

Следует отметить, что виды, нетипичные для нормальной микрофлоры, выделены 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., Вильшицкая 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. Rotimi 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 по лечению 110 больных сальмонеллезом гастроинтестинальной формы, вызванной *S. enteritidis*, имеющих один источник инфекции. Из них у 90 человек регидратация проводилась только оралитом, а 20 больных с наиболее выраженным синдромом токсиколиза получали комбинированное лечение — внутривенное введение кристаллоидных и коллоидных растворов и внутрь оралит. Антибиотики и химиопрепараты больным не назначали.

Все больные были преимущественно молодого возраста: 64 человека — от 20 до 30 лет, 29—31—40, 13—41—50 и 4— свыше 50 лет. Мужчин было 99, женщин —11.

У 78 больных заболевание протекало в среднетяжелой форме, у 12— в легкой, у 20— в тяжелой. Инкубационный период длился от 3—6 ч до одних суток. В 1-й день болезни было госпитализировано 47 лиц, во 2—3-й —56, 4—5-й (активно выявлены) —7.

Заболевание у всех пациентов характеризовалось острым началом, болями в животе, преимущественно в эпигастрии и области пупка, тошнотой, рвотой от одного до 10—12 раз, диареей длительностью от 1—2 до 7—9 дней и частотой от 2—3 до 12—15 раз в сутки. Заболевание сопровождалось повышением температуры тела от субфебрильной до 39—40° длительностью от 1 до 4 дней.

В клинике ведущим был синдром токсикоза, который проявлялся уже с первых часов заболевания чувством слабости, недомогания, головной болью и головокружением; у ряда больных наблюдались временные обмороки и судорожное сокращение мышц конечностей. У 78 больных отмечалась выраженная тахикардия (90—130 уд. в 1 мин), у 16 — снижение АД с 13,3/9,3 до 10,7/5,3 кПа. У большинства больных была дегидратация I степени, при которой потеря массы тела не превышала 3%.

Лечение больных включало промывание желудка содовым раствором (103 больных), постельный режим, щадящую диету, витамины. Сердечно-сосудистые средства (сульфокамфокаин, коргликон и др.) назначались только отдельным пациентам по показаниям. Основу патогенетической терапии у 90 больных составляла пероральная регидратация теплым раствором оралита от 1 до 3 л в сутки в течение 1—2 дней, причем максимальное количество этой жидкости больные выпивали в первые 6—8 ч после госпитализации. Больным с тяжелым течением (20) предписывали внутривенные инфузии трисоли, гемодеза или реополиглюкина в объеме от 400 до 1300 мл в течение одного, реже двух дней. У этих больных внутривенные инфузии сочетались с пероральным приемом оралита.

Все больные были выписаны в хорошем состоянии. В результате лечения у большинства в течение первых суток купировался синдром токсикоза (снижалась температура тела, исчезали головная боль, слабость и другие симптомы). Продолжительность диареи у 90 больных, которым проводили пероральную регидратацию, была в среднем 4,9 дня, длительность лихорадки — 2,3 дня, средний койко-день — 5,6. У 20 тяжелых больных с сочетанной регидратацией (внутривенной и пероральной) продолжительность диареи была 6,2 дня, лихорадки — 2,3 дня, средний койко-день — 6,8.

Стоимость регидратации одного больного сальмонеллезом в первые сутки госпитализации при лечении оралитом составляет в среднем 14 коп, а при комбинированном методе (внутривенном введении коллоидов и кристаллоидов и приеме оралита) — 5 руб. 15 коп.

Наблюдение за домашними очагами инфекции после госпитализации больных в стационар не выявило новых случаев заболевания, несмотря на относительно раннюю выписку больных из стационара. Как показало обследование реконвалесцентов на дому через 1 мес после госпитализации, рецидивов осложнений и контактных случаев заболевания не возникло.

Таким образом, клиническое наблюдение за одновременным массовым лечением больных сальмонеллезом пероральной регидратацией оралитом без инфузионной и этиотропной терапии убеждает в достаточной эффективности ее использования при лечении легких и среднетяжелых форм сальмонеллеза. В тяжелых же случаях, сопровождающихся сильно выраженным токсикозом и неукротимой рвотой, целесообразно применение внутривенных инфузий полиионных и коллоидных растворов, особенно в первые сутки лечения в сочетании с приемом оралита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский В. И., Малеев В. В. //Холера.— М., Медицина, 1978.— 2. Покровский В. И., Ющук Н. Д., Туманов Ф. А. и др. //Патогенетические основы лечения острых кишечных инфекционных болезней.— М., Медицина, 1982.— 3. Покровский В. И., Бродов Л. Е., Малеев В. В. и др. //Тер. арх.— 1983.— № 4.— С. 138—141.— 4. Чекалина К. И., Голохвостова Е. Л., Бродов Л. Е. //Клин. мед.— 1986.— № 11.— С. 32—36.— 5. Chatterjee M. N. //Lancet.— 1953.— Vol. 2.— P. 1063.— 6. Heynigen W. E., Yeal R. S. //В мире науки.— 1983.— № 9.— С. 94—95.

Поступила 13.01.87.