

линов было почти в тех же пределах. В связи с колебаниями белковых фракций альбуминово-глобулиновый коэффициент изменялся от 1,13 до 8,0.

У больных с сердечной формой имеется значительное увеличение количества общего белка в сыворотке венозной крови. У больных с мозговой формой количество общего белка увеличено незначительно, а у больных с почечной и смешанной формами общий белок был в пределах нормы.

Альбумины увеличены у всех гипертоников от 5,86 до 6,61%, а количество глобулинов у них содержится в пределах нормы. Альбуминово-глобулиновый коэффициент при всех формах повышен, и особенно при почечной.

У 127 из 142 (90,6%) больных отмечено увеличение количества общего белка, у всех больных имеется увеличение альбуминов и альбуминово-глобулинового коэффициента, за счет увеличения альбуминов.

При одновременном исследовании следует отметить некоторое увеличение общего белка и альбуминов в сыворотке венозной крови, по сравнению с артериальной.

При исследовании белковых фракций в сыворотке крови одновременно определялся у одних и тех же больных холестерин (у 87), остаточный азот (у 112), аскорбиновая кислота (у 29), сахар (у 18), причем не установлено какой-либо зависимости между количеством белка и вышеуказанными биохимическими составными частями сыворотки крови.

Не установлено и параллелизма между уровнем количества белка и его фракций в крови и уровнем колебания артериального давления.

М. Ф. Богатырев и Н. П. Трофимов (Хабаровск). Из практики лечения гнойных плевритов антибиотиками

Мы наблюдали 37 случаев гнойного плеврита у мужчин в возрасте от 18 до 33 лет.

Гнойные плевриты у них явились результатом осложнения следующих заболеваний: а) крупозной и очаговой пневмонии — 8, б) пневмонии, осложнившейся абсцессом легкого — 7, в) первичного абсцесса легкого — 6, г) пневмонии, осложнившейся экссудативным плевритом — 7, д) экссудативного плеврита, осложнившегося нагноением — 4, е) нагноившегося гемоторакса после проникающего ранения грудной клетки — 2. Первичные гнойные плевриты были у 2, и метастатический (эмболический) гнойный плеврит — у одного.

Диагноз гнойного плеврита был установлен: через 10 дней от начала заболевания — у 11, через 15 дней — у 5, через 20 дней — у 11, через 30 дней — у 7, через 2 месяца — у 2, через 3 месяца — у одного больного. Гнойных плевритов было 25, спонтанных пиопневмотораксов, осложнившихся нагноением, 2, пиопневмотораксов — 10.

У 5 больных абсцесс легкого сообщался через бронх, а у одного эмпиема плевры сообщалась с бронхом, то есть имелся (еще до лечения) плевро-бронхиальный свищ. Из 37 случаев свободных эмпием было 19, из них: а) тотальных — 6, б) средних — 9, в) малых — 4; осумкованных эмпием — 18, из них: а) многокамерных — 5, б) однокамерных — 13.

Окончательный диагноз гнойного плеврита устанавливался на основании пункции плевральной полости.

У 19 больных производилось бактериологическое исследование плеврального пунктата, из них: у 2 флоры не обнаружено; у 3 обнаружен стафилококк, у 12 — стрептококк, у 1 — грам-отрицательная палочка, у 1 — смешанная флора.

Производилось удаление гноя с помощью повторных плевральных пункций и внутриплевральное введение антибиотиков у 18 (из 37).

8 больных излечены с помощью торакотомии с резекцией ребра и дренированием по Субботину — Бюлау (через дренажную трубку в плевральную полость вводились антибиотики).

3 больных, у которых гнойный плеврит явился результатом осложнения после лобэктомии по поводу абсцесса легкого, в дальнейшем лечились пункциями плевры; после эвакуации плеврального содержимого вводились антибиотики.

7 больным производилась торакотомия с резекцией ребер с одновременной тампонадой плевральной полости по А. В. Вишневскому.

Одному больному применена операция Вишневского с одновременным вскрытием осумкованной эмпиемы и абсцесса легкого.

Кроме этих операций, в последующем одному больному дважды производилась торакопластика, и 2 больным проведены оперативные вмешательства с целью закрытия бронхиального свища.

Сроки лечения при острых эмпиемах были следующими: до 45 дней — 3, до 60 — 4, до 75 — 4, до 90 — 1, до 105 — 6, до 120 — 6, до 150 — 3, до 180 — 4, свыше 6 месяцев — 6 больных.

На нашем материале отмечены следующие исходы заболевания: а) массивные спайки плевры — у 15, б) массивные спайки с деформацией грудной клетки — у 13, (в ограниченный пневмосклероз с массивными спайками плевры — у 3, г) осумкованный пиопневмоторакс — у 3, д) значительная деформация грудной клетки с бронхиальным свищем и ограниченной остаточной полостью — у 3.

В заключение, следует подчеркнуть, что применение антибиотиков при гнойных плевритах (внутриплеврально и внутримышечно) в значительном числе случаев дает полное излечение консервативными методами (повторными пункциями с последующим введением антибиотиков), чего нельзя было добиться в доантибиотическую (допенициллиновую) эру.

А. Ш. Шерман (Москва). Клинико-рентгенологическая характеристика больных хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

Больные хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких представляют пеструю по генезу и характеру процесса группу.

Понятны поэтому попытки многих исследователей подразделить больных этой формой туберкулеза легких по различным клинико-рентгенологическим, анатомическим и иммунобиологическим признакам. Однако, эти предложения не всегда давали практическому врачу надежные указания для его терапевтической тактики, и в частности возможности применения хирургических методов лечения.

Шагом вперед является проект комиссии по классификации, предложившей на VI съезде фтизиатров выделить новую клиническую форму — „кавернозный туберкулез легких“.

Это предложение комиссии внесено в целях разграничения хронических фиброзно-кавернозных форм туберкулеза от тех его форм, при которых чаще всего показаны хирургические методы лечения.

Таким образом, комиссия считает *операбельность* критерием для отнесения больных к новой клинической форме.

Наблюдавшиеся нами 150 больных, состоявшие на учете 11-го диспансера, на 1/1 1956 г. по размерам, числу каверн и характеру процесса распределялись следующим образом:

- 1) больные с гигантскими кавернами — 17,
- 2) с множественными кавернами — 16,
- 3) больные с цирротически-кавернозным процессом — 28,
- 4) больные с кавернозным туберкулезом легких — 10,
- 5) с хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких — 79.

У больных с гигантскими полостями процесс носил преимущественно *односторонний* характер.

Все больные, которым казалось возможным провести хирургическое лечение, были направлены на консультацию. В результате отбора успешное оперативное лечение удалось осуществить только двум больным.

Вторую группу составили 16 больных с множественными (по 3 и более) полостями распада. Прогноз почти у всех был неблагоприятным. Оперативное вмешательство не могло быть рекомендовано по характеру процесса.

Из 28 больных с цирротически-кавернозным туберкулезом у 19 процесс был *односторонним*, тотального типа, у 3 — лобарное поражение, и у 6 — двусторонняя верхушечная локализация цирроза со сходными патоморфологическими изменениями.

Из больных этой группы успешное оперативное лечение удалось осуществить только трем; двум из них сделана плевропульмонэктомия и одному — шестистадная торакопластика по поводу эмпиемы и цирротически-кавернозного туберкулеза правого легкого.

В IV, прогностически наиболее благоприятную, группу отнесены 10 больных кавернозным туберкулезом легких.

Наши наблюдения показывают, что одни консервативные методы, даже при длительном антибактериальном лечении, являются ненадежными и не дают стойкого эффекта у больных с кавернами более 3 см в диаметре. Каверны же большего размера, как правило, не имеют тенденции к закрытию, постепенно увеличиваясь в объеме.

Своевременное оперативное лечение является в таких случаях методом выбора.

Изучая операбельность остальных 79 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, мы выявили, что 15 из них возможно применить тот или иной вид оперативного вмешательства, которое удалось осуществить 5 больным (4 была сделана торакопластика, и 1 — экстраплевральный пневмолиз).

Подводя итоги, следует подчеркнуть, что операбельные больные имеются не только среди больных кавернозным туберкулезом, но и при других, иногда очень тяжелых, проявлениях чахотки. Это обстоятельство свидетельствует о жизнеспособности и необходимости внедрения критерия операбельности (курабельности) в диспансерную практику.

Среди наблюдавшихся нами 150 больных у 40 были показания для хирургического лечения. Прооперировать же удалось 11 человек. У 10 получен вполне обнадеживающий результат. Состояние одного больного осталось без перемен. Остальные от оперативного лечения отказались, 5 из них умерли, у 15 отмечено ухудшение, у 5 состояние осталось без перемен, у 4 наступило затихание процесса.

Наибольшие затруднения в расширении оперативной помощи больным деструк-