

астматический бронхит (у 5 — в сочетании с эмфиземой и пневмосклерозом). Длительность заболевания колебалась от 6 месяцев до 10 лет и более.

Лечение бенамоном осуществлялось согласно инструкции: по 1 таблетке 2—3 раза в день; продолжительность курса лечения составляла в среднем 2—3 недели. Сроки лечения приходилось сокращать или отменять бенамоном, если терапевтический эффект не выявлялся в первые дни лечения или процесс обострялся. Подавляющее большинство больных получало один бенамон и индифферентную микстуру, и только иногда назначение изучаемого препарата сочеталось с антибиотиками, отхаркивающими средствами и другими медикаментами.

В результате проведенного лечения у 9 больных отмечено значительное улучшение состояния (полное прекращение приступов удушья, исчезновение хрипов в легких, отсутствие жалоб).

Улучшение констатировано у 4 больных; последнее проявилось значительным ослаблением и урежением приступов удушья, заметным улучшением состояния больных, уменьшением хрипов в легких.

У 5 больных бенамон вызвал незначительное улучшение состояния. Не отмечено никакого эффекта у 4 больных, а у одного наступило ухудшение.

ВЫВОДЫ

1. Лучшие результаты лечения бенамоном получены при бронхиальной астме без выраженных сопутствующих хронических изменений со стороны легких и бронхов.
2. Побочные явления при лечении бронхиальной астмы бенамоном в форме слабости, головокружения, потливости наблюдаются нечасто и скоро проходят при отмене препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гогин Е. Е. Клини. мед. 1956, 1. — 2. Коган Б. Б. Бронхиальная астма. Медгиз, М., 1959.

УДК 616.24 — 002

ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ПНЕВМОНИЙ НА ДОМУ

Б. А. Рывкин, Ф. З. Рывкина, Л. Н. Футрицкий

Поликлиники № 13 (главврач — М. Н. Офицеров) и № 5 (главврач — З. С. Иванова) г. Ленинграда

Заболеваемость острыми пневмониями в 1961—1963 гг., по нашим данным, составляла 5,8—7,9 на 1000, в том числе крупозной пневмонией 0,16—0,21.

Из общего числа больных очаговыми пневмониями было госпитализировано 24—30%. Таким образом, основная масса больных получает лечение в условиях «стационара на дому», а правильная организация этого лечения является важным разделом работы поликлиники.

Нами проанализированы 227 историй болезни больных очаговыми пневмониями, леченных на дому. Среди них мужчин было 89 (40%) и женщин — 138 (60%), лиц старше 50 лет — 47,5%; повторно болеющих пневмонией — 23%. У 27% больных пневмония протекала на фоне хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы, а в 18% сочеталась с хронической патологией органов дыхания. «Гриппозные пневмонии» были у 25,1% больных, у 34,3% развитию пневмонии предшествовали острые катары верхних дыхательных путей и бронхиты, у 2,8% травмы грудной клетки и у 37,6% — факторы, способствующие развитию пневмонии, выявлены не были. Воспаление в правом легком было у 48%, в левом — у 39,5%, двустороннее — у 12,5% больных.

Клиническая картина при очаговых пневмониях складывалась из проявлений токсикоза (боли головные, в глазных яблоках, мышечные; адинамия) и локальных симптомов, связанных с воспалительным процессом в ткани легкого. Явления сердечно-сосудистой недостаточности отмечены лишь у 11,3% больных, причем все они были старше 50 лет или страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Острое начало наблюдалось у 50,6% больных, оно более характерно для «гриппозных пневмоний», протекавших, как правило, с выраженной интоксикацией и лихорадкой. Но в целом мы не можем полностью согласиться с В. В. Ставской (1963) и Н. С. Молчановым (1964), отмечавшими острое течение очаговых пневмоний с выраженными физикальными данными и температурой.

В 84% отмечалось повышение температуры, но в 80,5% от числа заболеваний, протекавших с лихорадкой, повышение температуры отмечалось не более 5—7 дней, чаще всего носило субфебрильный характер и в 13% превышало 39°. Пневмония с нормальной температурой встретилась у 16% больных. Характерно также отсутствие у большинства больных значительного лейкоцитоза. Лейкопения отмечалась в 18%, нормальное содержание лейкоцитов — в 18,9%, лейкоцитоз до 10000 — в 60,8% и более

10000 — в 2,3%. В большинстве случаев было значительное ускорение РОЭ, которая у 30% больных превышала 30 мм/час.

Выраженное притупление перкуторного тона было в 26%, изменение характера дыхания (главным образом жесткое) в 89%, влажные хрипы — в 82%. При рентгенологическом исследовании, проведенном в первые 5 дней от начала заболевания, в 75,2% отмечалась более или менее интенсивная инфильтрация, в 18% — интерстициальный характер процесса. У 6,8% рентгенологические признаки пневмонии отсутствовали.

Явления очагового нефрита отмечались у 10,3% больных.

Бактериологическое исследование мокроты проведено методом простой бактериоскопии у 141 больного. Смешанная кокковая флора обнаружена в 55%, пневмококки — в 24%, стрептококки — в 14,5% и стафилококки — в 6,5%.

Несоответствие между нашими материалами о характере клинического течения очаговых пневмоний и имеющимися литературными данными объясняется тем, что последние основаны на данных стационаров, куда попадает лишь незначительная часть больных очаговыми пневмониями с преимущественно тяжелым течением заболевания.

При анализе лечения больных на дому были выявлены три основных недостатка:

1) недостаточная длительность лечения, временная нетрудоспособность в среднем составляет 13,6 дня;

2) недостаточное применение антибиотиков широкого спектра действия (в 10%) и дуранных препаратов пенициллина (в 2,8%). Короткие курсы антибактериальной терапии — в среднем 5,7 дня и нерациональное введение пенициллина в виде двукратных инъекций в сутки;

3) крайне недостаточное применение общеукрепляющих и патогенетических методов лечения. Так, кислородотерапия применялась у 17%, физиотерапевтическое лечение — у 1,5% больных.

В условиях лечения на дому проведение этиотропной терапии усложняется в связи с затруднениями при определении чувствительности к антибиотикам и невозможностью четырех- и шестикратных инъекций пенициллина.

В целях изучения эффективности лечения в зависимости от характера антибактериальной терапии нами проанализированы результаты лечения у 265 больных.

Все больные разделены на 4 группы, равноценные по количеству больных, возрастно-половому составу и характеру течения заболевания.

В I гр. лечение проводилось пенициллином, вводимым внутримышечно двукратно по 250000 ед. и сульфаниламидами по схеме, во II гр. — пенициллином и стрептомицином по 250000 ед. 2 раза в сутки и сульфаниламидами, в III гр. — бициллином по 600000 ед. раз в 6 дней и сульфаниламидами, в IV гр. — тетрациклином по 200000 ед. 4 раза в сутки или левометицином по 0,5 4 раза в сутки и сульфаниламидами. Результаты лечения оценивались по скорости рассасывания инфильтрации, определяемой при повторных рентгенологических исследованиях. Достоверность разности показателей проверена статистически в отношении данных о рассасывании в период от 7 до 14 дней и позднее 14 дней. При этом разность показателей более чем в 3 раза превышает свою ошибку.

Динамика обратного развития воспалительных изменений (в процентах от общего числа больных)

Группы	До 7 дней	От 7 до 14 дней	Позднее 14 дней
I	2,5	35,0	62,5
II	5,1	29,5	65,4
III	2,5	72,5	25,0
IV	3,3	60,0	36,7

Таким образом наилучшие результаты получены при лечении бициллином и антибиотиками широкого спектра действия. Применение пенициллина при условии двукратного его введения даже при комбинации со стрептомицином не обеспечивает быстрого выздоровления.

ВЫВОДЫ

1. Основная масса больных очаговыми пневмониями лечится в условиях «стационара на дому», и правильная организация этого лечения имеет большое практическое значение.

2. Лечение больных должно проводиться не менее 3 недель.

3. Антибактериальная терапия должна проводиться курсами длительностью не менее 2 недель, а наиболее показанными антибиотиками должны быть бициллин и антибиотики широкого спектра действия.