а также учитывались и факторы охлаждения, самовольное раннее вставание с постели, переедание, дуоденальное зондирование, выделение бактериологически копро- и уринокультуры тифо-паратифозной инфекции и т. д.

Частота различных клинических предвестников — симптомов развития рецидивов болезни в наблюдаемой группе 288 больных представлена в следующей таблице:

| Предвестники — симптомы рецидива | Частота | |
|--|------------|------|
| | количество | % |
| Учащение пульса | 201 | 69,8 |
| Субфебрильная температура | 149 | 51,7 |
| Медленное сокращение печени | 106 | 36,8 |
| Бледность кожных покровов | 83 | 28,8 |
| Метеоризм | 85 | 29,5 |
| Медленное сокращение селезенки | 47 | 16,3 |
| Обложенный язык | 46 | 16,0 |
| Усиление перистальтики кишечника | 42 | 14,6 |
| Замедление перистальтики | 27 | 9,4 |
| Общая слабость, головные боли | 22 | 8,6 |
| Гиперемия зева | 16 | 5,5 |
| Появление розеол | 12 | 4,2 |
| Сопутствующие заболевания | 4 | 1,4 |
| Понижение аппетита и др. | 6 | 2,1 |

При появлении 2—3 или большего числа указанных симптомов — предвестников рецидива болезни или наличии факторов, способствующих развитию рецидива, больному сразу назначался второй курс лечения антибиотиками на 4 дня в количестве $\frac{2}{3}$ суточной дозы, применявшейся в период начальной волны болезни. Такое рациональное применение антибиотиков в скрытый очень ранний срок заболевания, когда рецидив болезни только начинает развиваться, обычно предотвращало его развитие.

Из 288 больных, у которых обнаружены клинические признаки угрозы рецидива и был проведен второй курс лечения антибиотиками в течение 4 суток, спустя некоторое время — у 89 больных во второй раз и у 32 в третий раз появлялись предвест-

ники рецидива. Этим больным во второй и третий раз были проведены противорецидивные курсы антибиотикотерапии.

На второй курс лечения доза антибиотиков — 8,0 синтомицина или 6,0 левомицетина (для взрослых), по-видимому, была вполне достаточной для предупреждения рецидива болезни. Об этом свидетельствует тот факт, что из 288 больных, получавших противорецидивное лечение, развитие рецидива не было предотвращено лишь у 3 больных (1,0%). Причем, как было выяснено, 2 больных получили антибиотики в неполной дозе, что и не предотвратило развитие рецидива, а после правильного полного курса, в течение 4 суток, противорецидивного лечения рецидив возник только у одного (0,3%).

Среди остальных 222 больных, у которых предвестники рецидива не были обнаружены и поэтому второго курса лечения антибиотиками не применялось, рецидивы болезни возникли у 38. При тщательном изучении историй болезни и обследовании больных, у которых возникали рецидивы, оказалось, что в период реконвалесценции предвестники рецидива имелись, но были слабо выражены, а поэтому просматривались. У этих больных часто рецидивы протекали очень легко при субфебрильной температуре, в таких случаях только с помощью гемокультуры удавалось установить диагноз рецидива брюшного тифа.

Таким образом, из 510 больных тифо-паратифозными заболеваниями, которым применялась антибиотикотерапия дифференцированно в сочетании с другими методами лечения, рецидивы болезни возникли всего у 41 (8,0%) больного. Рецидивы болезни возникали в те же сроки, что и предвестники рецидива: на 4—10 день реконвалесценции — у 8 человек, на 11—14 — у 13, на 15—19 — у 12 и на 20—32 — у 8.

При указанном индивидуальном методе лечения терапевтическая суммарная доза антибиотиков (из расчета синтомицина) колебалась от 18,0 до 32,0, а в среднем на каждого больного общая доза составляла 24,6 на все курсы лечения.

В дальнейшем при более точном изучении предвестников развития рецидивов мы добились еще большего снижения рецидивов болезни. Так, за 1960 г. из 181 больного тифо-паратифозными заболеваниями рецидивы были отмечены уже только у 12 (6,6%).

В итоге лечения больных тифо-паратифозными заболеваниями антибиотиками дифференцированным методом нам удалось сократить сроки лечения больных, добиться высокого лечебного эффекта при малых дозах антибиотиков.

Малые дозы антибиотиков позволили резко сократить количество токсико-аллергических явлений. Аллергические реакции и токсические явления со стороны желудочно-кишечного тракта и нервной системы отмечались в 1957—1959 гг. у 7,2% больных, а в 1960 г. — у 3,6% и протекали очень легко. Количество рецидивов сократилось в 2—3 раза, что имеет большое профилактическое значение, так как рецидивы болезни представляют эпидемиологическую опасность в связи с бактерионосительством. Все (691 больной), лечившиеся в клинике в 1957—1960 гг., выздоровели.

Поступила 30 мая 1961 г.

ДИНАМИКА БЕЛКОВЫХ ФРАКЦИЙ, ЛИПО- И ГЛЮКОПРОТЕИДОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА¹

Асп. А. Б. Остроумов

Кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав. — проф. Н. П. Медведев)
Казанского медицинского института

Мы поставили своей целью выявление закономерностей динамики белковых фракций, липо- и глюкопротеидов при различных формах острого аппендицита, начиная с нерезко выраженных начальных форм, кончая тяжелыми осложнившимися инфильтратами, — перитонитами.

Общий белок сыворотки крови определяли рефрактометрически. Электрофорез проводился в камерах с горизонтальным расположением полос в течение 14 ч. 30 мин. Белковые фракции окрашивались бромфенолсиним с последующей элюцией 0,1 нормальным раствором NaOH и фотометрированием на универсальном колориметре фирмы Mensing ГДР. Липопротеиды окрашивали по измененной методике Свана суданом четвертым, глюкопротеиды — по методике Коив и Гренваль.

Исследования сыворотки производили до и непосредственно после операции, на 3, 5, 7 день после нее, а при длительном лечении в осложненных случаях в неделю

¹ Доложено на заседании общества хирургов ТАССР 26 апреля 1962 г.