

Из Больницы «1-ое мая» для туберкулезных больных в г. Костроме.
(Завед. Ф. П. Чекалов).

О лечении легочного тбс внутривенными вливаниями хлористого марганца.

Ф. П. Чекалова.

Helms в своей работе „Manganbehandlung bei Tuberculose“, помещенной в „Deutsche med. Wochenschrift“ 1925 г., № 29, опубликовал результаты лечения легочной чахотки хлористым марганцем (manganum chloratum, $MnCl_2$), молекулярный раствор которого, в дозе 0,03, вводился им внутривенно с промежутками времени в 3—4—6 дней. Результаты получились следующие: из 26 леченных таким способом больных у 17 получилось улучшение, 7 случаев остались без изменения, и 2 случая прошли с ухудшением; бацилловыделителей в начале лечения было 16, а при окончании лечения у 10 из этих больных туберкулезные палочки исчезли. Следовательно, процент исчезания Косч'овских бацилл при лечении чахоточных больных внутривенными вливаниями молекулярного раствора хлористого марганца у автора равнялся 62.

Ознакомившись с означенной работой Helms'a и зная, с каким трудом и как редко исчезают палочки Косч'a при всех применяющихся в настоящее время способах лечения чахотки (гигиено-диететический, пнеймоторакс, лечение кварцевой лампой, внутривенные введения хлористого кальция и др.), ежедневно наблюдая, наконец, громадную разницу в течении и исходе открытых и закрытых тбс легких, мы не могли не признать полученных Helms'ом результатов, с исчезновением Косч'овских палочек больше, чем в половине наблюдавшихся случаев, в полном смысле слова блестящими. Отсюда у нас естественно явилось желание проверить способ Helms'a на своих больных.

Приступив к проверке лечения чахотки хлористым марганцем, мы провели этот способ на 10 больных, которые по степени распространенности имевшегося у них процесса и по степени компенсации распределялись так: 1 больной с ВП, 5—с ВП, 1—с СП и 3—с СП, а по форме процесса: 2—с фиброзным процессом, 4—с продуктивным и 4—с экссудативным. Из этих 10 больных 6 имели субфебрильную температуру, а 4—лихорадочную. Все больные были бацилловыделителями.

Для вливания был приготовляем всякий раз перед вливанием свежий, стерильный молекулярный раствор хлористого марганца. Последний в чистом виде представляет из себя кристаллы с чуть заметной розовой окраской. Исходя из молекулярного веса хлористого марганца, равного 198 ($Mn=55$, $Cl_2=71$, $4H_2O=72$, а всего 198), и учитывая трудность введения 0,03 молекулярного раствора, как предлагает Helms, мы заменили его децинормальным молекулярным раствором, а именно, перед каждым вливанием приготовляли раствор $MnCl_2$ по формуле: $manganum$

chlorati 0,2, aq. destill. 10,0 и вводили в вену 0,3 куб. сант. его, которые равнялись 0,03 предлагаемого автором раствора.

Вливания производились не через 3 или 5 дней, как советует Helms, а 2 раза в неделю, т. е. несколько чаще, причем через 1—2 вливания мы увеличивали дозу вводимого раствора на 0,1, доводя его втечении всего курса лечения, продолжавшегося 32—40 дней (за это время делалось до 10 вливаний), до 0,7—0,8. Какой-либо местной, общей или очаговой реакции при таком методе введения $MnCl_2$ не было; введение было, далее, безболезненно, если только вливание было сделано правильно (лишь при случайном попадании раствора под кожу или в клетчатку на месте укола появлялись краснота, припухлость и болезненность, исчезающие под влиянием согревающего компресса через 1—2 дня). В противоположность вливанию хлористого кальция оно не сопровождалось, наконец, решительно никакими ощущениями со стороны больного и проходило для него совершенно незаметно.

Что касается полученных нами при применении хлористого марганца результатов, то они были далеко не такие блестящие, как у Helms'a. Из 10 наших больных у шести получилось лишь незначительное улучшение, один выписался без улучшения и три—с ухудшением. При этом и шесть наблюдавшихся незначительных улучшений нельзя приписать всецело данному средству, так как одновременно с ним проводился гигиенико-диететический метод лечения, лечение покоем и воздухом. Какого-либо успокаивающего действия на нервную систему, как это наблюдается при введении хлористого кальция, при введении хлористого марганца нами не наблюдалось. Влияние на то было незначительное: в 7 случаях оно было, можно сказать, нулевым, и только в 3 случаях можно было отметить некоторую незначительную склонность температуры к выравниванию. Какого-либо заметного увеличения аппетита у больных тоже отметить не удалось. Наконец, в отношении туберкулезных палочек, полученные нами результаты совершенно расходились с результатами Helms'a: из всех леченных нами посредством внутривенных вливаний хлористого марганца бацилловыделителей ни один не избавился от палочек Koch'a, и во всех 10 случаях открытые формы tbc так и остались открытыми же.

Отсюда мы пришли к выводу, что хлористый марганец по своему терапевтическому действию в деле лечения легочного tbc ни в каком случае нельзя ставить в один ряд с хлористым кальцием: он не обладает седативным влиянием последнего на нервную систему, не повышает аппетита больных, не обладает способностью выравнивать температуру у субфебрильных больных, не влияет на уменьшение других токсических проявлений tbc инфекции, наконец, подобно хлористому кальцию¹⁾, не оказывает решительно никакого влияния, на выделение палочек Koch'a даже при применении в дозе в два раза большей, чем предлагал Helms. Раз все это так, то, очевидно, в деле лечения легочного tbc хлористый марганец не имеет никакого терапевтического значения.

¹⁾ Ф. П. Чекалов. Наблюдения над кальцитерапией легочного туберкулеза. Русская Клиника, 1926, № 26.