

2. После лечения содержание альбуминов повышается, а содержание α_2 -, α_1 - и, в большинстве случаев, γ -глобулинов снижается. Альбумино-глобулиновый коэффициент заметно возрастает.

3. Со стороны липидных фракций у больных хронической неспецифической пневмонией отмечена тенденция к увеличению α -липопротеидов. После лечения определенных закономерностей в динамике липидных фракций не выявлено.

4. Электрофоретическое определение белковых фракций сыворотки крови при хронических неспецифических пневмониях имеет практическое значение. Оно дает дополнительные критерии для суждения о фазе болезни, степени ее тяжести и эффективности лечебных мероприятий. Увеличение α_2 -глобулиновой фракции может служить одним из тестов для дифференциальной диагностики хронической неспецифической пневмонии от торпидных форм пневмосклерозов и при отсутствии воспалительных процессов в организме может иметь подсобное значение для диагностики рака легкого.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бал ж и р ы н Ц э р э н - Л х а м. Изменение белковых фракций крови при хронической неспецифической пневмонии и бронхиальной астме. Канд. дисс., Л., 1958.
2. Бурчинский Г. И. Врач. дело, 1959, 7.—3. Коркушко О. В. Сб. научн. статей, Киев, 1957.—4. Никулин К. Г. Клин. мед., 1957, 12.—5. Панченко К. П. Сов. мед., 1958, 10.—6. Подолян Л. М. Сб. научн. раб., т. I, Днепропетровск, 1956.—7. Пяй Л. Т. Изменение соотношения белковых фракций при пневмониях. Дисс., Л., 1955.—8. Gross P., Weicker H. Klin. Wschr., 1954, 21—22.—9. Kühn R., Wieding H. Dtsch. Gesundheitswesen, 1955, 44.—10. Costa G., Moretti E., Sadowski L. F. Мед. реф. журн., 1959, 8, раздел I.—11. Rosenberg I., Ionng E., Proger S. Реф. журн. (химия, биохимия), 1955, 22.

Поступила 4 января 1960 г.

ЛЕВОМИЦЕТИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАТЯНУВШИХСЯ ПНЕВМОНИЙ

В. П. Сильвестров и Ю. С. Малов

Кафедра госпитальной терапии № 1 (нач. — проф. Н. С. Молчанов)
Военно-медицинской ордена Ленина Академии им. С. М. Кирова

Современная клиника располагает большим числом мощных антибактериальных препаратов (антибиотики, сульфаниламиды), и положительная сторона их действия не вызывает никаких сомнений. Вместе с тем клинические наблюдения, особенно последних лет, убеждают в том, что лечение пневмоний антибактериальными препаратами далеко не всегда бывает успешным.

Применение антибиотиков изменило течение ряда заболеваний внутренних органов, в том числе и пневмоний. Чаще, чем прежде, встречается затяжное течение очаговых пневмоний. Участились случаи неспецифических пневмоний, которые не поддаются терапии пенициллином и сульфаниламидными препаратами. Возможно, что это связано с изменением качественного состава микроорганизмов вследствие известного общобиологического закона (П. Н. Кашкин и др.). Нельзя, однако, полностью исключить отрицательного влияния нечеткой, а иногда и неправильной антибиотической терапии в довольно быстром развитии резистентных и зависимых форм микробов. Применение антибактериальных препаратов, в том числе при лечении пневмоний, во многих случаях построено на эмпирических заключениях и выводах. И в условиях Ленинграда, в крупных лечебных учреждениях, не существует согласованных представлений о дозировках антибиотиков при лечении пневмоний, интервалах введения лекарства, курсовых дозах, применяемых растворителях и т. д.

Длительность пребывания больных очаговыми пневмониями в ряде стационаров Ленинграда в 1957—58 гг. не уменьшилась, по сравнению с тем периодом, когда еще лечение антибиотиками так широко не применялось.

По материалам нашей клиники, средняя продолжительность пребывания больных очаговыми пневмониями в 1958 г. практически не изменилась по сравнению с 1948 г., а в 1955—56 гг. была даже большей, чем в предыдущие годы. Что касается крупнозной пневмонии, то в последнее время наблюдается отчетливое снижение продолжитель-

ности лечения больных крупозным воспалением легких. Значительно уменьшилось также число больных, госпитализируемых по поводу крупозной пневмонии.

В наши дни, хотя и очень редко, но все же наблюдаются случаи смерти от пневмоний. Так, например, в 1958 г. в районных больницах Ленинградской области от очаговой пневмонии умерли 10 человек и от крупозной пневмонии — 2.

Довольно часто наблюдается развитие пневмоний на фоне других основных заболеваний, так, например, на 244 вскрытия (в 1958 г.) в прозекторской Ленинградской областной клинической больницы без учета смертности детского отделения в 58 случаях (24%) установлено наличие вторичных очаговых пневмоний (прозектор — З. А. Смирнова). Эти пневмонии заметно утяжеляли состояние больных, а нередко являлись непосредственной причиной смерти.

Мы поставили перед собой задачу изучить эффективность левомецетина при лечении пневмоний. Мы остановились на левомецетине потому, что вопрос о применении левомецетина при лечении пневмоний освещен недостаточно подробно, а подчас и противоречиво. Кроме того, мы основывали наш выбор на изучении результатов определения чувствительности микроорганизмов к антибиотическим препаратам.

При изучении чувствительности к антибиотикам 332 штаммов различных микроорганизмов, высеянных из разнообразных биологических жидкостей (мокроты, мочи, желчи, гноя) в нашей бактериологической лаборатории В. Г. Феофиловой, оказалось, что микрофлора высоко чувствительна к левомецетину и чрезвычайно слабо чувствительна к пенициллину (рис. 1). В 33 случаях из 332, то есть почти в 10%, флора была нечувствительна ни к одному из применяемых в клинике антибактериальных препаратов.

Наблюдается отчетливое снижение терапевтической ценности пеницилина. Наряду с этим, чувствительность к левомецетину остается достаточно высокой. Повышенная чувствительность микрофлоры к левомецетину, возможно, связана с более редким применением этого антибиотика, по сравнению с другими, в результате чего к нему еще не успели выработаться устойчивые формы.

Лечение левомецетином проводилось у 62 больных с затянувшейся пневмонией. Упорство течения, неэффективность других антибиотиков и высокая чувствительность микрофлоры к левомецетину являлись предпосылкой к тому, чтобы на этих больных попытаться выяснить истинную ценность данного антибиотика в лечении затянувшихся пневмоний.

У 22 чел. пневмония была основным заболеванием, по поводу которого они поступили в клинику, у 40 она являлась сопутствующим страданием, осложняющим течение основного заболевания.

Приступая к исследованию, мы должны были выбрать разовую дозу и определить интервалы приема лекарств. Для этого, в свою очередь, необходимо было решить, какую концентрацию левомецетина необходимо поддерживать в организме больного. Изучение микрофлоры мокроты показало, что чаще всего у больных затяжной пневмонией определяются смешанная кокковая флора, стафилококк и стрептококк.

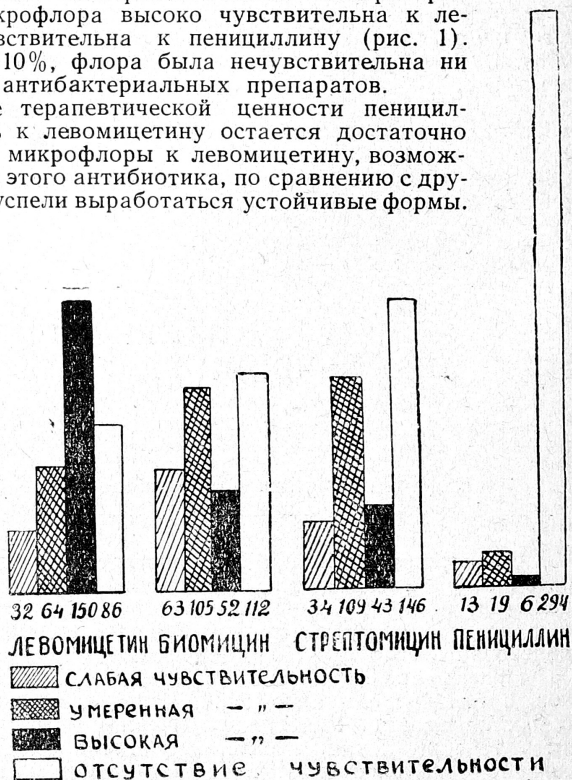


Рис. 1. Чувствительность микрофлоры, высеянной из мокроты, гноя и других биологических жидкостей, к различным антибиотикам.

Микрофлора, выделенная из мокроты больных пневмонией

Микрофлора	Число больных	Микрофлора	Число больных
Смешанная кокковая флора	36	Стафилококк	15
Стрептококк	19	Грам + диплококкбациллярная флора	12
Пневмококк Френкеля .	6	Ложнодифтеритическая палочка	1

По экспериментальным данным В. М. Ореховича, для этих микроорганизмов терапевтическая концентрация левомецетина в крови должна составлять 10 мг в 1 мл.

Рекомендации в отношении дозировки левомецетина, имеющиеся в литературе, основаны почти исключительно на клинических наблюдениях без лабораторного контроля содержания левомецетина в крови и, по-видимому, в связи с этим крайне противоречивы.

Нами проведено более 120 исследований, в которых определялось содержание левомецетина при различных дозировках антибиотика. Терапевтическая концентрация левомецетина в крови (от 10 до 25 мг в 1 мл) достигалась при назначении по 0,5 × 4 раза в день (не менее). Такая дозировка и применялась нами в дальнейших исследованиях. Правильность назначения контролировалась путем определения концентрации левомецетина в крови.

В ряде случаев мы вынуждены были увеличивать разовую дозу левомецетина до 0,75, вводя в течение суток 3,0. Это обычно обеспечивало достаточную концентрацию левомецетина в крови. По нашим наблюдениям, низкое содержание левомецетина в крови при приеме его внутрь наичаще встречалось у больных с выраженной недостаточностью кровообращения и легочно-сердечной недостаточностью. Это предположительно можно объяснить нарушением всасывания антибиотика в кровь из желудочно-кишечного тракта или повышенным разрушением его в печени. При введении левомецетина в свечах концентрация левомецетина в крови была несколько большей, чем при приеме внутрь.

Курсовая дозировка левомецетина колебалась от 10,0 до 44,0, составляя в среднем 26,0 на курс лечения. Длительность лечения левомецетином была различной (от 5 до 12 дней), продолжаясь в отдельных случаях до 20—22 дней.

Таким образом, у всех 62 больных пневмонией, леченных левомецетином, предпосылками являлись, во-первых, наличие высокой чувствительности микрофлоры к левомецетину и, во-вторых, достаточная дозировка лекарства, контролировавшаяся определением его содержания в крови. Нам кажется, что именно эти два обстоятельства обусловили высокую эффективность, полученную при лечении наших больных, в отношении ликвидации клинических и рентгенологических проявлений. Действительно, высокая эффективность наблюдалась у всех больных, у которых пневмония являлась основным заболеванием, и более чем в 80% у тех больных, у которых пневмония выступала в качестве сопутствующего страдания.

Приведенные сведения об эффективности лечения левомецетином наших больных приобретают особую значимость, если учесть, что до назначения левомецетина все они безуспешно и длительно лечились различными другими антибиотиками и сульфаниламидными препаратами.

Сводные данные об эффективности лечения
затянувшихся пневмоний левомецетином

Заболевание	Число больных	Продолжительность лечения левомецетином			Количество принятого левомецетина			Результаты лечения			
		от	до	в среднем	наименьшее	наибольшее	среднее	очень хорошие	хорошие	сомнительные	неудовлетворительные
Очаговые пневмонии (сопутствующие заболевания) . . .	40	5	22	13	10,0	44,0	26,0	23	7	1	9
Очаговые пневмонии (основное заболевание) . . .	22	6	12	9	12,0	24,0	18,0	17	5	—	—

Нам кажется, необходимо обратить внимание на следующее существенное обстоятельство. Проведенные нами повторные динамические наблюдения у 50 больных показали, что левомецетин быстро проникает в легкие и выделяется с мокротой в довольно высоких концентрациях, достигая иногда 16 мг в 1 мл. В этом отношении наши данные расходятся с наблюдениями как отечественных исследователей (С. И. Ашбель, В. Г. Соколова и др.), так и некоторых зарубежных авторов, которые утверждают, что левомецетин не выделяется с мокротой.

У 9 больных (лечение левомецетином оказалось неэффективным) была недостаточность кровообращения, и у них не удалось создать терапевтическую концентрацию левомецетина в крови. Низкая концентрация левомецетина в крови у 2 из этих больных довольно быстро привела к развитию левомецетиноустойчивых форм микроорганизмов.

Высокочувствительная к левомецетину флора до начала лечения уже через несколько дней оказалась мало чувствительной, а затем и резистентной к левомецетину.

Длительное применение левомецетина в течение 12—20 и больше дней (с перерывами на 3—4 дня после 6—7 дней приема лекарства) обычно не вызывало заметных токсических проявлений. Лишь иногда наблюдались диспепсические расстройства (у 6 из 62) и быстро проходящие расстройства стула (3 чел.). У одного больного после левомецетина возникла рвота, у 2 — тошнота, у 8 после приема левомецетина язык оказался красным. Развития анемии, лимфопении после приема антибиотика отмечено не было. Кожные проявления наблюдались у 2 (уртикарная реакция у 1 и появление эритематозной сыпи — у 1). Все эти изменения быстро проходили после прекращения дачи лекарства и не возобновлялись при повторном назначении левомецетина.

Из представленного материала можно сделать заключение, что наиболее эффективным может быть лечение затянувшихся пневмоний, построенное на основе определения содержания антибиотика в организме и выяснения характера микрофлоры в тех, понятно, пределах, которые возможны в клинических условиях. Важное значение принадлежит выяснению чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Поскольку эта

чувствительность может меняться в процессе лечения, необходимо осуществлять повторные динамические наблюдения и в зависимости от полученных данных производить смену антибиотиков.

Следует подчеркнуть, что только одни антибиотики полностью не определяют успеха лечения. Большое значение принадлежит режиму, уходу, выхаживанию больного. При таких условиях антибиотики действительно приносят большую пользу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашбель С. И. и Соколова В. Г. Клиническая медицина, 1956, 8. — 2. Ашбель С. И., Азовская И. И. и Соколова В. Г. Врачебное дело, 1957, 8. — 3. Благман Г. Ф. и Дуткина М. И. Клиническая медицина, 1954, 12. — 4. Гусарская И. Л. Тезисы докладов научной конференции молодых ученых научно-исследовательского педиатрического института, М., 1955. — 5. Кашкин П. И. Тезисы докладов на расширенном пленуме правления Всесоюзной научной медицинской ассоциации эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний, Л., 1954. — 6. Орехович В. М. Новости медицины, вып. 29, АМН СССР, 1952. — 7. Першин Г. Н. Синтомицин. Медгиз, 1954. — 8. Он же и Несвадба В. В. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1957, 2. — 9. Сильвестров В. П. и Ярославцев А. Л. Лабораторное дело, 1960, 4. — 10. Эйдельштейн С. И. Антибиотики, 1956, 4.

Поступила 23 сентября 1960 г.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ ПЛЕВРО-ЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В. Е. Волков

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и отделение неотложной хирургии больницы № 5 (зав. отд. — Н. И. Полозова)

Диагностика плевро-легочных заболеваний (плевриты, плевропневмонии, диафрагмиты), протекающих с абдоминальным симптомокомплексом, представляет в практической работе значительные трудности, являясь нередко источником диагностических ошибок. Абдоминальный синдром плевро-легочных заболеваний объясняется преобладанием в клинической картине таких важных симптомов, как боли в животе, напряжение мышц живота, болезненность при пальпации, раздражение брюшины, рвота. Все эти симптомы, как известно, характерны для острой хирургической патологии живота. Возникновение их при плевро-легочных заболеваниях обуславливается иннервационными взаимосвязями между органами грудной и брюшной полостей.

Проведенные нами за последние 2 года клинические наблюдения свидетельствуют, что плевро-легочные заболевания, протекающие с абдоминальным синдромом, встречаются в практической работе не так уж редко и имитируют острый аппендицит, острый холецистит, панкреатит, перфоративную язву желудка, острую кишечную непроходимость. Среди наблюдаемых нами 19 больных были следующие случаи:

1) до операции ставился диагноз острого аппендицита, во время операции червеобразный отросток находили не измененным, а при дальнейшем течении болезни в первые 2—3 суток обнаруживалась пневмония;

2) до операции ставился диагноз перфоративной язвы желудка, во время операции таковой не обнаруживалось, а в дальнейшем выявлена пневмония;

3) пневмония, протекающая с абдоминальным симптомокомплексом, распознавалась правильно сразу же при поступлении больного в клинику или же была выявлена лишь на 2—3 день клинического наблюдения за больным.