

О положительном влиянии длительного консервативного лечения антибактериальными препаратами хронических пневмоний и бронхитов имеются также и литературные данные, подтверждающие возможность успешного их использования в терапии больных хроническими пневмониями. Единственным аргументом против длительного применения антибактериальных препаратов, на наш взгляд, могут быть указания о возможности снижения активности иммунных реакций организма [1, 6 и др.], однако эти данные были получены в основном в экспериментах с использованием очень высоких доз препаратов и пока едва ли могут безоговорочно учитываться в клинике.

Способность хронического воспаления в бронхо-легочной системе к инволюции и его влияние на иммунологическую реактивность больного подтверждаются нашими исследованиями факторов неспецифической защиты организма (титра нормальных антител, бактерицидной активности и др. тестов), которые позволили установить, что клинкорентгенологическая ремиссия значительно опережает по времени нормализацию показателей, характеризующих состояние общей иммунологической реактивности. Ее восстановление возникало обычно лишь на фоне пролонгированного лечения бициллином, депо-сульфаниламидами и патогенетическими и симптоматическими средствами.

ВЫВОДЫ

1. Критериями к прекращению активного лечения больных хронической пневмонией являются: клинкорентгенологическая ремиссия; нормализация биохимических и иммунологических тестов, характеризующих активность бронхо-легочной инфекции; восстановление или стабилизация параметров внешнего дыхания.

2. Комплексное, массивное и настойчивое лечение больных хронической пневмонией, проводимое не только в период обострения воспалительного процесса в бронхо-легочной системе, но и в период ремиссии, может приостановить прогрессирование процесса у них, а при начальных стадиях заболевания — даже способствовать полному их излечению или сохранению трудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаклиец И. Н. В кн.: Антибиотики. Киев, 1968.
2. Вотчал Б. Е. Клин. мед., 1967, 7.
3. Долматов Д. Г. Тер. арх., 1968, в. 5.
4. Жуков Н. А., Хорошило О. В. Тер. арх., 1972, в. 8.
5. Линденбратен Л. Д., Шехтер А. И. Сов. мед., 1972, 4.
6. Тихий А. К. В кн.: Антибиотики. Киев, 1969.
7. Углов Ф. Г. Материалы выездной комиссии ВНИИП. Саратов, 1971.
8. Хендонгина В. Г. и Городовская Н. Б. Тез. докл. межвузовской научн. конф. вузов Сибири и Дальнего Востока, посвящ. проблеме: «Хронические неспецифические заболевания легких и легочное сердце». Томск, 1969.

Поступила 21 августа 1973 г.

УДК 616.24—002:616.24—005.3

О ТЕРАПИИ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Доктор мед. наук А. Н. Кокосов, Т. О. Мельникова, Ю. А. Попов

Отделение неспецифических пневмоний (руководитель — доктор мед. наук А. Н. Кокосов) и отдел клинической физиологии (руководитель — проф. А. Д. Смирнов) Всесоюзного научно-исследовательского института пульмонологии МЗ СССР, Ленинград

В лечении легочного сердца и его недостаточности большое значение принадлежит комплексной этио-патогенетической терапии. За 1970—1971 гг. мы наблюдали 190 больных с легочным сердцем, развившимся

на фоне хронической пневмонии (80 больных) либо хронической пневмонии в сочетании с бронхиальной астмой (110 больных). Следует отметить, что во втором случае происходило более быстрое формирование легочного сердца, а в дальнейшем и декомпенсация его.

У всех больных была выявлена различной степени активности воспалительного процесса, который, по нашему мнению, служил пусковым механизмом в прогрессировании легочно-сердечной недостаточности.

При организации лечения мы придаем большое значение активности воспалительного процесса в легких, его своевременному выявлению и интенсивному лечению. Стойкость легочно-сердечной недостаточности и ее резистентность к сердечным и мочегонным обычно вызывается вялотекущим воспалительным процессом, усугубляющим миокардиодистрофию. Это диктует необходимость включения в лечебный комплекс средств, направленных на ликвидацию активности воспалительного процесса в легких (антибиотики, аспирин, хлористый кальций), а также препаратов, корригирующих биохимизм сердечной мышцы (АТФ, кокарбоксилаза, витамины группы В, С и др.). Очень важна санация очагов внелегочной инфекции (гнояного тонзиллита, синусита, кариеса зубов, латентно текущего холецистита), ибо их активность поддерживает, с одной стороны, воспалительный процесс в легких, с другой — дистрофический процесс в миокарде, увязывая их в сложный конгломерат патологически обусловленных висцеро-висцеральных взаимоотношений. Мы уделяем также внимание средствам и приемам, восстанавливающим дренажную функцию бронхов и бронхиальную проходимость (различные формы эндобронхиальной санации, постуральный дренаж). К сожалению, на поздних стадиях легочно-сердечной недостаточности их применение лимитируется тяжелым общим состоянием больного.

Для подавления активного инфекционно-воспалительного процесса используем в первую очередь антибиотики с учетом чувствительности к ним микрофлоры мокроты (наиболее часто — группу пенициллинов и стрептомицина, а также антибиотики тетрациклинового ряда). Сравнительно редко антибиотики комбинируем с сульфаниламидами. Это обстоятельство объясняется тем, что при выраженной легочно-сердечной недостаточности (III стадии) с застойными явлениями в большом круге кровообращения, в частности в почках, применение сульфаниамидов может привести к образованию сульфамидных камней.

У больных с преимущественно легочным типом легочно-сердечной недостаточности наиболее эффективным было применение эуфиллина и его аналогов внутривенно (струйно или капельно) и кислородотерапии. При наличии бронхоспазма и гипотонии оказалось целесообразным применение эфедрина.

Тахикардия, застойное увеличение печени и другие признаки сердечного типа легочно-сердечной недостаточности обычно являлись показанием для назначения сердечных гликозидов и мочегонных средств. Из них мы наиболее часто применяли строфантин и коргликон (внутривенно струйно или капельно), а также сердечные гликозиды типа изоланида, лантозида, дигоксина (в таблетках). Парентеральное введение строфантина, коргликона и их аналогов в условиях стационара должно завершаться назначением этим больным таблетированных форм чистых сердечных гликозидов из группы дигиталиса в отрегулированных дозах, с продолжением применения их в амбулаторных условиях.

Из современных диуретических препаратов мы чаще давали нашим больным фуросемид, гипотиазид, лазикс и новурит. Альдактон, а также венгерский препарат верошпирон, воздействующие на вторичный альдостеронизм, показаны при наличии выраженных отеков.

Особенностью лечения больных с полиглобулическим типом легочно-сердечной недостаточности является применение антикоагулянтов, преимущественно непрямого действия (синкумар, омефин). Примером симп-

томатической терапии может также служить использование пиявок и кровопусканий.

Всем таким больным следует назначать ингаляции кислорода в смеси с воздухом, а также камфару, кордиамин, витамины в общепринятых дозах.

В формировании и развитии легочного сердца у больных хронической пневмонией мы отводим основную роль гипертензии малого круга кровообращения и поэтому придаем большое значение ее раннему выявлению с помощью косвенных электрографических методов исследования (кинетокардиографии — ККГ). При отсутствии противопоказаний осуществляем прямую катетеризацию правых камер сердца с проведением функциональных проб с препаратами гипотензивного действия (эуфиллин). Отмечая случаи резистентности легочной гипертензии к эуфиллину, мы заинтересовались новым ганглиоблокирующим препаратом — имехином, синтезированным во ВНИИХФИ.

У 19 больных с тяжелой формой бронхиальной астмы, не уступающей общепринятому лечению, во время катетеризации легочной артерии с целью диагностики гипертензии малого круга кровообращения нами проводились функциональные пробы с имехином. Вводили 0,2—0,6 мл 0,1% раствора имехина одномоментно медленно в 10 мл физиологического раствора в легочную артерию через сердечный катетер под контролем давления в системе легочной артерии и большого круга кровообращения. У всех больных этой группы отмечено снижение давления в легочной артерии с нормализацией его по времени от 3 до 10-й минуты. Это послужило для нас поводом к последующему курсовому лечению имехином больных с легочной гипертензией (на протяжении 10—14 дней вводили внутривенно медленно 0,5 мл имехина в 200 мл 0,5% раствора глюкозы или физиологического раствора под контролем периферического АД).

У всех больных этой группы в результате такого лечения достигнут значительный эффект: наблюдалось прекращение приступов удушья, снижение к концу лечения давления в легочной артерии (по данным ККГ), а в ряде случаев — и стойкая нормализация его.

У 10 больных был проведен 10—14-дневный курс лечения имехином под контролем давления в легочной артерии непрямым способом (данные ККГ до и после лечения), также с хорошим эффектом.

У 18 больных при катетеризации легочной артерии выявлена отчетливая положительная реакция на эуфиллин (снижение давления в легочной артерии), что послужило основанием для длительного его назначения этим больным. Результат был хорошим.

Больным, у которых давление в легочной артерии было невелико, а отмечалась резко повышенная работа правого желудочка сердца, мы проводили более активную терапию кардиотоническими средствами, что давало возможность сочетать их в последующем с малыми дозами ганглиоблокаторов.

Поступила 18 декабря 1972 г.

УДК 616.12—008.46

ДИФФУЗИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ЛЕГКИХ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ И ЛЕГОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В. М. Андреев, Э. Ф. Пичугина, Ю. Г. Абдрафиков, Н. А. Романова

*Кафедра терапии № 1 (зав.—проф. Л. М. Рахлин) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина и Казанское СКТБ «Медфизприбор» (нач.—М. И. Абдрахманов)*

В нарушении газообмена у больных с заболеваниями сердца и легких имеет значение и уменьшение диффузии кислорода через альвеолярно-капиллярную мембрану. Однако до сего времени врачи сталкивались с большими трудностями при определении диффузионной способности легких (ДЛ).