

ОПЫТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПОСТИНФЕКЦИОННЫХ КОЛИТОВ

П. Д. Тарнопольская и В. И. Алиева

Клиника лечебного питания Института питания АМН СССР
(директор — член-корр. АМН СССР проф. О. П. Молчанова)

Мы наблюдали 50 больных в возрасте от 30 до 60 лет. Болели колитом после дизентерии — 26, после токсикоинфекций — 5, колитом смешанной этиологии — 14, алиментарной этиологии — 2 и неясной — 3 человека. У 28 были рецидивы, и у 22 отмечалось монотонное течение. Из сопутствующих заболеваний преобладали анацидный, нормоцидный и гиперацидный гастриты. У 29 диагностированы ангиохолестит и мезенхимальный гепатит.

Болели от 5 мес. до 1 г. — 2, от 1,5 до 5 лет — 13, от 6 до 10 лет — 9, от 11 до 20 лет и выше — 26.

Жалобы при поступлении: жидкий или кашицеобразный стул 2—3 и более раз в день, ложные позывы, боли в животе, болезненность при пальпации по ходу толстой кишки, вздутия живота. У всех была патологическая копрологическая картина.

Все больные находились на одном фоне питания — колитной общей диете; лица с резко выраженными воспалительными явлениями получали колитно-протертую диету.

Мы изучали как динамику морфологических изменений слизистой толстой кишки при ирригоскопии, так и моторику кишечника, давая барий внутрь (методика пассажа).

У больных, леченных пенициллином и стрептомицином (25), в конце лечения уменьшались боли в животе и болезненность при пальпации; симптомы перипроцесса во всех случаях исчезли. Положительный эффект отмечен и при осложнении колита мезентериитом и ангиохолеститом. В процессе лечения ни разу не было обострения воспалительного процесса.

При рентгенологическом исследовании у 19 уменьшались или исчезали воспалительные изменения (набухлость слизистой). У 6 это касалось илеоцекальной области. У двух оставалась небольшая набухлость слизистой сигмы и частично нисходящей части ободочной кишки. У 4 больных не наступило выраженного улучшения со стороны рельефа слизистой.

Пассаж нормализовался у 9, замедлился у 5, остался без изменения у 6 и ускорился по отношению к исходному состоянию у 5 больных. Можно заключить, что пенициллин со стрептомицином хорошо влияют на течение воспалительного процесса, по-видимому, вследствие противоотечного действия пенициллина. В несколько меньшей степени они оказывают влияние на моторику кишечника. Дискинезии толстой кишки, таким образом, остаются часто и при улучшении воспалительного процесса.

Пенициллин получали 5 больных (6—9—12 млн. ед. на курс). У них наблюдалось уменьшение болей и пальпаторной болезненности, обострения воспалительного процесса не отмечалось.

При рентгенологическом исследовании установлено уменьшение воспалительных изменений слизистой у 4 больных, у одного улучшения не наступило. У 2 больных при поступлении отмечена гипермоторная дискинезия, оставшаяся и после лечения.

Стрептомицин при даче его внутрь (от 6 до 9,0 на курс) не дал клинического эффекта ни в одном случае, рентгенологически не было

выявлено заметных сдвигов со стороны рельефа слизистой толстой кишки. Моторика кишечника после лечения осталась во всех случаях ускоренной, стул был частый, жидкий.

Под влиянием лечения левомецетином (15—25,0 на курс) почти всегда наблюдалось обострение воспалительного процесса, учащение и разжижение стула, увеличение метеоризма, усиление болей в животе и императивных позывов. Только у одного больного отмечено уменьшение болей.

Рентгенологическое исследование не выявило улучшения со стороны воспалительных изменений слизистой. Пассаж по толстой кишке нормализовался у двух больных, у остальных ускорился.

Под влиянием биомицина (6—8 млн. ед. на курс) наступало улучшение клинического течения болезни, но радикального излечения ни разу не наблюдалось. Оставалась также патологическая копрологическая картина.

Рентгенологически у половины отмечалось улучшение морфологической картины, у одного остались без перемен воспалительные изменения слизистой правого отдела толстой кишки. Моторная функция под влиянием биомицина нормализовалась у 2 из 4 больных, у остальных отмечена гипермоторная дискинезия (у одного при явлениях стаза в правом отделе).

Получали синтомицин трое больных (20—25,0 на курс), у них отмечалось уменьшение болей и пальпаторной болезненности, но частота и характер стула остались патологическими.

Рентгеноморфологическая картина мало изменилась под влиянием синтомицина; моторика у одного ускорилась, у другого немного замедлилась и у третьего осталась нормальной.

Итак, лучшие результаты получены при парэнтеральном применении пенициллина со стрептомицином.

Поступила 4 февраля 1960 г.

ЛЕЧЕНИЕ ДИЗЕНТЕРИИ ВЗРОСЛЫХ ФУРАЦИЛИНОМ

Канд. мед. наук А. Ф. Подлевский

Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. П. И. Стрелов)
Ленинградского ГИДУВа им. С. М. Кирова

Лечение фурацилином проведено у 85 женщин в возрасте от 16 до 64 лет (50 были в возрасте от 17 до 30 лет). У 79 больных была диагностирована острая дизентерия и у 6 — хроническая. При этом у 9 была глистная инвазия, у 2 — тямблиоз и у 4 другие заболевания желудочно-кишечного тракта.

Больные поступали в разные сроки от начала заболевания: 40 — в первые три дня болезни, 27 — на 4—6 день, 18 — позже.

У 61 больной была легкая форма болезни, и у 24 — средней тяжести. Явления интоксикации выражались в вялости, слабости, головной боли, подавленности и т. д. Температура у 24 больных в первые один-три дня пребывания в больнице была повышенной (37,1—39,2°), у остальных — нормальной. У значительного числа больных были тошнота и рвота. Частота стула не превышала 9—12 раз, причем у многих макроскопически отмечены примеси слизи и крови.

У 49 обнаружены дизентерийные микробы Флекснера, преимущественно серотипы «с» и «f», у 11 — Ньюкестль и у 3 — Зонне. Реакция агглютинации при динамическом исследовании была положительной у 27 больных.

При ректороманоскопии найден катаральный или катарально-эрозивный воспалительный процесс у 74.