

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-

тивными формами туберкулеза легких заключаются в отказе больных от хирургических вмешательств. Поэтому самая широкая популяризация эффективности и целесообразности хирургических методов лечения является важной задачей всей противотуберкулезной организации.

Г. М. Троцкая (Ленинград). Дионин-электрофорез при лечении гриппа

При гриппозной инфекции, кроме местных нарушений со стороны органов дыхания, имеются и явления общей интоксикации с вовлечением в процесс нервной системы. Вероятность эффективности дионин-электрофореза у гриппозных больных нами основывалась на том, что дионин-электрофорез, проведенный методом Шербака в области плеча, оказывает через нервные приборы общее стимулирующее действие на анимальные и вегетативные функции нервной системы и благотворно влияет на состояние органов дыхания.

Дионин-электрофорез у гриппозных больных проводился: 1) при неосложненном гриппе в целях повышения общей реактивности больного и 2) при осложненном гриппе с поражением органов дыхания (ларингиты, трахеиты, бронхиты, пневмонии и др.) в целях разрешения воспалительных явлений. При проведении дионин-электрофореза у больных неосложненным гриппом использовался 0,2% раствор солянокислого дионина, в количестве 5 мл на 1 процедуру. Дионин вводился в область средней трети плеча (по методу Шербака) при апплицировании электрода, связанного с катодом, в область шейных симпатических ганглиев (задне-боковую поверхность шеи). Electroды брались площадью по 250 см² каждый. Сила тока доводилась до 12—30 мА, длительность процедуры — до 20—30'. Лечение назначалось ежедневно в течение 2—3 дней, независимо от дня заболевания.

У больных осложненным гриппом раствор дионина брался той же концентрации, в количестве 5—10 мл на 1 процедуру. Дионин вводился в область пораженного органа (глотка, трахея, гильсы, легкие) при поперечном наложении электродов. Площадь прокладок варьировала от 150 до 450—600 см² (каждая пара соответственно величине очага поражения). Длительность процедуры доводилась от 10—12' (при ларингитах и трахеитах) до 30—40' (при бронхитах, бронхоэктазах, пневмониях и др.).

Первые 3—6 процедур в этих случаях проводились ежедневно, последующие 3—9 процедур — через день (в зависимости от характера осложнений и длительности их течения).

Метод дионин-электрофореза почти во всех случаях нами использовался без применения больных каких-либо других средств (кроме сердечных и витаминных у части больных), что диктовалось необходимостью выяснения лечебной эффективности изучаемого метода.

Полученные результаты сопоставлялись с аналогичными показателями контрольных групп гриппозных больных.

Работа проводилась в периоды эпидемических вспышек гриппа в Ленинграде, начиная с 1947 г. Всего за это время мы наблюдали 1162 больных гриппом, из них: 461 больного легкой формой, 507 — средне-тяжелой, 194 — тяжелой (у 5 больных этой группы отмечался энцефаломенингеальный синдром).

Вирусная этиология была подтверждена из 496 у 318 больных, что составляет 64,1%. При этом больший процент продолжительных находок падал на вирус типа „В“.

Из общего числа больных неосложненный грипп диагностирован у 619 человек и грипп с осложнениями — у 543. 355 больных лечились в клинических условиях, остальные путем патронажа на дому.

В качестве контроля служили 3 группы больных, одна из которых находилась на лечении симптоматическими средствами (88 чел.), вторая группа — на лечении ингаляциями аэрозоля пенициллина по методу С. Я. Кофмана (72) и, третья группа больных — находящаяся на лечении инфузиями антигриппозной сыворотки по методу А. А. Смородинцева (102).

Для учета показателей по каждой группе брались лишь больные, относительно равноценные по срокам заболевания, температурной реакции, выраженности интоксикации и катаральных явлений со стороны органов дыхания. Одновременно учитывались форма заболевания, эпидемиологические данные и вирусологическое подтверждение.

Снижение температуры и уменьшение катаральных явлений в первые двое суток от момента лечения при дионин-электрофорезе и специфической терапии наблюдались у 30%; среди больных, леченных симптоматическими средствами, — у 7%. Купирование интоксикации раньше наступает при лечении дионин-электрофорезом и значительно позже — во всех контрольных группах.

Следует отметить, что показатели коечного лечения у больных, леченных дионин-электрофорезом (3,7 — 4,2 дн.), почти в 2 раза ниже по сравнению с 1 контрольной группой (7,3—8,4 дн.) и приближались ко II и III группам (4,1, 4,8 дн.).

В случаях лечения больных осложненным гриппом (пневмонии, бронхиты, ларингиты, трахеиты и др.) также отмечаются благоприятные результаты. Койко-день при