

что к методам профилактики полиаллергии относятся раннее обнаружение виновных пищевых аллергенов, их временное исключение из рациона ребенка, а также параллельное назначение неспецифической гипосенсибилизирующей терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллергические болезни у детей./Руководство для врачей.— Под ред. М. Я. Студеникина, Т. С. Соколовой.— М., Медицина, 1986.
2. Говоров Д. А.//Акуш. и гин.—1965.— № 4.— С. 145—146.

Поступила 09.02.88

УДК 616.25—002.3—089.819 : 547.495.2

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА МОЧЕВИНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Г. Н. Стрелков, А. М. Корепанов

*Кафедра факультетской терапии (зав.— проф. А. М. Корепанов)
Ижевского ордена Дружбы народов медицинского института*

Есть в области внутренней медицины ряд патологических состояний, в лечении которых многочисленны изыскания теоретиков и практиков не приносят желаемого эффекта. К такому роду состояний относится гнойный плеврит. Обобщая литературные данные за последние 100 лет, И. С. Колесников и соавт. [1] пришли к неутешительному выводу: уровень летальности при эмпиемах плевры, который на заре века равнялся 10—20%, не уменьшился и к настоящему времени. Примерно таков же процент перехода эмпиемы в хроническую форму. Летальность остается чрезвычайно высокой, несмотря на внедрение внешне перспективных методов оперативного лечения. Своеобразие гнойных плевритов состоит в том, что для терапевтов и хирургов они являются как бы общей проблемой. Их клиника представлена, с одной стороны, кардиореспираторными и вентиляционными нарушениями, с другой — процесс связан с наличием очага гнойной инфекции. Поэтому в лечении таких больных наибольшую популярность приобрел пункционный метод терапии, включающий малое оперативное вмешательство (пункция) с непосредственным воздействием на патологический очаг путем введения антибактериальных веществ. При этом наибольшую значимость имеет выбор препарата, обладающего быстрым и надежным антимикробным действием с одновременной осмотической активностью, минимальными побочными эффектами.

Классически в пункционном методе лечения первым этапом всегда является диагностическая пункция с последующим введением в полость антисептиков и протеолитических ферментов и лишь после получения антибиотикограммы — прицельное антибактериальное лечение [1]. Это затягивает время энергичной санации гнойного очага, так как антисептики, используемые для промывания плевральной полости на предварительном этапе (фурациллин, марганцево-кислый калий, фурагин) при их изолированном применении, можно охарактеризовать

как низко эффективные. В качестве основного лечебного средства нами применен повсеместно распространенный препарат — мочевины. По данным А. А. Тюкина и соавт. [2], вся гнойеродная микрофлора в 100% случаев чувствительна к 30% раствору мочевины. Последняя обладает рядом положительных свойств — эффективно уменьшает отек тканей, лучшая микроциркуляцию, ускоряет регенеративные процессы и очищение плевральной полости, являясь естественным продуктом обмена веществ в организме, к тому же не вызывает побочных эффектов.

Наш опыт охватывает 8 наблюдений, все они представляют собой тяжелые в клиническом аспекте случаи. До этого все больные лечились без эффекта в разных лечебных учреждениях. У 2 больных эмпиема плевры осложнилась обширной флегмоной мягких тканей, обусловленной врачебными манипуляциями (установка дренажа по Бюлау). После отсасывания гнойного содержимого через пункционную иглу в плевральную полость вводили от 40 до 60 мл 30% раствора мочевины. Аналогичную процедуру повторяли 4—6 раз через 1—2 дня. Флегмоны вскрывали ломпасными разрезами. Перевязки делали ежедневно, используя тот же 30% раствор мочевины. Все эмпиемы были санированы до сухой плевральной полости. Флегмоны также зажили, не оставив глубоких рубцов. При наличии легочно-плевральных свищей при введении растворов мочевины появлялся приступообразный кашель, что, по-видимому, также способствовало лучшему очищению полости. После первой санации в плевральной полости жидкость оказалась стерильной у 4 больных, после третьего введения — у всех остальных.

Первые результаты лечения эмпием плевры с введением в плевральную полость 30% раствора мочевины вселяют оптимизм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колесников И. С., Лыткин М. И., Лесниц-

УДК 616.825 : [616.24—008.4+616.1] : 616.24—002.5

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И ИНГАЛЯЦИИ БЕРОТЕКА НА ВЕНТИЛЯЦИЮ И ГЕМОДИНАМИКУ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

А. А. Визель

Кафедра туберкулеза (зав.— проф. Ф. Т. Красноперов)

Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Переносимость физических нагрузок при легочном туберкулезе определяется в большей степени состоянием вентиляционной способности легких и в меньшей — легочным газообменом [6], последний отчасти компенсируется гемодинамическими факторами. Появление и выраженность одышки у таких больных в значительной степени связаны с обструктивными расстройствами на уровне средних и мелких бронхов, что обуславливает актуальность коррекции этих нарушений [3]. Среди бронхолитиков адrenomиметического типа действия одним из наиболее эффективных считается беротек [4], который не только улучшает бронхиальную проходимость, но и увеличивает мукоцилиарный клиренс [9].

Целью данного исследования являлась оценка центральной гемодинамики и функции внешнего дыхания у больных туберкулезом легких до и после ингаляций беротека при проведении динамической физической нагрузки.

Были обследованы мужчины (24 чел.), больные туберкулезом легких: у 7 был инфильтративный туберкулез, у 6 — диссеминированный, у 8 — фиброзно-кавернозный, у 3 — цирротический. Средний возраст больных составлял 46,3 года (от 23 до 63 лет), средняя продолжительность заболевания — $5,6 \pm 1,3$ года, а длительность непрерывного лечения в последнюю госпитализацию — $2,9 \pm 0,7$ мес. Объем поражения легочной ткани варьировал от 3 до 15 сегментов ($6,9 \pm 0,7$ сегмента), при этом рентгено-томографически распад определялся в 62,5% случаев, а бацилловыделение наблюдалось у 18 (75%) больных. В период обследования СОЭ равнялась $22,7 \pm 4,2$ мм/ч, лейкоцитоз — $8,7 \pm 0,6 \cdot 10^9$ /л.

В контрольную группу вошли 13 здоровых мужчин в возрасте от 21 до 41 года, у которых все параметры гемодинамики и вентиляции находились в пределах нормы. Для более корректного изучения в условиях физической нагрузки в эту группу не были включены лица, занимающиеся спортом.

Центральную гемодинамику оценивали методом тетраполярной грудной реографии на полиграфе П8-Ч-01 и реоплетизмографе

РПГ 2-02. Рассчитывали ударный и сердечный индексы (УИ, СИ), частоту сердечных сокращений (ЧСС), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПС). Систолическое (СД) и диастолическое (ДД) систолическое АД измеряли аппаратом ИАД-1, после этого вычисляли двойное произведение (ДП=СД·ЧСС/100). Функцию внешнего дыхания изучали на пневмотахографе с интегратором. Определяли жизненную емкость легких (ЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ₁), пик объемной скорости выдоха (ПОС), максимальные объемные скорости выдоха на уровне 25%, 50% и 75% от форсированной ЖЕЛ (ОС-25, ОС-50, ОС-75), бронхиальное сопротивление (R(бр), дыхательный (ДО) и минутный объемы (МОД) и частоту дыханий (ЧД). С помощью монитора ТСМ-2 «Радиометр» (Дания) транскутанным датчиком измеряли парциальное давление кислорода (РаО₂) на проксимальной части внутренней поверхности предплечья. Исследования выполняли в первой половине дня через 2 ч после завтрака в положении пациента сидя. Регистрацию кривых начинали через 20 мин адаптации к условиям кабинета. Функциональные исследования производили в исходном состоянии, сразу после нагрузки, через 5 и 10 мин восстановления. Дозированная нагрузка состояла в 20 приседаниях за 1 мин или в одном приседании за 3 с. Нагрузку рассчитывали согласно рекомендациям В. П. Низовцева [7]:

$$A \text{ (кгм)} = \frac{80 \cdot M \cdot 0,5}{100 \cdot 2} + 80 \cdot M \cdot 0,5 / 100 = 0,6 \cdot M,$$

где M — масса тела исследуемого в килограммах. Мощность нагрузки в ваттах выражается при этом формулой $W \text{ (вт)} =$

$$= \frac{A \text{ (Кгм)}}{T_c} \cdot 9,8, \text{ где } T_c \text{ — время одного приседания в секундах.}$$

Интенсивность нагрузки на 1 кг массы тела при времени приседания в 3 с будет равна 1,96 вт/кг. Такая интенсивность оценивается В. П. Низовцевым [7] как тяжелая. С учетом массы тела обследованных мощность нагрузки составляла в среднем 120—140 Вт, что соответствует (при пересче-