

8453
6

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМ. М. И. КАЛИНИНА

Е. К. ХАРЛАМОВА

ЛЕЧЕНИЕ НАГНОИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ
ИНТРАТРАХЕАЛЬНЫМ
ВВЕДЕНИЕМ ПЕНИЦИЛЛИНА

БИБЛИОТЕКА АВТОРЕФЕРАТ
Имя № диссертации на соискание
Самаркандского ученой степени кандидата
Медцинского института медицинских наук

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМ. М. И. КАЛИНИНА

Е. К. ХАРЛАМОВА

ЛЕЧЕНИЕ НАГНОИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ
ИНТРАТРАХЕАЛЬНЫМ
ВВЕДЕНИЕМ ПЕНИЦИЛЛИНА

АВТОРЕФЕРАТ
ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ
УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА
МЕДИЦИНСКИХ НАУК

ОМСК — 1964

Из кафедры внутренних болезней (зав. доктор
медицинских наук, профессор **Г. А. ПАНДИКОВ**)

доцент А. И. Виноградова).

Научный руководитель—доктор медицинских
наук, профессор **Г. А. ПАНДИКОВ**

Официальные оппоненты:

1. Член-корреспондент АМН СССР, профессор
Д. Д. Яблоков.

2. Кандидат медицинских наук, доцент
В. П. Путалова

Защита диссертации состоится на заседании Ученого Со-
вета Омского государственного медицинского института
им. М. И. Калинина.

.....*28 мая*..... 1964 г.

Дата рассылки автореферата *27 апреля* 1964 г.

Сдано в набор 15/IV 1964 г. Подписано к печати 15/IV 1964 г. ПД04765.
Формат 60×84—1¹/₄ п. л. Тираж 250 экз.

Типография изд-ва «Омская правда», г. Омск, ул. Дежабристов, 37.
Заказ № 4434.

Одной из важнейших современных научно-практических медицинских проблем является проблема профилактики и лечения нагноительных заболеваний легких. Значительная частота легочных нагноений, тяжесть их течения, нередкий переход в хронические заболевания с последующей инвалидизацией больного и, наконец, большой процент неблагоприятных исходов—все это настойчиво требует, с одной стороны, улучшения профилактических мероприятий, направленных на предупреждение легочных нагноений, и с другой,—разработки более совершенных методов лечения, с высоким процентом благоприятных результатов.

Проблема нагноительных заболеваний легких всегда была в поле зрения практических врачей и работников медицинской науки. Отдельные вопросы этой проблемы были предметом обсуждения на многих всесоюзных, международных съездах и конгрессах.

За последние годы советские ученые добились больших успехов в изучении легочных нагноений. Большой вклад в разработку вопросов их этиологии и патогенеза, клиники и терапии легочных нагноений внесли К. И. Агамалов, С. И. Ашбель, Г. И. Бурчинский, В. Д. Вышегородцева, А. Я. Губергриц, П. Е. Лукомский, Г. Б. Рыбак, В. А. Сардыко, А. Т. Хазанов, Д. Д. Яблоков и др.

Большая заслуга в изучении хирургических методов лечения легочных нагноений принадлежит отечественным и зарубежным хирургам Н. А. Амосову, А. Н. Бакулеву, Б. Э. Линбергу, П. А. Куприянову, И. С. Колесникову, Б. К. Осипову, В. И. Стручкову, С. И. Спасокукоцкому, Ф. Г. Углову, Чжен-Ся фын, Хуан-Дзя сы, Baumgartner, Manteifel, Paulino и многим другим.

Большое количество интересных исследований проведено в области рентгенотерапии нагноительных заболеваний легких Н. Н. Высоцким, М. Я. Еловой, К. Г. Никулиным, В. К. Трутневым. Наконец, достаточно глубоко разработаны вопросы бронхоскопии и бронхографии легочных нагноений (В. Н. Виноградов, Э. Г. Лейзеровская, А. Я. Цигельник, Evans W. and Calinsky) и др.

Однако многие вопросы интересующей нас проблемы и сейчас еще нельзя считать решенными, например, вопросы, относящиеся к клинической классификации легочных нагноений, к особенностям клиники, к осложнениям, трудовой экспертизе, взаимоотношениям легочных нагноений с туберкулезом. Наконец, нельзя считать в достаточной мере разра-

ботанным вопросом об изыскании наиболее совершенных методов лечения нагноительных заболеваний, хотя ко времени начала нашей работы в данной области уже было предложено и частично апробировано практикой несколько ценных способов лечения данных заболеваний. Наконец, оценка эффективности отдельных методов лечения весьма противоречива. Поэтому дальнейшие исследования в указанных направлениях следует считать вполне обоснованными.

При выполнении настоящей работы мы поставили перед собой следующие конкретные задачи:

1) выяснить пригодность и эффективность интратрахеального метода лечения пенициллином при острых и хронических легочных нагноениях;

2) дать сравнительную оценку различных методов лечения нагноительных заболеваний легких, в частности различных способов пенициллинотерапии;

3) разработать наиболее целесообразную схему лечения, дозы пенициллина, интервалы между его введениями и длительность лечения;

4) проследить за стойкостью лечебного эффекта и за отдаленными результатами;

5) выявить показания и противопоказания к применению данного метода лечения и изучить возможные осложнения.

В качестве тестов нами были использованы:

1) состояние больного, температура и весовые показатели до и после лечения; 2) данные со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы; 3) показатели функционального состояния легких: экскурсия грудной клетки и жизненная емкость легких; 4) рентгенологические данные; рентгеноскопия и рентгенография органов дыхания, а в ряде случаев и бронхография; 5) изменение количества и качества мокроты, исследование мокроты на БК и эластические волокна; 6) бактериологические показатели мокроты до и после лечения и изменение микрофлоры; 7) динамика показателей крови при поступлении, в процессе лечения и при выписке больного.

В настоящее время для лечения легочных нагноений применяют и консервативные и хирургические способы лечения. Для консервативной терапии нагноительных заболеваний легких были предложены десятки средств и методов лечения. Уже это одно является верным признаком того, что поиски наиболее эффективного метода лечения еще не закончены.

Антибиотики открыли новые возможности в лечении нагноительных заболеваний легких и коренным образом изменили их течение и исход, хотя и не разрешили проблемы в целом.

Из большого количества антибиотиков наиболее широко употребляется при нагноительных заболеваниях легких пенициллин. Однако интрамускулярный способ лечения легочных нагноений пенициллином, несмотря на значительный процент удачных случаев, не занял видного места в практике терапии этих заболеваний и тем более не получил всеобщего признания (Wonn, Koch, Morris), а между тем применение этого активнейшего антибиотика в борьбе с нагноительными процессами в легких, при современных возможностях в отношении способов его введения, следует считать наиболее заманчивым и эффективным. И поэтому вполне естественно, что в настоящее время наиболее простым и общедоступным из консервативных методов лечения нагноения легких следует считать пенициллинотерапию.

Разные авторы используют при этом различные пути введения антибиотика:

1) ингаляцию распыленного пенициаллина (С. Я. Кофман и М. И. Кальянова; С. И. Ашбель и Н. Г. Столпецкая; Р. С. Колесникова, Г. В. Радыгина и С. И. Эйдельштейн; G. Laage; Pavlik) и др.

2) введение препарата путем пункции трахеи (М. П. Макаров, Е. Г. Гурова, В. В. Вахидов, А. Я. Шустер, А. Я. Вербнякова и др.);

3) трансплевральное введение пенициаллина непосредственно в ткань легкого (Ф. И. Али-Заде, Н. И. Григорьев, Baug, Zablocki, Benda, Aubin, Franchelet, Orinsiein, O. Iahn и др.

4) введение пенициаллина в трахею и бронхи через голосовую щель. Этот последний метод применяется в следующих модификациях: введение через бронхоскоп (Г. В. Трубников), или посредством катетера через нижний носовой ход в трахею, или через ротовую полость при помощи гортанного шприца. Интратрахеальное введение пенициаллина при помощи резинового катетера с успехом применяли Н. И. Трутень, С. Д. Брагин, А. Д. Воробьева, С. Э. Славина, Laage, Schmitz, Brocard, Renaud, Mannes P. и др.

Каждый из вышеуказанных методов имеет свои достоинства и недостатки.

Изучая соответствующих больных нашей клиники с легочными нагноениями, мы обратили внимание на то, что за последние годы, в связи с применением антибиотиков и появлением новых методов лечения легочных нагноений, число больных, поступающих в клинику по поводу этих заболеваний, значительно уменьшилось. Об этом говорят и другие авторы (Э. Г. Лейзеровская и М. Е. Феклисова; И. А. Завьялова, Л. И. Москвичева, Л. С. Шварц, Vimbacesci).

К настоящему времени мы располагаем большим количеством клинических наблюдений, достигающих нескольких сотен случаев, но свои суждения и выводы мы базируем лишь на 100 больных, срок наблюдения за которыми наиболее длителен (до 10 лет).

Итак, под нашим наблюдением находилось с различными формами легочных нагноений 100 больных, из которых 68 человек было госпитализировано с абсцессами легких (в том числе 10 с хроническими и 32 с бронхоэктатической болезнью).

Среди наших больных значительно преобладали лица мужского пола—88 мужчин и 12 женщин. Такое примерно соотношение отмечается многими авторами (И. П. Дедков, I. E. Raifo и др.).

Продолжительность заболевания до поступления в клинику была различной—от 2 недель до 15 лет. Следует отметить, что наибольшая длительность имела место у больных с бронхоэктатической болезнью (от 2 до 15 лет). При хроническом абсцессе легких продолжительность болезни составляла от 4 месяцев до 10 лет.

Мы согласны с другими авторами, что развитие легочных нагноений носит черты сезонности. Большинство наших больных (81%) поступало в клинику в осенние и зимние месяцы.

Из 68 наших больных с абсцессами легких в 42 случаях развитию нагноения предшествовали грипп или гриппозная пневмония, в 3 случаях—септические процессы, в одном — осколочное ранение легкого и еще в одном заболевание развилось после септического аборта. Предшествующих заболеваний не выявлено у 15 человек.

Из 32 больных с бронхоэктатической болезнью у 12-ти в анамнезе отмечен перенесенный абсцесс легкого, в 10 случаях — грипп и хронический бронхит, в одном — ранение грудной клетки, в одном — перелом основания черепа, в 3-х—частые пневмонии и в 5-ти — причину выявить не удалось.

Принимая во внимание то обстоятельство, что большинство авторов (Ф. Г. Углов, М. Forestier) и др. к острым случаям легочных нагноений относит заболевания с давностью процесса до 2 месяцев, а к хроническим—свыше 2 месяцев, наш материал может быть представлен в соответствии с этим следующим образом: острых случаев—58, хронических (включая и бронхоэктатическую болезнь)—42.

В отношении возраста больных наши данные также совпадают с наблюдениями многих других авторов (С. И. Спасокукоцкой, Б. Э. Линберг, В. Д. Вышегородцева), а именно: легочные нагноения поражают наиболее цветущий, работоспособный возраст—от 20 до 50 лет, каковой составляет 85%. Самый молодой возраст среди наших больных—16 лет, самый преклонный—70 лет.

Большинство больных при поступлении находилось в тяжелом и средней тяжести состоянии с выраженными явлениями интоксикации.

Следует отметить, что при легочных нагноениях мы не имели характерной температурной кривой. У многих больных она была субфебрильной (41 человек), у других до начала лечения—высокой, ремиттирующей со значительными колебаниями (в 3—4°) между утренними и вечерними показателями (43 человека). Часто подъем температуры сопровождался ознобами. У 16 человек температура была нормальной.

Касаясь клинической характеристики, следует отметить, что у большинства больных (57,3%) было поражено правое легкое, в 42,7%—левое. В правом легком, по нашим данным, чаще поражалась верхняя доля, за ней следует нижняя и средняя доли этой же стороны. В левом легком чаще в процесс вовлекалась нижняя доля. В 75% случаев легочные нагноения были односторонними, в 25%—двухсторонними.

Симптом «барабанных палочек» наблюдался у 40% больных, преимущественно хроников. Увеличение лимфатических узлов при легочных нагноениях мы встречали крайне редко—всего в 3 случаях.

При клиническом обследовании больных с абсцессами легких в 58 случаях мы наблюдали притупление перкуторного звука с тимпаническим оттенком, у 10 больных отмечено лишь укорочение перкуторного звука без наличия тимпанита. При аускультации в 10 случаях имело место жесткое или ослабленное дыхание; при наличии полости (у 58 больных) дыхание было бронхиальным или с амфорическим от-

тенком, выслушивались влажные мелко- и средне-пузырчатые хрипы.

При бронхоэктатической болезни из 32 больных у 28 при перкуссии звук имел коробочный оттенок, у 18 из них в нижних отделах легких отмечено укорочение перкуторного звука, дыхание, как правило, было жестким, иногда с бронхиальным оттенком. У всех 32 больных отмечалось наличие влажных, звучных хрипов различного калибра, выслушивались также и сухие, скрипучие хрипы.

При рентгенологическом исследовании легких у 41 больного с абсцессом легкого определялась полость с горизонтальным уровнем жидкости, в 17 случаях отмечалась инфильтрация легочной ткани с просветлением в центре, у 10 больных—инфильтрация легочной ткани (без наличия просветления).

У 32 больных с бронхоэктатической болезнью обнаружено усиление прикорневого рисунка в нижних или средних отделах легкого, в 6 случаях—смещение органов средостения. У 15 больных проведена бронхография и получено изображение бронхоэктазов в виде колбовидных, цилиндрических образований и скопление подоплеца в виде «озерка» или «гроздьев винограда».

При определении границ сердца в 60% случаев мы находили их в пределах нормы, в 40%—левая граница сердца находилась по средне-ключичной линии или на 1 см кнаружи от нее. В 20% случаев выслушивался легкий систолический шум на верхушке; в 80%—тоны сердца были чистыми, но приглушенными. У большинства больных (92 человека) пульс был ритмичный, хорошего наполнения, у 8 больных отмечалась аритмия типа экстрасистолии.

При хронических абсцессах и бронхоэктатической болезни у некоторых больных на электрокардиограмме отмечались незначительные изменения, которые сводились к снижению вольтажа на высоте заболевания, сглаженности зубца Р и смещению интервала ST ниже изолинии. Реже наблюдались изменения интервала P—Q и уширение комплекса QRS. Эти изменения не являлись стойкими и к моменту выписки исчезали.

При измерении артериального кровяного давления у 87 человек оно оказалось в пределах нормы, у лиц старше 60 лет (5 человек) кровяное давление было незначительно повышено до 140/90—150/95 мм ртутного столба. У 8 больных мы наблюдали гипотонию.

Со стороны органов брюшной полости среди наших больных заметных отклонений не найдено. У 28 больных была незначительно увеличена печень, выступавшая из-под правой реберной дуги на 1—2,5 поперечных пальца. У некоторых больных мы проводили пробу Квика и нашли ее сниженной — в пределах 33,0%—50,0%.

При обследовании функции почек альбуминурию мы встречали у больных относительно редко (у 8 чел. из 58), причем количество белка в разгаре заболевания находилось в пределах от 0,033‰ до 1,32‰, и только у одного больного из этой группы количество белка достигало 16,5‰.

У 38 больных мы провели формоловую пробу и в 23 случаях нашли ее положительной, в основном у больных хроников, при тяжелом течении заболевания.

При исследовании периферической крови в разгаре заболевания мы нашли у 40 из 100 больных различной выраженности анемию, в основном нормохромного и нормоцитарного характера, со снижением эритроцитов до 2,5—3,5 млн в 1 мм³ крови и снижение гемоглобина до 40—60% в единицах Сали. РОЭ у большинства больных (85) была ускоренной—от 20 до 70 мм/час, у 12 человек она была в пределах от 10 до 20 мм/час и у 3-х до 10 мм/час.

Количество лейкоцитов в крови у 68 больных колебалось от 8 до 20 тыс. в 1 мм³; после лечения оно возвратилось к норме. У 11 больных мы наблюдали лейкопению и у 21—количество белых кровяных шариков оставалось в пределах от 6 до 8 тыс. в 1 мм³.

Важным симптомом при нагноительных заболеваниях легких является гнойная мокрота, нередко обильная, с примесью крови и с неприятным запахом. У всех больных суточное количество мокроты до лечения было значительным—от 50 до 1.500 мл (82 человека), у 18 больных оно не превышало 50 мл. После интратрахеального лечения пенициллином запах мокроты исчез у всех больных, у 68 больных выделение мокроты прекратилось, у 25 уменьшилось до 25 мл и лишь у 7 оставалось незначительным. Наряду с уменьшением количества мокроты изменялся и ее характер—из гнойной она превращалась в слизистую, претерпевала изменения и микрофлора. В 4 случаях отмечалось обильное легочное кровотечение. Эластические волокна в мокроте у больных с абсцессами легких были обнаружены в 26,4%. Среди наших больных присоединение туберкулеза легких было отмечено в 3% случаев.

Вопрос о микрофлоре мокроты при легочных нагноениях является одним из актуальных в современной клинике, ему посвящен ряд работ отечественных и зарубежных авторов (М. Я. Елова, М. М. Дыхно и М. Е. Феклисова; Э. Г. Лейзеровская, А. М. Малченков).

Бактериологический анализ мокроты произведен у 25 больных, причем оказалось, что преобладающими микробами в этих случаях были: стафилококки, пневмококки, негемолитический стрептококк, диплококк Френкеля, палочки протей, белый стафилококк, дрожжевые клетки, сарцины и бациллы Пфейфера. В мокроте в большинстве случаев отмечались ассоциации различных видов микробов. При этом количество видов бактерий у одного и того же больного колебалось от 1 до 10. Следует отметить, что микрофлора мокроты при легочных нагноениях неспецифична и полиморфна и в процессе лечения претерпевает незначительные изменения (Г. И. Бурчинский и др).

У всех наших больных, при поступлении и в динамике заболевания, проводилась спирометрия, которая после лечения, как правило, указывала на увеличение объема выдыхаемого воздуха на 300—1.200 мл.

Переходя к характеристике результатов лечения отдельных групп больных, следует отметить, что некоторые больные до поступления в нашу клинику находились по поводу легочных нагноений в других лечебных учреждениях, где лечились разными методами без достаточно устойчивого эффекта.

Применявшийся нами метод прост, доступен каждому врачу и может быть использован как в стационаре, так и в амбулаторных условиях города и села, не требует специальной аппаратуры и длительной подготовки. Больные с охотой соглашались на необходимые манипуляции, переносят их легко и спокойно.

Из 100 больных 69 мы лечили только пенициллином путем введения его в трахею через тонкий эластический резиновый катетер или посредством гортанного шприца, а 31 человек подвергались комбинированному методу лечения: а) пенициллин вводился вначале внутримышечно (26 больных) и, в случае его неэффективности, интратрахеально; б) в хронических случаях или при пенициллино-устойчивых формах больные (5 человек) вначале получали пенициллин интратрахеально, затем биомицин в таблетках по 100 тыс. ЕД через 4 часа.

42 больным из 58, страдающим острым абсцессом легкого, был применен только пенициллин, интратрахеально по 200—500—600 тыс. ЕД на одно вливание с интервалами в 1—2 дня (группа «А»). На курс лечения больные получали от 1,5 до 12 млн. ЕД пенициллина, причем больше половины больных получили на курс лечения от одного до 6 млн. ЕД.

Действие пенициллина, введенного интратрахеально, сказывалось быстро. После 3—4 вливаний, а в ряде случаев даже после первого вливания, температура с высоких цифр снижалась до субфебрильных, а иногда и до нормальных. Через 3—5 дней исчезал запах мокроты, уменьшалось её количество. Нормализовалась кровь. У всех больных данной группы после лечения отмечалось увеличение спирометрических показателей на 100—800 мл, и только в 3 случаях эти показатели остались без изменения.

При рентгенологическом исследовании оказалось, что у 38 человек (из 42-х) к концу лечения исчезли полость в лёгком и инфильтрация лёгочной ткани. У 4 больных рентгенологические данные остались прежними, у 2 из них наблюдалось присоединение туберкулёза лёгких, а 1 больная выписана по собственному желанию в недолеченном состоянии. 37 человек к моменту выписки продолжали выделять мокроту в количестве от 50 до 100 мл за сутки.

40 наших больных прибыли в весе от 0,5 до 7 кг. И только у 2 больных вес остался без изменений.

В целях правильной оценки лечебного эффекта интратрахеального введения пенициллина при лёгочных нагноениях мы учитывали четыре основных показателя: 1) непосредственные (или ближайшие) результаты лечения, 2) отдаленные результаты лечения, 3) время восстановления трудоспособности по окончании лечения и 4) наличие временной или постоянной инвалидности.

Ближайшие результаты лечения больных с острым абсцессом легких оказались следующими: выписались с выздоровлением 32 человека, со значительным улучшением — 3, с улучшением — 4, не получен эффект у 2 больных, в 1 случае имел место летальный исход при диагнозе множественные абсцессы правого легкого (умер в хирургическом отделении вскоре после операции лобэктомии).

Трудоспособность непосредственно после лечения была восстановлена у 40 больных, один получил инвалидность II группы ввиду присоединившегося туберкулёза легких, а

второй больной умер в ближайшие дни после сперации (о чем указывалось выше).

Из осложнений у данной группы больных мы встретились: в 2 случаях с присоединившимся туберкулезом легких, в 1 — с амилоидозом почек и в 1 — с легочным кровотечением.

Учитывая, что легочные нагноения иногда могут принимать затяжное течение, а период ремиссии сменяться рецидивом болезни, мы пришли к заключению, что выяснение исхода заболеваний непосредственно по окончании лечения должно быть пополнено проверенными данными об отдаленных результатах и времени восстановления трудоспособности.

Отдаленные результаты спустя от 1 года до 8 лет после окончания лечения были прослежены нами у 27 больных из 42. При этом оказалось следующее: 3 больных были переведены на инвалидность: один из них получил I группу в связи с развившимся раком пищевода, второй — II группу ввиду присоединившегося туберкулеза легких и третий — III группу из-за преклонного возраста и атеросклеротического кардиосклероза. 4 человека умерли от заболеваний, не связанных с основным страданием, а именно: один после операции по поводу непроходимости кишечника, второй — от инфаркта миокарда, третий от несчастного случая (утонул в реке) и четвертый — от рака пищевода. 20 человек были здоровыми и сохранили свою трудоспособность.

У 10 больных II группы («Б») был осуществлен комбинированный метод лечения: пенициллин вначале вводился внутримышечно по 100 тыс. ЕД через 4 часа в течение 7—20 дней, на курс лечения больные получали от 2 до 18 млн. ЕД. При неэффективности внутримышечного введения пенициллина мы отменяли его и начинали вводить препарат интратрахеально по 200—400—600 тыс. ЕД, а в некоторых случаях и по 1 млн. ЕД на одно вливание. Следует отметить, что при интратрахеальном введении пенициллина его расходовалось почти в два раза меньше, чем при внутримышечном.

Спирометрические показатели у рассматриваемой группы больных к концу лечения увеличились на 200—400 мл. Все больные к концу лечения прибыли в весе на 2—6 кг.

Непосредственные результаты лечения 10 больных, при комбинированном методе терапии, оказались следующими: выздоровело 8 человек, выписано со значительным улучшением 2. В одном случае через 3 недели наступил рецидив болезни. Трудоспособность непосредственно после лечения восстановлена у 8 человек.

Из осложнений у данной группы больных мы встретились в одном случае с обильным легочным кровотечением.

Отдаленные результаты лечения в течение 7 лет прослежены у 8 человек. При этом оказалось следующее: 5 человек здоровы и трудоспособны, 1 больной через год получил инвалидность II группы ввиду присоединившегося туберкулеза легких, 1 больной умер в возрасте 71 года (через 4 месяца после выписки из клиники) от кардиосклероза и сердечно-сосудистой недостаточности III степени, 1 больной умер через 2,5 года от такого же заболевания.

В дальнейшем при изучении интратрахеального метода лечения пенициллином легочных нагноений, мы обратили внимание на то, что в некоторых случаях это лечение оказывалось неэффективным. В подобных случаях обычно мы имели дело с пенициллино-устойчивыми формами. Микрофлора мокроты у этих пациентов оказалась нечувствительной к пенициллину и в то же время высоко чувствительной к биомицину, обладающему, как известно, более широким антимикробным спектром. Это и побудило нас применить указанный антибиотик для лечения нагноительных заболеваний легких.

К данной группе («В») относилось 6 больных, которые вначале безуспешно лечились пенициллином, после чего им был назначен биомицин в таблетках по 100 тыс. единиц через 4 часа в течение 10—20 дней. На курс лечения большей частью затрачивалось от 5 млн. до 10 млн. единиц биомицина. Все больные препарат переносили хорошо.

Действие биомицина в таких случаях сказывалось быстро: через 5—7 дней от начала лечения наступало улучшение общего состояния больного, температура снижалась до субфебрильных цифр, уменьшалось количество мокроты, исчезал ее неприятный запах. К моменту выписки у многих больных выделение мокроты полностью прекращалось. Жизненная емкость легких увеличивалась на 700 мл. Кровь нормализовалась. Все больные выписывались с прибавкой в весе от 2 до 9 кг.

Непосредственные результаты лечения оказались следующими: 4 человека выписались с выздоровлением, 1 — со значительным улучшением и 1 — с улучшением. Отдаленные результаты лечения прослежены у 3 больных, так как 1 выбыл из Омска, 2 на наш запрос не ответили. При этом оказалось: трое больных в течение 1—2 лет трудоспособны, рецидивов не наступало.

Таким образом, если проанализировать непосредственные результаты лечения всех 58 больных с острым абсцессом легких, то мы можем констатировать следующее: положительные результаты лечения (выздоровление) получены у 44 больных, значительное улучшение — в 6 случаях, улучшение — в 5, не достигнут эффект у 2 больных и 1 умер в ближайшие дни после операции лобэктомии. Рецидивы были отмечены у 5 больных.

Трудоспособность непосредственно после лечения восстановилась у 50 человек. Отдаленные результаты лечения были изучены у 46 человек через 1 год, 3 года, 5 и 8 лет после окончания лечения. 14 больных на наш вызов и неоднократные письменные запросы не ответили, а 8 — выбыли из Омска. В итоге оказалось, что 7 больных в разные сроки умерли от различных заболеваний, не имевших прямого отношения к основному страданию; 4 человека получили инвалидность I, II и III групп по основному заболеванию, 35 человек работали и были полностью трудоспособны.

Переходя к обобщению результатов в отношении больных с хроническими абсцессами легких, следует отметить, что таких больных было 10 с длительностью заболевания от 4 месяцев до 10 лет. 6 из этих больных лечились только интратрахеальным введением пенициллина; в 4 случаях был проведен комбинированный метод лечения, при котором вначале одна часть больных получала пенициллин интратрахеально, а затем (при пенициллино-устойчивых формах) назначался биомицин в таблетках по 100 тыс. ЕД через 4 часа. Больным, находившимся в крайне тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией, наоборот, мы применяли вначале биомицин в таблетках, в течение недели, а при улучшении общего состояния переходили на интратрахеальное введение пенициллина. Таким образом, больше половины больных с хроническими абсцессами лечились только интратрахеальным введением пенициллина.

Из 6 больных, леченных пенициллином только интратрахеально, 3 больных были жителями Омска, 2 направлены из Ульяновского района Омской области и 1 больная — из г. Петропавловска. Следует отметить, что 5 человек из этой группы лечились в других клиниках и районных больницах другими методами, однако без достаточно хорошего эффекта.

Пенициллин рассматриваемым 6 больным вводился интратрахеально через резиновый катетер в количестве от 200 тыс. до 1 млн. ЕД на одно вливание с интервалами через 1—2 дня.

Количество вливаний на одного больного было от 5 до 20. На курс лечения затрачивалось пенициллина от 7 до 10—15 млн. ЕД (и только один больной с множественными абсцессами левого легкого получил 29 млн. ЕД).

Необходимо указать, что при хронических абсцессах легких действие пенициллина, введенного интратрахеально, сказывалось также довольно быстро: после 4—5 вливаний исчезал запах в мокроте, уменьшалось ее количество, постепенно температура с высоких цифр снижалась до субфебрильной, а в дальнейшем устанавливалась на нормальном уровне, рентгенологически исчезала полость, а затем и инфильтрация легочной ткани, снижался лейкоцитоз, РОЭ постепенно приходила к нормальным цифрам, улучшались показатели красной крови. Показатели спирометрии к концу лечения, как правило, увеличивались на 200—500 мл. Все больные данной группы прибыли в весе от 1,5 до 6 кг.

Ближайшие результаты лечения больных данной группы в количестве 6 человек оказались следующими: выписались с выздоровлением 2 человека, со значительным улучшением — 2, с улучшением — 2. Через год у одного больного наступил рецидив болезни, вследствие чего больной поступил повторно в нашу клинику с диагнозом хронический абсцесс левого легкого, бронхоэктазы. Трудоспособность непосредственно после лечения была восстановлена у 5 человек, 1 больной временно получил инвалидность II группы. Из осложненной у данной группы больных мы встретились в одном случае с обильным легочным кровотечением.

Отдаленные результаты через 3—5—8 лет проверены у 5 больных. 1 больной из района Омской области на наш вызов и письменный запрос не ответил. При этом оказалось: 4 человека здоровы и трудоспособны, 1 больной через 4 года умер в клинике от сердечно-сосудистой недостаточности.

4 человека с хроническими абсцессами легких лечились комбинированным методом — пенициллин интратрахеально и биомицин в таблетках. Ввиду того, что общее состояние больных данной группы при поступлении было крайне тяжелым, в связи с чем им трудно было переносить анестезию с последующим интратрахеальным введением пенициллина, мы назначили вначале 3 больным биомицин в таблетках по 100 тыс. ЕД через 4 часа в течение 10—15 дней. После этого, при улучшении самочувствия, биомицин отменялся, и больные получали пенициллин интратрахеально по 400—500 тыс. ЕД через один—два дня. Один больной получал только биомицин. На

курс лечения больным затрачивалось от 1 млн. 200 тыс. до 17 млн. ЕД пенициллина и от 5 до 15 млн. ЕД биомицина.

Непосредственные результаты лечения были следующие: 2 человека выписались с выздоровлением, 1 больной — со значительным улучшением и 1 — с улучшением. В одном случае через 6 месяцев наступил рецидив болезни.

При проверке отдаленных результатов лечения на протяжении от 1 года до 4 лет оказалось: 3 больных трудоспособны, 1 на наш вызов не ответил.

Если проанализировать результаты лечения всех 10 больных с хроническими абсцессами легких, то мы имеем: в 4 случаях выздоровление, в 3 — значительное улучшение, в 3 — улучшение. В 2 случаях наблюдался рецидив болезни. 9 человек из 10 остаются трудоспособными.

Таким образом, подводя итог лечения больных с хроническими абсцессами легких, следует отметить, что на курсе лечения этих больных расходовалось большее количество антибиотиков, чем на лечение больных с острыми абсцессами легких. У некоторых больных, ввиду крайне тяжелого состояния при поступлении, приходилось начинать лечение с биомицина, у других же больных, вследствие неэффективности пенициллина (пенициллино-устойчивые формы), мы применяли дополнительно биомицин.

Среди наблюдавшихся нами больных было 32 человека с бронхоэктатической болезнью в возрасте от 18 до 60 лет. Мужчин — 26, женщин — 6. Длительность заболевания была различной от нескольких месяцев до 15 лет, причем 19 человек имели продолжительность заболевания от 8 до 15 лет.

При анализе связи данного заболевания с профессией и условиями труда необходимо отметить, что 22 человека работали на промышленных предприятиях города, преимущественно в цехах, где работа была связана с наличием различной производственной пыли, газов, паров бензина, керосина, причем некоторые больные часто подвергались сквознякам и охлаждению.

Все больные данной группы выделяли мокроту, в подавляющем большинстве случаев — от 100 до 700 мл за сутки. У 4 человек в мокроте были обнаружены эластические волокна. У некоторых больных микрофлора мокроты была более полиморфной, чем при абсцессе легких. У 15 больных отмечалось кровохарканье, причем у 2 из них — профузное легочное кровотечение. Симптом «барабанных палочек» и «часовых

стекло» был выражен у 28 больных. У 20 больных формоловая проба была положительной.

Что касается лечения, то у 22 больных (гр. «А») пенициллин применялся только интратрахеально — по 300—400—500 тыс. ЕД через 1—2 дня, с общим количеством его на курс лечения от 1 млн. до 7 млн. ЕД.

К моменту выписки у 20 больных жизненная емкость легких увеличилась на 500—800 мл, а у 2 человек этот показатель остался прежним.

21 человек к моменту выписки прибавил в весе от 0,5 до 4 кг., у 1 больного вес остался без изменений.

Результаты лечения 22 больных оказались следующими: выписалось со значительным улучшением 18, с улучшением — 4. У 4 человек наступили рецидивы болезни через 1—2—3—4 года. Трудоспособность после лечения была восстановлена у 18 человек (4 до поступления в клинику не работали).

Из осложнений у данной группы больных мы встретились в 1 случае с обильным легочным кровотечением, в 1 позднее был выявлен инфильтративный туберкулез легких, у 2 больных при последующих обострениях развился амилоидно-липидный нефроз.

14 больных той же группы оставались под нашим наблюдением от 1 года до 8 лет, что позволило нам тщательно изучить и отдаленные результаты лечения. При этом выяснилось, что у 8 человек наступили рецидивы через 2—3—4 года после выписки из клиники, из них 4 получили инвалидность II группы и периодически продолжали работать. 1 больной умер через 4 года после лечения от амилоидоза почек, 9 человек трудоспособны.

10 больных с бронхоэктатической болезнью поступили в более тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией, анемией, выделяли значительное количество зловонной мокроты — от 140 до 600 мл — с примесью крови. Больным данной группы мы вводили вначале пенициллин внутримышечно по 100 тыс. ЕД через 4 часа, на курс лечения затрачивая от 2 млн. до 17 млн. ЕД. После некоторого улучшения общего состояния пенициллин внутримышечно мы отменяли и начинали вводить его интратрахеально по 300—400—500 тыс. ЕД, а в некоторых случаях по 1 млн. ЕД на одно вливание с интервалами в 1—2 дня. На курс лечения при интратрахеальном введении пенициллина затрачивалось почти в три раза меньше, чем при внутримышечном, — от 1 млн. до 6 млн. ЕД.

Следует отметить, что только внутримышечное введение пенициллина стойкого эффекта не давало.

У 2 больных данной группы, ввиду более тяжелого состояния и пенициллино-устойчивой формы заболевания, мы дополнительно назначали биомицин в таблетках по 100 тыс. ЕД через 4 часа с общим количеством от 4 млн. до 6,5 млн. ЕД и стрептомицин по 500 тыс. ЕД 2 раза в день — всего 2 млн. ЕД.

Все 10 больных выписались в хорошем состоянии с нормальной температурой, с уменьшением суточного количества мокроты до 15—50 мл, запах мокроты исчез. Нормализовалась кровь. Жизненная емкость легких у 9 человек увеличилась на 100—700 мл и только у 1 больного осталась без изменений. 9 человек ко дню выписки прибыли в весе на 2—4 кг, у 1 больного вес остался без изменений.

Непосредственные результаты лечения были таковы: значительное улучшение у 7 человек, улучшение — у 1; 2 больных умерло от развившегося метастатического абсцесса мозга.

После выписки из клиники через 1—1,5 года у 5 больных возникли рецидивы болезни, с которыми они вновь поступили в нашу клинику; 1 больной из 5 был принят с легочным кровотечением. У 4 больных при последующем обострении развился амилоидно-липидный нефроз.

Отдаленные результаты прослежены у 8 человек; при этом оказалось, что 1 больная умерла через 2,5 года после окончания лечения — от гангрены легких и амилоидоза почек. У 4 человек наступили рецидивы через 1—3—4 года после выписки из клиники; 6 человек получили инвалидность II группы. 4 человека трудоспособны.

Если проанализировать непосредственные результаты лечения всех 32 больных с бронхоэктатической болезнью, то мы имеем: значительное улучшение в 25 случаях, улучшение — в 5 и 2 больных умерло от метастатического абсцесса мозга.

Из осложнений мы встретили: в 2 случаях прорывное легочное кровотечение, в 2 — туберкулез легких и в 6 — амилоидоз почек.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 22 человек. При этом выяснилось, что у 12 больных наступили рецидивы в различные сроки (через 1—2—3—4 года) после выписки из клиники, причем 10 человек получили инвалидность II и III группы (5 из них трудоспособны).

2 больных умерло в клинике от гангрены легких и амилоидоза почек. Остальные 18 человек (из 22) трудоспособны.

Таким образом, при бронхоэктатической болезни полного выздоровления посредством лечения интратрахеальным введением пенициллина мы достичь не смогли, однако во многих случаях мы добились значительного улучшения общего состояния, возвращения аппетита и сна, уменьшения кашля, ликвидации зловонного запаха в мокроте и уменьшения ее количества, нормализации температуры, улучшения картины крови, увеличения спирометрических показателей, а также восстановления и сохранения трудоспособности и жизни больных.

Подводя общий итог своим наблюдениям, мы можем констатировать, что метод интратрахеального введения пенициллина при легочных нагноениях является эффективным, особенно при острых абсцессах легких, и менее эффективным при хронических абсцессах и бронхоэктатической болезни. Однако при наблюдении за отдаленными результатами удалось отметить, что среди последней группы больных возможны рецидивы, те или иные осложнения, приводящие в отдельных случаях к инвалидности.

ВЫВОДЫ

1. Являясь результатом многолетних наблюдений, приводимые в нашей работе материалы дают нам основание признать лечение интратрахеальным введением пенициллина одним из наилучших методов консервативной терапии легочных нагноений и рекомендовать его для широкой практики.

2. Указанный метод лечения является наиболее эффективным при острых абсцессах легких и менее эффективным при хронических абсцессах легких, хотя большинство больных и в этом случае становится практически здоровыми людьми.

3. Пенициллина достаточно вводить от 300 тыс. до 500 тыс. ЕД через 1—2 дня, на курс лечения — от 3 млн. до 12 млн. ЕД при острых абсцессах легких и от 6 млн. до 15 млн. ЕД при хронических.

4. При тяжелых состояниях больного или при пенициллино-устойчивых формах, кроме пенициллина, можно с успехом применять биомицин по 100 тыс. единиц через 4 часа в сутки с общим количеством его на курс лечения от 5 млн. до 10 млн. единиц.

5. Лечение больных бронхоэктатической болезнью интра-трахеальным введением пенициллина в подавляющем большинстве случаев приводит к положительным результатам, хотя полного выздоровления и не наступает. На курс лечения таких больных требуется от 1 млн. до 7 млн. ЕД пенициллина.

6. Лечение больных с легочными нагноениями с самого начала следует осуществлять комплексно, используя интра-трахеальное введение пенициллина, лечебное питание (белковая диета), витамины, дозированную дыхательную гимнастику, при показаниях — переливание крови.

7. Больные с легочными нагноениями, в целях достижения стойкого эффекта, после выписки из клиники должны находиться на диспансерном учете.

8. Метод интратрахеального введения пенициллина при нагноительных заболеваниях легких следует в соответствующих случаях рекомендовать для предоперационной подготовки больных.

9. Микрофлора мокроты при легочных нагноениях неспецифична и полиморфна.

ПЕЧАТНЫЕ ТРУДЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ДИССЕРТАЦИИ.

1. К вопросу о лечении нагноительных заболеваний легких интра-трахеальным введением пенициллина. Труды Омского медицинского института им. М. И. Калинина, № 21. Омск, 1957.

2. Лечение абсцессов легких интра-трахеальным введением пенициллина. Труды Омского медицинского института им. М. И. Калинина, № 28. Омск, 1960.

3. Некоторые данные о лечении бронхоэктатической болезни пенициллином. Труды Омского медицинского института им. М. И. Калинина, № 28. Омск, 1960.

4. Биомикробиология в практике лечения нагноительных заболеваний легких. Труды Омского медицинского института им. М. И. Калинина, № 31. Омск, 1960.

