

Таким образом, постинфарктные аневризмы сердца в ряде случаев проявляются классическими патогномичными признаками, к которым можно отнести прекардиальную пульсацию, симптом Казем-Бека, симптом «коромысла». У ряда больных 1-й группы отмечена аортальная конфигурация сердца, причем чаще, чем во 2-й группе (вместе с тем не так уж редкое обнаружение этого признака и во 2-й группе позволяет считать этот симптом информативным, но не патогномичным для постинфарктных аневризм).

В связи с тем, что патогномичные симптомы выявляются при постинфарктных аневризмах весьма редко, важную роль в диагностике приобретает группа «относительно информативных признаков», не имеющих большого диагностического значения в изолированном виде [1].

Мы решили найти такие сочетания диагностических признаков (комплексный диагностический критерий), которые позволили бы правильно ориентироваться в диагностике постинфарктных аневризм сердца. Для этой цели мы составили и оценили диагностическую информативность 3 комбинаций признаков (см. табл.):

У больных с постинфарктной аневризмой сердца I комплекс диагностических признаков встречался в 73,3%, II комплекс — в 54,3%, III — в 75%; во 2-й группе больных инфарктом миокарда эти комплексы обнаруживались соответственно в 17,7%, 20,2% и 18,1%. Следовательно, I комплекс значительно более информативен, чем II, и весьма незначительно уступает по информативности III комплексу, причем последний является более сложным — четырехкомпонентным.

ВЫВОДЫ

1. Постинфарктные аневризмы относительно чаще встречаются у мужчин; преимущественной локализацией аневризмы сердца является переднебоковая стенка левого желудочка.

2. Повторные инфаркты миокарда значительно чаще, чем первичные, осложняются левожелудочковой аневризмой сердца (по нашим данным повторные инфаркты осложнились в 63%, первичные — в 39,9%).

3. Диагноз постинфарктной аневризмы сердца при наличии классических патогномичных признаков (прекардиальная пульсация, симптом Казем-Бека, симптом «коромысла», выявление парадоксальной пульсации при электрокардиографическом исследовании) в большинстве случаев не вызывает сомнения. При отсутствии описанных выше признаков ведущая роль в диагностике постинфарктных аневризм сердца принадлежит комплексам диагностических признаков. Наиболее достоверными являются сочетания следующих диагностических признаков: а) тахикардия + выраженная сердечная недостаточность + стойкое смещение ST по ЭКГ (I комплекс); б) тахикардия + выраженная недостаточность кровообращения + систолический шум в области сердца + стойкое смещение ST по ЭКГ (III комплекс).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аббакумов С. А., Шатихин А. И., Романов М. М. Кардиология, 1972, 8. — 2. Ведутов Ю. М., Осташевская В. Г., Шейнкер Л. Л. Клин. мед., 1974, 6. — 3. Злочевский П. М. Там же, 1979, 4. — 4. Bourdarias J.-P. Rev. Practic., 1974, 24, 4993. — 5. Feist J. H. Radiology, 1970, 94, 593. — 6. Gerbaux A. Ann. Cardiol. Angiol., 1975, 24, 223. — 7. Hunyer S. N., Bernstein L., Halliday E. L. a. o. Aust. N. S. J. Med., 1971, 1, 239. — 8. Soloff L. A., Rutenberg H. L. Am. Heart J., 1972, 83, 237.

Поступила 19 мая 1981 г.

УДК 616.24—002.555—08—039.57

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГИПЕРХРОНИЧЕСКИМ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Канд. мед. наук Б. А. Эйсаев

Московский научно-исследовательский институт туберкулеза Министерства здравоохранения РСФСР (директор — проф. И. М. Бондарев)

Реферат. Обобщен опыт двухэтапного лечения (стационар — амбулатория) 314 бацилллярных больных гиперхроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. На амбулаторном этапе использованы 4 организационные формы проведения химиотерапии. Во всех случаях лечение

проводили интермитирующим контролируемым методом. Общая продолжительность химиотерапии на обоих этапах колебалась от 5 до 24 мес. В результате лечения было достигнуто прекращение бацилловыделения у 73,5% больных, заживление полостей распада — у 16,3%. Побочные явления на амбулаторном этапе лечения, когда препараты назначаются через день, наблюдались почти в полтора раза реже, чем при ежедневном лечении в стационаре.

Ключевые слова: туберкулез, лечение интермитирующим контролируемым методом.

Длительная химиотерапия больных туберкулезом легких включает в себя стационарный и амбулаторный этапы. При проведении химиотерапии амбулаторно важное значение имеет организация систематического контроля за приемом больными назначаемых препаратов. Для решения вопроса о методах такого контроля нами было проведено лечение 314 бациллярных больных гиперхроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (246 мужчин и 68 женщин в возрасте от 20 до 80 лет; лица старше 50 лет составляли 45,4%). 27 из них без эффекта подвергались в прошлом хирургическому вмешательству. Длительность заболевания у большинства пациентов составляла более 10 лет. Из 314 больных работали 186, однако среди них были также работающие инвалиды и пенсионеры по возрасту. Всем больным был назначен этамбутол в комбинации с препаратами I и преимущественно II ряда, к которым сохранили чувствительность микобактерии туберкулеза, а 114 человек наряду с этим получали рифампицин.

У 62,8% больных отмечались сопутствующие заболевания, нередко у одного и того же больного было сочетание нескольких болезней и их осложнений.

До начала лечения все больные выделяли микобактерии туберкулеза. Культуры микобактерий были устойчивы к препаратам I и II ряда у 76,4% больных. У большинства из них была резистентность к двум и большему числу препаратов. При изучении неспецифической флоры у больных наиболее часто определяли зеленящий, гемолитический стрептококк и патогенный стафилококк. У 42,7% больных отмечалась полирезистентность неспецифической флоры к антибактериальным препаратам широкого спектра действия.

Симптомы интоксикации различной степени наблюдались до начала лечения у 68,5% больных. Таким образом, контингент больных по характеру основного заболевания и осложнений, наличию сопутствующих заболеваний был весьма тяжелым.

Лечение начинали в стационаре и продолжали амбулаторно через день.

На первом этапе (ударная доза) интенсивная химиотерапия направлена на снятие симптомов интоксикации и скорейшее прекращение бацилловыделения у больного, а также изоляцию больного как резервуара постоянного массивного источника туберкулезной инфекции. Решающим этапом правильной терапии является начальная ее фаза.

80 пациентов преждевременно прекратили стационарное лечение. Основными причинами этого явились семейно-бытовые обстоятельства, истечение возможных сроков больничного листа (у работающих инвалидов), выписка из стационара за грубые или повторные нарушения режима.

Большая часть больных (228) была переведена на амбулаторное лечение при достижении у них заметного эффекта на стационарном этапе. Клиническое улучшение в стационаре позволило 186 работающим больным продолжать лечение на амбулаторном этапе без освобождения от работы. Продолжение терапии на втором — амбулаторном этапе в условиях диспансера осуществлялось контролируемым интермитирующим методом. Прием препаратов осуществлялся в присутствии медицинского персонала 3 раза в неделю, в той же дозе и в той же комбинации, которые были подобраны в стационаре.

Использовались 4 метода организации контролируемого амбулаторного лечения. Первый метод состоял в том, что больные (158 человек), большинство из которых приступили к работе после выписки из стационара, и не работающие являлись через день в процедурный кабинет противотуберкулезного диспансера, где они в присутствии медицинской сестры принимали всю суточную дозу этамбутола, рифампицина и другие препараты. Исключением составляли отдельные больные, которые плохо переносили препараты II ряда. Они получали эти препараты дробно. Для некоторых больных в период амбулаторного лечения создавали соответствующую ситуацию, вынуждавшую их регулярно посещать диспансер: им назначали инъекции витаминов, инсулина, стимулирующих и десенсибилизирующих средств, интратрахеальное введение антибиотиков широкого спектра действия, спазмолитиков, аэрозольную терапию, физиотерапевтические процедуры. Такое широкое применение в амбулаторных условиях вспомогательных лечебных мероприятий делает лечение более полноценным и комплексным. При пятидневной рабочей неделе в субботние дни выделяли дежурную медсестру для непрерывной работы процедурного кабинета. Во избежание перегрузки часть больных посещала процедурный кабинет по четным дням, другая часть — по нечетным. В процедурном кабинете на каждого больного была оформлена специальная карточка, в которой через день отмечалось, какие препараты больные принимают, их дозы, отмена препаратов при плохой переносимости. При неявке больного медсестра процедурного кабинета сообщала об этом участковому фтизиатру. Причина неявки выяснялась при посещении больного на дому медсестрой или участ-

ковым врачом. При необоснованном отказе от лечения применялись административные воздействия (сообщение на работу или по месту учебы, членам семьи, санактивам, отметка в больничном листке). Такой контроль способствовал тому, что пациенты являлись на лечение в установленные дни и часы.

При втором методе контролируемой амбулаторной терапии больные (80 человек), приступившие после стационарного этапа к работе, продолжали лечение в здравпунктах при медсанчастях на производстве, куда из диспансера передавали противотуберкулезные препараты. Принимали их больные также в присутствии медицинской сестры. По договоренности с администрацией завода и завкомами эти больные работали только в дневную смену, были освобождены от командировок в период амбулаторного лечения и получали бесплатные обеды. Об отказе больного от лечения и неявке в здравпункт ставили в известность руководство и завком учреждения. Такая организационная форма позволяла проводить химиотерапию больных туберкулезом без отрыва их от производства.

Третий метод амбулаторного контролируемого лечения практиковался для неработающих пенсионеров и инвалидов-надомников (32 человека), которые из-за сопутствующих заболеваний и их осложнений не могли посещать диспансер. Сестра процедурного кабинета привозила препараты на машине на дом 3 раза в неделю в определенные дни и часы; и больные принимали их в присутствии медсестры.

44 пациентам, которые проживали далеко от диспансера и не могли регулярно посещать его, не работали или же работали в учреждениях, не имеющих здравпунктов, проводили амбулаторное лечение по 4-му методу — на дому и в диспансере. Эти больные посещали диспансер 1 раз в неделю, принимали одноразовую дозу препарата в процедурном кабинете в присутствии медсестры, а для приема в остальные 2 дня недели получали препараты на руки.

Периодический контроль за приемом препаратов производили на основе исследования мочи с использованием специального реактива бромимолового синего для этамбутола и рифампицина. В результате этой реакции в присутствии этамбутола образуется желтое окрашивание, а при наличии рифампицина — желто-зеленое. Для контроля приема препаратов I и II ряда применяли пентацианоаминоферрат натрия и другие реактивы.

Контролируемое амбулаторное лечение — это единственный способ, гарантирующий прием больными медикаментов.

Длительность лечения на амбулаторном этапе колебалась от 2 до 24 и более месяцев, в среднем составляя 14—16 месяцев. На обоих этапах лечения у наблюдавшихся нами больных была достигнута положительная клиническая динамика: симптомы интоксикации исчезли у 75,5%, катаральные явления прекратились или уменьшились у 84,2%, формула крови нормализовалась у 64,9%, СОЭ — у 56,4%.

Заживление полостей рубцом и заполнение наступили у 16,3% больных (на стационарном этапе — у 6,6% и на амбулаторном — чаще у 9,7%). Другие благоприятные сдвиги в состоянии каверн (превращение их в кистоподобные и буллезного типа полости, заметное уменьшение размеров полостей с исходом в цирроз) констатированы у 56,4%.

Бацилловыделение прекратилось у 73,5% больных (на стационарном этапе — у 40,9% и на амбулаторном — еще у 32,6%).

Побочные явления при лечении этамбутолом отмечены у 19,6% пациентов (на стационарном этапе — у 11,3% и на амбулаторном — у 8,3%), в том числе неустрашимая непереносимость — у 1,8%. Рифампицин вызвал побочные явления у 20,8% (на стационарном этапе — у 12,2% и на амбулаторном — у 8,6%); неустрашимая непереносимость наблюдалась у 4,7% больных.

Организация и внедрение контролируемого интермиттирующего лечения в амбулаторных условиях не потребовали увеличения существующих штатов, транспорта и расходов на противотуберкулезные препараты.

Следует учесть, что возможность продолжать химиотерапию без отрыва от производства весьма существенна для больного; кроме того, при этом значительно повышается эффективность лечения, снижается заболеваемость с временной утратой трудоспособности, усиливается экономический эффект. Наш опыт показал, что контролируемое амбулаторное лечение больных гиперхроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких полностью оправдывает себя. Оно может быть рекомендовано для широкого внедрения повсеместно как в городе, так и на селе.

Поступила 12 мая 1980 г.