

Прив.-доц. Ф. Ф. ПИАЙД

К вопросу о лечении абсцессов легких и затяжных пневмоний внутривенным вливанием спирта

Из терапевтической клиники (дир. доц. Н. В. Иванов) II Ленинградского медицинского института и больницы „Памяти 25 Октября“ (главврач Д. Н. Верховский).

За последнее время число больных с абсцессом и гангреной легких значительно возросло, что ставится в связь, с одной стороны, с более точной диагностикой, а с другой стороны—с повторными гриппозными эпидемиями, осложнениями которых и дают большой процент нагноительных процессов в легких.

Это увеличивающееся количество больных с нагноительными процессами в легких делает актуальным вопрос о лечении.

Есть много способов лечения, но нет радикального средства. Большинство хирургов считает, что при нагноениях в легких с операцией спешить не надо. В течение шести недель—двух месяцев ведется консервативная терапия,—и если нет улучшения, тогда производится операция (мнение докладчиков французского медицинского конгресса в 1932 г.). По Шааку операция показана после 4—5 недель малоуспешного или безрезультатного терапевтического лечения в случаях средней тяжести и значительно раньше, а иногда и немедленно в тяжелых бурно-протекающих случаях. Основным оперативным способом является пневмотомия.

К более консервативным хирургическим способам относятся: искусственный пневмоторакс в свежих случаях, центрально-расположенных и сообщающихся с бронхом. Торакопластика—при одностороннем поражении легкого и френикоэксерез.

Из терапевтических средств, предложенных для лечения нагноительных процессов в легких, популярностью пользуются сальварсан, способ лечения сухоедением, рентгенотерапия, уротропин, переливание крови, у отдельных авторов—блокада, и, особенно за последнее время, с легкой руки французских авторов—лечение алкоголем. Гольдкорн предложил интравенозные вливания бензойного натрия.

В „Presse Medicale“ (№ 1 за 1931 г.) опубликованы наблюдения Ландау, Фейгина и Бауэра над применением ежедневных внутривенных инъекций по 25 см³ 33% раствора алкоголя в двух случаях острого легочного абсцесса (возраст больных 20 и 28 лет); оба больных, лечившиеся от 35 до 50 дней, выздоровели, дальнейшая судьба их не прослежена. Лечение начато было 6 VII, а уже 11/VII отмечено улучшение пульса, уменьшение его частоты, более легкое и неболезненное выделение мокроты, исчезновение запаха, уменьшение количества мокроты и падение температуры. Авторы полагают, что введенный спирт таким образом попадает через правое сердце непосредственно в легкое, где захватывается ретикулоэндотелиальным аппаратом, который алкоголем активизируется; по их мнению, внутривенно введенный алкоголь обладает бактерицидным свойством и воздействием на самую ткань—„пневмотропизмом“. Наряду с алкоголем больные получали два раза в день 5—10 см³ инсулина—„для предотвращения повреждения паренхимы печени“. В 1932 г. Ландау и Коннер опубликовали новые три случая—с хорошим успехом. Эти авторы рекомендуют лечить алкоголем и затяжные форты пневмоний. В 1935 г. Симон и Ма из Шербургского военного госпиталя применили алкоголь в 4 случаях с хорошим успехом. В этом же году Нандрис излечил три острых абсцесса у детей. Этот способ дал хорошие результаты в 8 случаях острого абсцесса легких у Ферро-Лючи-Джиованни; 4 случая излечения алкоголем описал Коста. Однако ряд авторов—Сержан, Рекордье, Дюмон—относится отрицательно к этому способу лечения.

Внутривенное введение 33% раствора алкоголя в клинике внутренних болезней впервые предложил Тюрж при лечении рака, затем он так же лечил пuerперальный сепсис и эндокардит. Однако общего признания в терапии сепсиса этот метод не получил. Тюрж применял большие дозы 100—300 см³ 33% раствора алкоголя в физиологическом растворе; он излечил этим способом два случая тяжелой гангрены.

В советской литературе имеются по этому вопросу работы Салищевз, Грибовой,

Ратнера и Крохта, Егорова, Иванова, Агромолова и Штернберга. У всех названных авторов, кроме Штернберга, получились хорошие результаты. Салищев подчеркивает бактерицидную и пищевую роль алкоголя; он применял алкоголь в комбинации с аутогемотерапией. Грибова объясняет терапевтический эффект алкоголя „пневмотропизмом“, который обосновывается: а) циррогенным действием алкоголя на мезенхиму и в) активной гиперемией со стороны легочной артерии, где концентрация спирта будет естественно больше и со стороны бронхиальной артерии в меньшей степени. Бактерицидному действию алкоголя Грибова не придает большого значения, так как концентрация незначительна. По Егорову—введенный в кровь концентрический раствор алкоголя вызывает резкую денатурацию и альтерацию белков как плазмы, так и клеточных элементов крови, а следовательно сразу попадают чуждые организму альтерированные белки в пораженное легкое; эти альтерированные белки могут вызвать резкое неспецифическое раздражение прежде всего активной мезенхимы; кроме того, чуждый белок должен вызвать резкую активацию мощного ретикуло-эндотелиального аппарата легких. По Иванову спирт изменяет белково-коллоидный статус, несомненно активирует проявление иммуногенной функции ретикуло-эндотелиальной ткани, наибольшая эффективность достигается в ранних случаях нагноений, когда образуются полости лишь начинается; спирт может быть с успехом применен и в целях предупреждения развития абсцессов при затянувшихся пневмониях. Автор рекомендует комбинировать терапию спиртом с аутогемотерапией, неосальварсаном и рентгенотерапией. Штернберг (из клиники Лурия) скептически относится к лечению алкоголем абсцессов легких: он откасывал из полости абсцесса (на трупном материале) небольшое количество содержимого и ставил ряд посевов с прибавлением алкоголя: сравнивая контрольные посевы с культурой, где имела примесь 20% алкоголя, он убедился в том, что спирт бактерицидного действия не оказывает.

„Пневмотропизм“ алкоголя, по мнению Ландау и Фейгина, состоит в том, что легочная ткань, содержащая большое количество липоидов, задерживает алкоголь в большом количестве, чем другие паренхиматозные органы. При проверке на кроликах, которым вводился алкоголь, как в острых опытах, так и в хронических случаях пневмотропизм не мог быть подтвержден: алкоголь не был обнаружен в легких трупов, в то время как в печени и кишечнике он был найден.

Мы применяем вливание спирта при лечении нагноительных процессов в легких, а также при затянувшихся осложненных воспалениях легких (карнификациях, индurations легкого и т. п.). Наш материал состоит из 24 случаев абсцесса, 4 случаев гангрены и 25 случаев затянувшейся, осложненной пневмонии. Все абсцессы свежего характера, давностью от 5 дней до одного месяца, все—после гриппа или как осложнение пневмонии (чаще гриппозной). У девяти больных абсцессы легких протекали крайне тяжело, они занимали большие участки легкого; в одном случае были множественные абсцессы во всех долях правого легкого (больной С-ов), в другом (больной О-пов)—большие, единичные абсцессы в нижних долях обоих легких. Температура у этих девяти больных—гектического характера, сильно выражена общая интоксикация, количество мокроты от 300 до 500 см³, мокрота с резким вонючим запахом.

Рентгеноскопия и рентгенограмма давали обширные затемнения легочного поля, в центре затемнения—большие полости обычно округлой формы, нередко заполненные жидкостью с горизонтальным уровнем. При физическом исследовании—в начале симптомы инфильтрации легких, затем при размягчениях—хрипы влажные, разнокалиберные, часто звучные, иногда звучно крепитирующие; при наличии полости—амфорическое дыхание. Мэк-Клор от 6—8 до 15—20°, РОЭ от 36 до 68 мм; лейкоцитоз—от 12 до 30 тысяч. Двое больных через несколько дней после поступления в клинику получили осложнения: один пневмоторакс, другой—эмпиему. Из этих девяти случаев пять умерло у нас в клинике, секция подтвердила клинические данные. Один больной выписался в состоянии значительного улучшения: абсцесс в нижней доле левого легкого уже не определялся (ни клинически, ни рент-

генологически), а в нижней доле правого легкого клинически исчезли полостные симптомы, оставались лишь единичные влажные хрипы, частью звучные, рентгенологически же определялся небольшой участок инфильтрации. Трое больных переданы после безрезультатного лечения алкоголем хирургам, причем после произведенной операции один (больной К-ов) скончался, а двое стали медленно поправляться и выписаны в удовлетворительном состоянии.

В этой группе больных с абсцессом было произведено четыре внутривенных вливания одному больному; по десяти вливаний—шести больным; двум больным сделано 15 вливаний. В остальных 15 случаях абсцессы легких протекали легче: с меньшим количеством мокроты (от 75 до 200 см³), причем мокрота была менее зловонная, рентгеновское исследование давало как затемнения, так и полости значительно меньших размеров, температура была гораздо ниже, чем у предыдущей группы (вечерняя температура не превышала 38,6—38,8°), самочувствие более или менее удовлетворительное, жалобы лишь на боли в груди и кашель; аускультативные и перкуторные данные нередко напоминали экссудативный плеврит, не совпадая лишь границами тупости, в других случаях напоминали пневмоническую инфильтрацию и только в редких случаях давали полостные симптомы. Нередко объективные данные (перкуторные и аускультативные) были крайне пестры и непостоянны: то притупление, то тимпанит резкой интенсивности, иногда едва определяемые; хрипы то обильные, влажные или сухие, то скудные, иногда влажные, звучные, иногда крепитирующие; дыхание то жесткое, то бронхиальное, изредка с амфорическим оттенком, то неопределенное или резко ослабленное—все в зависимости от величины, локализации и стадии развития очага.

Иногда почти никаких объективных физикальных данных, в случаях локализации абсцесса в глубоких, центральных отделах легких, в области ворот легких; в таких случаях только зловонная мокрота и рентгенологические данные, указывающие на полость, давали основание для правильной диагностики: „Мэк-Клор“ здесь от 20 до 45', РОЭ от 50 до 30 мм; обе эти реакции, как правило, всегда совпадали: при ухудшении процесса „Мэк-Клор“ удлинялся, нередко приходил к норме (55—60'), а РОЭ снижалась до 20—15—10—8 мм. В этой группе было проделано от 6 до 12 вливаний, начиная с 15 до 60 см³ 25% раствора алкоголя.

С гангреной легкого было 4 больных; в трех случаях процесс локализовался в нижней доле правого легкого—все случаи тяжелые; двое больных умерло, им успели сделать лишь 3 и 4 вливания; два после малоуспешного лечения алкоголем переданы хирургу, после операции один скончался, у другого наступило медленное выздоровление.

В 17 случаях из 24 абсцессы располагались в верхних долях легкого: 12 в правом легком и 5 в левом.

Как осложнение от вливания спирта отмечались иногда тромбозы вен.

Из второй группы больных с абсцессом в более легкой форме 6 больных выписались в состоянии выздоровления, 9 человек,—в состоянии значительного улучшения, граничащего с выздоровлением.

Показателем эффективности лечения мы считаем: снижение температуры, уменьшение или прекращение кашля и мокроты, улучшение ее запаха или исчезновение его, снижение лейкоцитоза, нормальное РОЭ или значительное замедление его, улучшение общего самочувствия, изменения рентгеновской картины (исчезновение затемне-

ния, или резкое его уменьшение, исчезновение полости), обратный сдвиг формулы крови, прибавка в весе, нормальная внутрикожная реакция (Мэк-Клор и Ольдрич), появление аппетита. Группа из 25 больных с затяжной, осложненной пневмонией дала 3 случая смерти, причем один случай осложнился гнойным менингитом, что и явилось ближайшей причиной смерти; другие два погибли при явлениях сердечной слабости. Остальные затянувшиеся и осложненные случаи, обычно после 4—5 вливаний, резко улучшались: уменьшался или исчезал кашель, исчезала мокрота, падала температура (обычно литически), пропадали хрипы, уменьшалась или исчезала тупость или притупление. РОЭ и Мэк-Клор становились нормальными, клиническая картина крови резко улучшалась, в нескольких случаях пришла к норме, рентгенологически—затемнения (инфильтрированные участки) уменьшились или совершенно исчезли, появлялся аппетит, хорошее самочувствие и прибавка в весе. Больным этой группы проведено было от 8 до 14 вливаний.

Возраст больных с гнойными процессами в легких колебался от 28 до 60 лет, пневмоники были более молодого возраста от 16 до 45 лет. Вначале, когда мы приступили к лечению алкоголем, мы вводили 33% раствор, но резкие боли в руке, ухудшение самочувствия, в некоторых случаях беспокойство и плохой сон, частые облитерации вен в местах вливания, заставили нас перейти на вливание 25% раствора алкоголя. Вливания мы делали через день, начинали с 10 см³ и доходили обычно до 40, в некоторых случаях до 60 см³.

Как правило, наши больные во время лечения алкоголем другого лекарства не получали. Шесть больных после безуспешного лечения алкоголем (4—с абсцессом и два с гангреной), были переведены на неосальварсан; не получив и от него улучшения, пользовались малыми дозами рентгенотерапии, но и здесь не имели успеха, затем были переведены в хирургическое отделение, где четверо после операции медленно поправились и в удовлетворительном состоянии выписались, а двое—умерли.

Считаем нужным отметить, что при всех нагноительных процессах в легких мокрота всегда была полимикробной: обычно *bac. fusiformis* в небольшом количестве, пневмококки, грамположительные палочки, кокки, и диплококки, стрептобациллы, иногда винцентовы палочки, ни разгу палочки Коха не были найдены.

Выводы

1. Хорошие результаты лечения алкоголем достигнуты во всех легких случаях абсцессов и частично в случаях средней тяжести, возможно здесь были и случаи спонтанного излечения.

2. В тяжелых случаях (распространенные абсцессы с большими полостями, более давнего происхождения) эффекта от лечения алкоголем не получено.

3. При лечении гангрены спиртом отмечено ухудшение.

4. Ободряющие результаты лечения спиртом получены при затянувшейся, осложненной пневмонии.

5. Во всех случаях абсцесса и гангрены легких мокрота являлась полимикробной.

6. Алкоголь действует как неспецифический раздражитель—активирует ретикуло-эндотелий альвеол.

Поступила 7.VI. 1938.