

Таким образом, доказана высокая эффективность последовательного применения шиплокса и биоспорина при лечении больных дизентерией Флекснера 2а. Особенностью предложенной нами схемы терапии является полная элиминация возбудителя, незначительное угнетение нормальной микрофлоры толстой кишки на фоне антибактериальной терапии и активное ее восстановление в периоде ранней реконвалесценции.

УДК 616.939:614-08

Н.М. Костив, А.М. Чебыкин, В.З. Тенкачев

ЭНТЕРОЛ И БИОСПОРИН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИЗЕНТЕРИЕЙ И САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ

Уральская государственная медицинская академия

В настоящее время изменяется клиническая картина ряда острых кишечных инфекций: дизентерии, сальмонеллез. Отмечается утяжеление их течения, наличие затяжных форм и высокий процент формирования носительства, осложнений и даже летальных исходов [6,7]. В этом плане настораживает изменение течения дизентерии и сальмонеллеза. Клинические и экспериментальные данные указывают на патогенетическую важность эндотоксина возбудителей дизентерии, сальмонеллеза и его способность активизировать различные системы организма. Последнее десятилетие характеризуется быстрым развитием и внедрением в практику новых подходов и методов лечения пациентов, больных острыми кишечными инфекциями [4].

Лечение острой дизентерии и сальмонеллеза в настоящее время является одной из актуальных проблем, поскольку неадекватная этиотропная терапия является причиной развития затяжного течения заболевания и формирования высокого процента носительства.

Наиболее часто в качестве этиотропных препаратов используются различные антибиотики: тетрациклины, ампициллин, левомицетин, которые обладают широким спектром действия и особенно при приеме через рот, приводят к высокой концентрации их в просвете кишечника, создавая условия для развития дисбактериоза кишечника [2,5]. Это диктует необходимость поиска новых этиотропных средств.

К сожалению, далеко не всегда антибиотики и другие химиотерапевтические средства назначаются по показаниям [1,3]. По данным Ю.П.Бородина [1], у 56% больных назначение антибиотиков было недостаточно обоснованным. Многими авторами отмечена определенная связь между возникновением лекарственного дисбактериоза и назначением повторных курсов лечения, нарушается барьерная функция эпителиальных покровов носоглотки, желудочно-кишечного тракта, снижается барьерная функция регионарных лимфатических узлов, эндотелиальной макрофагальной системы, отрицательно влияет на защитную фиксацию микробов и нейтрализацию токсинов [6].

Нами изучено влияние препарата Энтерол-250 на течение среднетяжелой формы колитического варианта острой дизентерии (128 чел.) и энтероколитического варианта сальмонеллеза (124 чел.). Контрольную группу составили 60 больных колитическим вариантом острой дизентерии, которые получали в качестве этиотропного лечения препарат котримаксазольного ряда септрин-480 по 2 таблетки 2 раза в день в течение 7 дней, а затем биоспорин 2 дозы 3 раза в день 7 дней. Опытную группу составили 68 больных в возрасте 10-80 лет со среднетяжелым течением заболевания. В качестве этиотропного средства больные получали энтерол 1 капсулу 2 раза в день в течение 7 дней, затем биоспорин 2 дозы 3 раза в день 7 дней. Помимо этиотропной терапии пациенты сравнимых групп получали патогенетическую терапию: внутривенная и пероральная регидратация; энтеросорбенты - полифепан, активированный уголь и инактивация токсина протеолитическими ферментами - панкреатин, мезим-форте.

При анализе особенностей течения острой дизентерии в обеих группах выявлено, что у лиц, получавших энтерол, быстрее наступала обратная динамика симптомов. Так, продолжительность лихорадки у лиц, получавших энтерол, биоспорин, составила $5,1 \pm 0,3$ дн., тогда как в контрольной группе $6,7 \pm 0,4$ дн. Длительность симптомов интоксикации в опытной группе короче - $5,2 \pm 0,3$ дн., против $6,9 \pm 0,4$ дн. в контроле.

У лиц опытной группы быстрее купируется колитический синдром: приступообразные боли в животе сохраняются в течение $5,3 \pm 0,2$ дн., тогда как в контрольной $6,8 \pm 0,1$ дн. Явления гемоколита у лиц, получавших в комплексной терапии энтерол, сохранились на протяжении $4,2 \pm 0,1$ дн. против $6,2 \pm 0,1$ дн. контрольной группы. Тенезмы у больных опытной группы наблюдались на протяжении $3,3 \pm 0,1$ дн., а в контрольной - $4,9 \pm 0,2$ дн. Наличие слизи в испражнениях у лиц, леченных энтеролом, отмечалось в течение $7,2 \pm 0,2$ дн. против $9,1 \pm 0,1$ дн. контрольной группы. В периоде ранней реконвалесценции после курса лечения энтеролом повторных высевов возбудителя из испражнений пациентов не было, тогда как в контрольной группе у лиц с острой дизентерией - в двух случаях (13,1%).

Включение энтерола в качестве этиотропного препарата в комплексную терапию дизентерии Зонне позволило сократить длительность пребывания больных в стационаре. Так, средний койко-день в группе лиц с острой дизентерией, получавших энтерол, составил $10,2 \pm 0,3$ дн. тогда как у больных, леченных котримоксазольными препаратами в качестве этиотропных средств, он был равен $11,4 \pm 0,5$ дн.

64 пациента опытной группы, больных энтероколитическим вариантом сальмонеллеза, получали энтерол по 1 капсуле 2 раза в день в течение 7 дн., затем биоспорин по 2 дозы 3 раза в день 7 дн. 60 пациентов контрольной группы получали хлорхинолон по 0,2 мг 4 раза в день в течение 7 дн., затем биоспорин по 2 дозы 3 раза в день 7 дн.

Продолжительность лихорадки у больных сальмонеллезом, получавших энтерол, составила

6.1±0,3 дн., в контрольной группе 7.9±0,3 дн. Длительность симптомов интоксикации у больных опытной группы короче - 6,1±0,2 дн. против 8,3±0,4 дн. контрольной группы. У лиц опытной группы быстрее купируется колитический синдром: приступообразные боли в животе сохраняются до 6.2±0,3 дн., тогда как в контрольной группе 8,8±0,4 дн. Явления гемоколита у лиц, леченных энтеролом, сохранились до 5.1±0,2 дн. против 7,2±0,4 дн. Тенезмы у больных опытной группы наблюдались до 4.2±0.1 дн., в контроле 5.9±0,3 дн. Наличие слизи в испражнениях у лиц опытной группы наблюдалось до 8.1±0,8 дн. против 10,4±0,9 в контроле.

Повторных высевок возбудителя после курса лечения энтеролом в периоде ранней реконвалесценции не отмечалось, тогда как в контрольной группе 13,3%. Включение энтерола в качестве этиотропного препарата в комплексную терапию дизентерии Зонне и сальмонеллеза анатум позволило сократить длительность пребывания больных в стационаре. Так, средний койко-день в группе лиц с острой дизентерией, получавших энтерол, составил 9,4±0,3 дн., при сальмонеллезе 12,4±0,5 дн., тогда как у больных, леченных котримоксазоловыми препаратами в качестве этиотропных средств, при острой дизентерии он был равен 12,2±0,5 дн., при сальмонеллезе - 15,3±0,5 дн.

Проведенные нами исследования свидетельствуют о том, что использование энтерола в качестве этиотропного препарата для лечения среднетяжелой формы колитического варианта острой дизентерии и энтероколитического варианта сальмонеллеза в сочетании с биоспорином в сравнении с септрином и хлорхинольдом имеют преимущества и способствует более быстрому выздоровлению больных. Побочных явлений при назначении этих препаратов мы не наблюдали.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бородин Ю.П.. Аллергия к пенициллину и другим антибиотикам / Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., 1994. - 43с.
2. Рахманова А.Г., Тайц Б.М., Парков О.В. Инфекционная заболеваемость Санкт-Петербурга и перспективы ее снижения // Юбил. науч. конф.: Инфектология. Достижения и перспективы. - Санкт-Петербург, 1996. - С.181-182.
3. Неверов В.Н., Пригожина В.К. Шигеллезная инфекция в Санкт-Петербурге // Межобл. науч.-практ. конф.: Актуальные вопр. инфекционной патологии. - Санкт-Петербург, 1994. - С.108-110.
4. Перспективы использования эубиотика "Биоспорин" в практике здравоохранения и военно-медицинском службы. / Н.В.Литусов, И.А.Поберий, Н.В.Садовой и др. / Науч.-практ. конф. - Екатеринбург, 1997. - С.6-15.
5. Рахманова А.Г., Пригожина В.К. Справочник по инфекционным болезням: принципы диагностики, клиника, лечение. - Санкт-Петербург, 1999. - 344с.
6. К вопросу о лечении острой дизентерии Зонне в современных условиях / В.М.Борзунов, Э.В.Власова, К.А.Егоров и др. / Острые отравления и эндогенные интоксикации. - Екатеринбург, 1998. - С.174-176.
7. Елиссев В.А., Розовый К.А., Плоткин Л.Л. Клинико-патогенетические аспекты тяжелых и осложненных форм острых кишечных инфекций / Современные технологии диагностики и терапии инфекционных болезней. - Санкт-Петербург, 1999. С.72-73.
8. Опыт использования энтерола в лечении острой дизентерии и сальмонеллеза / В.М.Борзунов, Э.В.Власова, В.Т.Волков, А.И.Щиянов // Гигиенический вестник Урала. - 1998. - С.31-35.