

выраженный терапевтический эффект, судя по клиническим проявлениям, был получен у больных, леченных сульфидными ваннами в сочетании с иглорефлексотерапией.

В подгруппе с отдельными признаками болезни к периоду окончания лечения наблюдалась нормализация основных показателей гемодинамики: достоверное снижение скорости распространения пульсовой волны по сосудам мышечного и эластического типов, характеризующих тонус крупных магистральных сосудов: СРПВм — на 72,5 см/с, СРПВэ — на 53,2 см/с; удельно-периферическое сопротивление уменьшилось по сравнению с исходным на 11 усл. ед. К концу курса терапии отмечалась тенденция к увеличению реографического индекса, статистически достоверно снижался модуль упругости, а также диастолический и дикроти́ческий индексы по сравнению с исходными показателями (см. табл.).

Повторные курсы бальнео- и иглорефлексотерапии необходимо проводить ежегодно в течение 3—5 лет. Отдаленные результаты, прослеженные у большой группы больных, свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности указанных средств.

Предложенный комплекс можно рекомендовать для лечения больных вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации и для профилактики этого заболевания в условиях медико-санитарных частей, профпатологических отделений, санаториев-профилакториев и поликлиник, где имеются подобные сероводородные минеральные источники.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левин А. И., Артамонова В. Г. // В кн.: Лечение профессиональных заболеваний. — М., 1984. — 2. Лукьяненко А. Е., Абрамович Н. Н., Польков Д. П. // Рефлексотерапия вибрационной болезни. — Харьков, 1982.

Поступила 27.03.86.

УДК 616.995.121—02:616.34—008.87

МИКРОФЛОРА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ДИФИЛЛОБОТРИОЗЕ

Р. Я. Горфинкель, Л. В. Чернявская, В. И. Еремин, О. Е. Бабиченко,
Л. В. Иванова

*Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. Ю. М. Михайлова) Саратовского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института*

Дифиллоботриоз является широко распространенной инвазией человека, а в ряде эндемических местностей уровень заболеваемости им превышает 30% [1]. В клинике дифиллоботриоза преобладают симптомы поражения желудочно-кишечного тракта, существенное влияние на деятельность которого оказывает его микрофлора.

Мы изучали аэробную и анаэробную микрофлору в содержимом желудка и в кале больных дифиллоботриозом. Обследовано 118 человек. Дегельминтизацию проводили феносалом.

Исследование микрофлоры и контрольную копроовоскопию выполняли до лечения, через 1—2 и 6—12 мес после дегельминтизации. Определяли содержание ряда основных представителей облигатной и факультативной микрофлоры кишечника [4] и состав лактобацилл [3]. Для количественной оценки строгих неспоровых анаэробов и их идентификации применяли анаэробную доставку проб в транспортном флаконе и культивирование в анаэробной перчаточной камере [2].

Идентификацию грамотрицательных аспорогенных анаэробных палочек (ГААП), составляющих основную массу микробов в нормальной микрофлоре кала и играющих существенную роль в патологии, осуществляли по схемам [5, 9]. Использовали анаэродиски с антибиотиками производства ВНИИ антибиотиков. Ферментацию углеводов, образование индола, гидролиз эскулина определяли с помощью дисков [6] производства Горьковского НИИЭМ. Применяли также диски с бриллиантовым зеленым, желчью (производства ВНИИА), генцианвиолетом [7]. Учитывали образование микробами лецитиназы, липазы [9], каталазы [8].

При дифиллоботриозе отмечены значительные изменения в микрофлоре желудка. При исследовании содержимого желудка до начала лечения у 48% больных

был выявлен дисбактериоз. У единичных больных поражалась только анаэробная либо аэробная микрофлора. У четверти больных изменения касались как анаэробной, так и аэробной микрофлоры.

В подавляющем большинстве дисбактериозы характеризовались пролиферацией кокковой флоры. Количество различных видов кокков (аэробных и анаэробных, грамотрицательных и грамположительных, гемолизирующих и негемолизирующих) у всех больных с дисбактериозом находилось в пределах от сотен тысяч до десятков миллионов в 1 мл. В единичных случаях отмечена пролиферация грамотрицательных и грамположительных анаэробных палочек.

Через 1—2 мес после лечения частота дисбактериоза стала более высокой (86%), чем в предыдущий период, причем примерно у четверти больных была изменена как анаэробная, так и аэробная микрофлора, у трети — только аэробная и у единичных больных — только анаэробная микрофлора. Как и в предыдущем периоде, дисбактериоз в основном характеризовался преобладанием разнообразной кокковой флоры.

Через 6—12 мес после лечения наметилась тенденция к нормализации состава микрофлоры желудка, однако процент дисбактериоза (50%) оставался достаточно высоким. Характер дисбактериоза не претерпевал существенных изменений.

Значительные сдвиги наблюдались также в качественном и количественном составе микрофлоры кала. При поступлении (до начала лечения) дисбактериоз был выявлен у 87% больных. Примерно у четверти из них была изменена как анаэробная, так и аэробная микрофлора, у трети — только анаэробная, у другой трети — только аэробная микрофлора.

Нарушения в составе анаэробной микрофлоры в основном выражались в уменьшении содержания грамотрицательных неспоровых анаэробных палочек вплоть до их исчезновения (у 36,8%). Бифидобактерий не было у 16% больных.

Характер расстройств аэробной микрофлоры был более разнообразен. У трети больных отмечалось как уменьшение, так и увеличение содержания кишечных палочек, ферментирующих лактозу; в отдельных случаях появлялись кишечные палочки, гемолизирующие и замедленно ферментирующие лактозу.

Пролиферация грамположительных кокков имела место примерно у трети больных. У 16% пациентов содержание дрожжевых и дрожжеподобных грибов было резко увеличенным.

Через 1—2 мес после лечения число больных с дисбактериозом уменьшилось до 67%. Почти у всех больных в этом периоде изменения затрагивали как анаэробную, так и аэробную микрофлору, причем в анаэробной микрофлоре у 40% больных наблюдалась пролиферация грамотрицательных и грамположительных кокков и лишь в единичных случаях отсутствовали бифидобактерии, бактероиды и лактобактерии. Через 6—12 мес после лечения число больных, у которых был выявлен дисбактериоз, уменьшилось до 47%. У одной трети больных была изменена только аэробная микрофлора, у остальных дисбактериоз характеризовался нарушениями пейзажа анаэробной микрофлоры.

Следует отметить, что больных, у которых отмечалась пролиферация анаэробных кокков, стало намного меньше, чем в предыдущем периоде (7%). По остальным параметрам нарушения в составе микрофлоры не претерпевали существенных изменений.

Через 1—2 мес после лечения у половины больных за пределы нормы выходили 2 вида микробов, у остальных — 3—4 вида. Через 6—12 мес в большинстве случаев диагностировался одновидовый дисбактериоз.

При идентификации ГААП, выделенных от больных до лечения, было установлено, что в их состав входили представители родов *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Leptotrichia*.

Было выделено 7 типов бактероидов. Среди них основную массу составляли представители нормальной микрофлоры кала, такие как *B. fragilis*, *B. vulgatus*, *B. distasonis*, *B. splanchinicus*, *B. thetaiotaomicron*. У ряда больных были выделены виды, по данным литературы, несвойственные для нормальной микрофлоры, а именно: представители рода *Bacteroides* (*B. ovatus*, *B. disiens*), рода *Fusobacterium* (*F. necrophorum*, *F. nucleatum*).

Через 1—2 мес после лечения, как и до него, основная масса ГААП характеризовалась представителями микробного пейзажа здорового человека. Однако и в этом периоде были выявлены виды, нетипичные для нормальной микрофлоры кала — *B. oralis*, *F. necrophorum*, *L. bucalis*. Через 6—12 мес после лечения подавляющую массу микробов представлял род *Bacteroides*, относящийся к нормальной микрофлоре. Из нехарактерных видов был выделен только один *B. oralis*.

Следует отметить, что виды, нетипичные для нормальной микрофлоры, выделенные в указанные три периода, не повторяли друг друга. В отдаленном периоде наблюдалось резкое уменьшение количества данных видов, свидетельствовавшее, наряду с другими параметрами, о тенденции к нормализации состава микрофлоры кала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева М. И., Стрельникова Н. А. // Дифиллоботриоз (методическое пособие для врачей и студентов). — Изд-во Саратов. ун-та, 1982. — 2. Горфинкель Р. Я. // Микрофлора желудочно-кишечного тракта при пищевых токсикоинфекциях и острой дизентерии. — Автореф. канд. дисс. — Саратов, 1981. — 3. Микельсаар М. Э., Ленцнер А. А., Гольянова Л. А. // Лабор. дело. — 1972. — № 1. — С. 41—45. — 4. Эпштейн-Литвак Р. В., Вильшианская Ф. Л. // Бактериологическая диагностика дисбактериоза кишечника. — М. — 1977. — 5. Duerden B. J. et al. // Med. Microbiol. — 1980. — Vol. 30 — P. 231—245. — 6. Labbe M., Schoutens E., Jourassowsky E. // Infection. — 1980. — Suppl. 8. — P. 161—163. — 7. Rolimi V. O., Faulkner J., Duerden B. J. // Med. Lab. Sci. — 1980. — Vol. 37. — P. 381—389. — 8. Sharon L., Hansen M. S., Stewart B. S. // Amer. J. Clin. Pathol. — 1978. — Vol. 68. — P. 36—40. — 9. Sutter V. L., Citron D. M., Finegold S. M. // Anaerobic Bacteriology Manual. — St. Louis — Toronto — London, 1980.

Поступила 26.01.87.

УДК 616.891.49—085

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ

Д. Ш. Еналеева, В. Я. Давыдов, Н. А. Булатова, С. Г. Салимова,
Р. К. Ахметов

Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. Д. Ш. Еналеева) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В последние годы опубликованы данные о нецелесообразности применения этиотропных средств в лечении некоторых острых кишечных инфекций, в частности сальмонеллеза [1—3]. Получены положительные результаты использования регидратационной терапии как перорально, так и путем внутривенных инфузий.

Пероральная регидратация гиповолемических состояний при острых кишечных инфекциях проводилась различными жидкостями давно и носила чисто эмпирический характер без достаточных научно обоснованных рекомендаций. Впервые она была осуществлена и имела определенный успех у больных холерой в 1953 г. [5], а в 1971 г. ВОЗ официально рекомендовала осуществлять пероральную регидратационную терапию полиионным раствором, содержащим в 1 л кипяченой питьевой воды 3,5 г натрия хлорида, 2,5 г натрия бикарбоната, 1,5 г калия хлорида, 20 г глюкозы. В растворе оралита содержатся Na^+ (90 ммоль/л), K^+ (20 ммоль/л), бикарбонаты (30 ммоль/л), Cl^- (80 ммоль/л), глюкоза (111 ммоль/л); pH 8,03. Транспорт глюкозы и натрия в кишечнике сопряжен таким образом, что глюкоза усиливает всасывание воды [6]. Однако следует учесть, что использование глюкозы в концентрации более 160 ммоль/л (более 3%) ухудшает всасывание воды и ионов натрия, усиливая диарею.

В последующие годы у нас в стране пероральная регидратация стала широко применяться для лечения больных сальмонеллезом, дизентерией, пищевыми токсикоинфекциями и др. [2, 3]. Были разработаны показания, объемы, скорости и методы введения в желудок растворов в зависимости от степени дегидратации, возраста и преморбидного состояния больных [4].

Положительными сторонами пероральной регидратации являются простота и всеобщая доступность ее применения в любых условиях, достаточно высокая эффективность и низкая стоимость. Кроме того, этот метод дает возможность избежать внутривенных вмешательств, связанных с риском внесения в кровь больного вируса гепатита В и появления различных осложнений.

Мы применяли раствор оралита у больных дизентерией, сальмонеллезом, пищевыми токсикоинфекциями и при ряде других заболеваний.

В данной работе обобщен материал, вызванный *S. enteritidis*, имеющих один источник инфекции. Из них у 90 человек регидратация проводилась только оралитом, а 20 больных с наиболее выраженным синдромом токсикоза получали комбинированное лечение — внутривенное введение кристаллоидных и коллоидных растворов и внутрь оралит. Антибиотики и химиопрепараты больным не назначали.