

Недостаточно освещен вопрос о применении гормонов в практике хирургического лечения больных легочным туберкулезом. Совместно с М. Ю. Розенгартемом и С. С. Рытвинским мы применяли гормоны в послеоперационном периоде у 11 больных. Троем произведена торакокаустика на фоне лечения АКТГ. Ни у одного из них в послеоперационном периоде не развился пневмоплеврит, 6 больных получали гормоны после резекции легкого (2 сегментэктомии и 4 лобэктомии), один после плеврэктомии и один после экстраплеврального пневмолиза. Показанием к назначению гормонов служили: накопление экссудата после удаления дренажей, нарушение бронхиальной проходимости, упорное лихорадочное состояние, не поддающееся воздействию антибиотиков. Кортизон назначался в разные сроки после операции, в том числе двоям на 3 и 6 день. Побочных явлений во время лечения не было. Операционная рана у всех зажила первичным натяжением. У всех больных отмечалось быстрое снижение температуры до нормы, улучшение общего состояния, уменьшение выделения мокроты. У больных с выпотом в плевральную полость после одно-двукратного удаления его легкое расправлялось, накопление экссудата прекращалось. Не было эффекта лишь у одного, у которого в ближайшие дни после операции образовались бронхиальный свищ и эмпиема плевры (до лечения гормонами).

По нашему мнению, стероидные гормоны после резекции легкого, плеврэктомии, торакокаустики, экстраплеврального пневмолиза у туберкулезных больных следует применять для лечения некоторых осложнений, а возможно, и их профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексашина А. А. Пробл. туб., 1957, 3.—2. Гурьева И. Г. Там же.—3. Либенсон В. С. Клин. мед., 1960, 10.—4. Матюшина З. В. Пробл. туб., 1958, 1.—5. Магалиф Н. И. Пробл. туб., 1959, 5.—6. Оленева Т. Н. Клин. мед., 1957, 12.—7. Петрова Л. М. Клин. мед., 1960, 10.—8. Рачинский С. В. и Таточенко В. К. Пробл. туб., 1961, 2.—9. Шмелев Н. А. Пробл. туб., 1957, 3.—10. Эвен. Пробл. туб., 1956, 2.—11. Глин. Кортизонотерапия, М., 1960.—12. Bethlem N., Gomes O., Dias L. Dis. Chest., 1960, v. 38, № 2.—13. Kuntz E. Beitr. klin. Tuberk., 1960, Bd. 122.—14. Muric M., Vuksevic G. Tuberkuloza, 1960, 1.—15. Shubin H., Robert E., Lambert A., Heiken Ch., Sokmensuer A., Glaskin A. J. A. M. A., 1959, № 4026.

Поступила 4 мая 1961 г.

АЭРОЗОЛЬНЫЕ ИНГАЛЯЦИИ ХЛОРИСТОГО КАЛЬЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

П. Л. Винников, Р. И. Слепова, И. Ф. Сатаев

Кафедра фтизиатрии (зав.—доц. П. Л. Винников) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе госпиталя инвалидов Отечественной войны (нач.—Н. С. Валеев) и противотуберкулезный санаторий «Тарловка» (главврач — Т. Н. Айзатуллина)

В течение многих десятилетий в лечении больных туберкулезом широкой популярностью пользовались препараты кальция. Если раньше лечебный эффект от применения солей кальция объясняли устранением явления «демнерализации» (Л. А. Розен), якобы имеющейся у больных туберкулезом, и стимуляцией процесса «обызвестления» туберкулезных фокусов, то в последние 2—3 десятилетия лечебный эффект кальциотерапии стал оцениваться с иных позиций. Установлено, что соли кальция снижают проницаемость тканей и клеток, в частности стенок кровеносных и лимфатических сосудов, повышают тургор тканей, устраняют бронхоспастические явления,

обладают десенсибилизирующим и противовоспалительным действием, нормализуя повышенный обмен тканей, уменьшают явления интоксикации, стимулируют процессы заживления и фагоцитоз. Кальций способен тормозить отрицательное действие гистаминаподобных веществ (А. Е. Рабухин, В. А. Воробьев, Д. Д. Яблоков, Л. Я. Эпштейн, В. И. Скворцов, М. Д. Мошковский и др.). В клинике туберкулеза Л. А. Розен рекомендует использовать кальций для «физиологической реставрации» тканей, измененных под влиянием протеиногенных аминов. Роль солей кальция в стимуляции процесса свертывания крови общезвестна.

Исходя из этого, одним из нас (П. Л. Винников) предложено использовать аэрозольный метод введения хлористого кальция больным туберкулезом легких. В доступной отечественной и иностранной литературе сообщений о подобном способе применения хлористого кальция мы не встретили.

Ингаляции хлористого кальция обычно назначались нами тем больным, у которых общая антибактериальная терапия и аэрозоли антибиотиков не давали достаточного эффекта — сохранялись одышка, кашель, не уменьшалось количество мокроты, и не менялся ее характер. Ингаляции проводились с помощью обычного аэрозольного аппарата типа АИ-1. Вначале назначались ингаляции 2—3% раствора хлористого кальция (3—4 процедуры), а при хорошей переносимости переходили к ингаляциям 5% раствора. Количество раствора на одну ингаляцию 4—6 мл. Следует отметить, что некоторыми больными уже первые ингаляции хлористого кальция переносились плохо — вызывали у них раздражение слизистой зева и гортани, неприятное ощущение во рту. В таких случаях у части больных после 2—3 процедур от дальнейших ингаляций приходилось полностью отказываться, у других проводить эти ингаляции через день. Однако частота подобных случаев, по нашим данным, невелика. В целом, дальнейшие ингаляции хлористого кальция переносились лучше, чем первые.

В условиях клиники и санатория лечебные ингаляции с хлористым кальцием проведены у 65 больных. Мужчин было 51, женщин — 14, в возрасте до 30 лет было 17, от 31 до 50 лет — 39 и старше — 9. Таким образом, почти половину больных составляли люди старшего возраста. Известно, что в таком возрасте в легких уже довольно нередко встречаются пневмосклеротические и эмфизематозные изменения с сопутствующим бронхитом. У большинства больных (48) был фиброзно-кавернозный туберкулез (обычно поликавернозный) значительной протяженности, у 11 — хронический диссеминированный в фазе распада, очаговый — у 3, прочие формы — у 3.

Больны до 3 лет — 3, до 5 лет — 6, до 10 лет — 19, до 15 лет — 12 и свыше — 7.

У ряда больных наблюдались эмфизема (18), бронхоэктазии (8), бронхит, часто с бронхоспастическими явлениями (13), легочно-сердечная недостаточность (20), эмпиема, пневмосклероз. Состав наших больных следует признать довольно тяжелым. Возможность применения радикальных вмешательств почти у всех была полностью исключена, большинство многократно лечилось антибиотиками, и эффект их повторного применения оказывался недостаточно выраженным.

Показаниями для аэрозольных ингаляций хлористого кальция служили кашель, выделение большого количества гнойной мокроты, одышка, явления спастического бронхита, сердцебиения, кровохаркания.

До 10 ингаляций получили 24 больных, от 11 до 20 — 30, от 21 до 30 — 9 и свыше 30 — 2.

Наиболее яркими были результаты в отношении влияния ингаляций на количество мокроты и изменение ее характера.

У всех больных закономерно отмечалось значительное уменьшение количества выделяемой мокроты, как правило, вдвое-втрое. У одного больного, не выделявшего мокроты, в процессе ингаляций появилось небольшое ее количество — до 15 мл.

Изменение мокроты в лучшую сторону наступило у 41 больного из 51. Не изменилась мокрота у 5 и исчезла у 5. Гнойная мокрота до лечения была у 43 больных и гнойно-слизистая у одного, слизисто-гнойная — у 7. После лечения мокрота оставалась гнойной у 4 больных, гнойно-слизистой — у 4, слизисто-гнойной — у 28 и слизистой — у 10. Указанное уменьшение количества мокроты и изменение ее характера были достигнуты без антибиотиков. Это подтверждает уже ранее высказанную нами точку зрения, что в поддержании нагноительного процесса в бронхиальном дереве микробный фактор не всегда является ведущим¹.

У 5 больных после ингаляций исчез неприятный запах выделяемой мокроты. Параллельно уменьшению количества мокроты и изменению ее характера, как правило, отмечалось и более облегченное ее отхождение (отхаркивание). Так, из 23 человек, у которых отхождение мокроты было затруднено, она стала выделяться легче у 22, и лишь у одного выделение мокроты осталось затрудненным. У 3 человек с легко отделявшейся мокротой, несмотря на уменьшение ее количества, она стала отделяться хуже. В таких случаях целесообразно дополнительное назначение отхаркивающих.

В связи с уменьшением количества мокроты и затиханием воспалительных изменений слизистой бронхов наблюдалось и уменьшение кашля. Уже первые 3—4 сеанса ингаляций у большинства больных приводили к уменьшению кашля, изменению его

¹ П. Л. Винников. Казанский мед. журнал, 1960, 1.

характера. Отмечалось уменьшение частоты, силы и продолжительности приступов кашля.

До лечения жалобы на кашель предъявляли 50 больных, из них у 10 он носил надсадный, мучительный характер. После лечения кашель значительно уменьшился у 43, незначительно уменьшился у 3, полностью исчез у 3 и усилился у одного.

В связи с уменьшением кашля у этих больных улучшились сон, настроение, повысился аппетит, уменьшилась одышка.

Наши наблюдения дают основание считать, что ингаляции хлористого кальция не только уменьшают секрецию, но и улучшают дренажную функцию бронхов, нормализуют их тонус. Подобную точку зрения подтверждают и наблюдения за характером одышки у наших больных. Одышка различной выраженности отмечалась у 39 больных. Полностью она исчезла у 6, уменьшилась у 29 и осталась без изменения у 4. Уменьшение одышки было связано, очевидно, не только с уменьшением кашля и количества мокроты. У многих из них определялись явления спастического бронхита. После курса ингаляций обычно отмечается значительное уменьшение количества и силы сухих, свистящих хрипов, иногда их полное исчезновение. У некоторых мы смогли отметить увеличение показателей жизненной емкости легких. Поэтому мы склонны думать, что ингаляции хлористого кальция так же уменьшают наклонность к бронхоспазму и тем самым улучшают вентиляторную функцию легких.

За последнее время в литературе отмечаются учащение кровохарканий у больных туберкулезом легких и утяжеление их характера (А. Е. Рабухин, Г. М. Тумасова, Ч. Г. Пурихванидзе, Н. А. Лифшиц). У больных с распространенными формами туберкулеза, в связи с необратимым характером патоморфологических изменений в легких, эффективное воздействие на этот патологический симптом нередко связано со значительными трудностями. Из 23 больных, у которых на фоне других патологических симптомов и в сочетании с ними наблюдалось кровохаркание, после ингаляций хлористого кальция оно прекратилось у 18, уменьшилось у 3 и продолжалось лишь у 2. Эти данные позволяют рекомендовать ингаляции хлористого кальция при легочных кровохарканиях.

Указанные благоприятные сдвиги положительно сказывались и на самочувствии больных. Неудовлетворительное общее состояние до лечения было у 47. Улучшение в общем состоянии наблюдалось у 41, в том числе значительно выраженное — у 4, без изменения общее состояние осталось у 6.

Исходя из полученных результатов, с начала 1960 г. мы совместно с фтизиохирургами М. Ю. Розенгартенем и С. С. Рывинским ввели эти ингаляции в комплекс предоперационной подготовки больных к таким вмешательствам, как резекция легкого и его частей, экстраплевральный пневмолиз. При этом мы стремились достигнуть не только санации бронхов и улучшения трофики их слизистой, что имеет колоссальное значение для гладкого течения послеоперационного периода (устранение нарушений бронхиального дренажа и застоя мокроты), но и создания депо кальция как в легочной ткани, так и в тканях грудной клетки, что, по нашему мнению, должно уменьшить операционные кровотечения и возможность вторичных кровотечений. Ингаляции назначались больным за 10 дней до операции по описанной методике.

ВЫВОДЫ

В комплексном лечении больных с распространенными формами туберкулеза легких и клиническими симптомами, вызванными фиброзно-деформирующими изменениями бронхиального дерева, заслуживают применения аэрозольные ингаляции 3—5% растворов хлористого кальция. Они в подавляющем большинстве случаев способствуют санации бронхиального дерева, улучшают бронхиальный дренаж и трофику бронхов и ведут к уменьшению одышки, кашля, количества выделяемой мокроты, улучшают самочувствие, способствуют нормализации сна, аппетита. Положительный результат наблюдается и при легочных кровохарканиях. Поскольку ингаляции удовлетворительно переносятся большинством больных, не вызывая каких-либо осложнений, применение их можно рекомендовать в стационарных, санаторных и поликлинических условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рабухин А. Е. Лечение туберкулезного больного, М., 1953; Клин. мед., 1957, 12.
2. Розен Л. А. Туберкулез и деминерализация, М., 1926.
3. Эпштейн Л. Я. Симптоматология и симптоматическая терапия легочного туберкулеза, Киев, 1947.
4. Яблоков Д. Д. Руководство по частной терапии внутренних болезней, Томск, 1943.

Поступила 15 января 1962 г.