Г. Г. ЗАЛИГЯН

О ЧАСТОТЕ АНГИХОЛЕЦИСТИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПНЕВМОНИЯМИ И О ТЕЧЕНИИ ЛЕГОЧНОГО ПРОЦЕССА ПРИ САНАЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

В литературе имеется немного работ, посвященных вопросу состояния желчных путей при хронических пневмониях. Б. Д. Боровская [1], обследовав состояние желчных путей у группы больных с абсцессами легких, у части из них обнаружила ангиохолециститы. Г. И. Бурчинский [2] при нагноительных заболеваниях легких придает большое значение изменениям в желчных путях. С. М. Гавалов [3] часто отмечал у детей с хронической пневмонией сопутствующий ангиохолецистит.

В этих случаях проводилась и санация желчных путей. Однако ясного указания на частоту подобных сочетаний в литературе не найдено. Во многих монографиях о хронических пневмониях этот вопрос вообще упускается. Совершенно отсутствуют работы по изучению эффективности сочетанного лечения хронических пневмоний и «сопутствующих» ангиохолециститов.

У всех наших больных (60) с хроническими пневмониями тщательно изучалось состояние желчных путей. При дуоденальном зондировании, произведенном всем больным независимо от наличия клинических симптомов ангиохолецистита, установлено наличие ангиохолецистита. Часто лейкоциты в большом количестве (иногда желчные лейкоцитарные цилиндры) обнаруживались в глубинной желчи. Порции А, В и начальная порция С были чисты и прозрачны, и лишь в дальнейшем, когда значительное количество желчи уже отошло, в глубинной желчи появлялись лейкоциты и лейкоцитарные цилиндры.

Первоначально активного лечения ангиохолециститов нами не проводилось. Основные мероприятия были направлены непосредственно на ликвидацию воспалительного процесса в легких. Больным ежедневно вводили пенициллин в трахею по 500 тысяч единиц (12—15 введений на курс), широко использовали внутрь тетрациклин, биомицин, левомицетин, хлористый кальций, витамины, изредка новарсенол. Переливали кровь, прибегали к тюбажу 10%-ной магнезией по 100 см³ через день.

В клинических условиях подобное лечение было проведено 15 больным с нагноительными процессами типа бронхоэктазий и хронических абсцессов легких. У 7 больных наступило улучшение или выздоровление: исчезновение мокроты, кашля, нормализация температуры, лейкоцитоза, РОЭ.

В других случаях подобное лечение было менее эффективно, и у 4 больных с застарелыми формами бронхоэктатической болезни отмеча-

лось полное отсутствие эффекта от непосредственной терапии легочного процесса. Причиной неудачи мы считаем недостаточно активное лечение ангиохолециститов, которые поддерживают воспалительный процесс в легких, а также способствуют развитию рецидивов. Поэтому возникла необходимость в проведении сочетанного лечения гнойного процесса в легких (постуральным дренажем, интратрахеальными введениями пенициллина) и желчных путях с извлечением воспалительного экссудата дуоденальным зондированием.

Подобную терапию у 20 больных мы проводили в амбулаторных условиях обычно в течение трех недель.

В зависимости от формы заболевания больные были разделены на три группы.

В первую группу вошли 6 человек с гнойным процессом типа бронхоэктазий и абсцедирующих пневмоний, с длительностью заболевания от 1 года до 10 лет. Количество выделяемой мокроты в сутки от 50 до 400 см³.

Во всех 6 случаях сочетанной терапией было достигнуто клиническое выздоровление или улучшение: уменьшение или исчезновение мокроты, температуры, хрипов.

В качестве иллюстрации приводим историю болезни.

Больной Р. обратился с жалобами на кашель с отделением гнойной мокроты около 2 стаканов в сутки. Болеет 1 год. Заболевание развилось остро после перенесенного гриппа. Лечился в стационарах, от операции отказался.

Кахексия (за время болезни потерял в весе 22 кг), цвет лица землистый. В легких в правой подмышечной области — влажные хрипы. Притупление в правой подмышечной и подлопаточной областях. Тоны сердца приглушены; печень и селезенка не увеличены. Рентгеноскопия грудной полости: бронхоэктатическая болезнь правого легкого (после перенесенного абсцесса).

Анализ крови: Л—16.100, Нв—65 ед., РОЭ—53 мм в 1 час. Моча в норме. ВК в мокроте не обнаружены.

Анализ мочи: в порциях А, В и С—большое количество лейкоцитов; в порции С—окрашенные.

Диагноз: бронхоэктатическая болезнь. Ангиохолит.

Лечение: пенициллин в трахею, уротропин, тиосульфат внутривенно, витамины В₁, В₁₂, никотиновая кислота подкожно, дуоденальные зондирования, тетрациклин с нистатином, холосас, Эссендуки 17.

Первое же дуоденальное зондирование с откачиванием 400 см³ желчи изменило течение заболевания—больной почувствовал резкое облегчение, впервые за восемь месяцев снизилась температура.

Во время курса лечения проведено пять дуоденальных зондирований с откачиванием 400—450 см³ желчи одновременно. К концу лечения самочувствие удовлетворительное, температура нормальная, мокрота—20—30 см³, слизисто-гнойная.

Больной Г., 18 лет, обратился с жалобами на кашель с отделением гнойной мокроты более 200 см³ в сутки, на резкую слабость, исхудание. Болен 10 лет; в восьмилетнем возрасте подсолнечное семячко попало в бронх; развился абсцесс легкого, перешедший затем в хроническую форму. Проводимое лечение было мало эффективно.

Объективно: состояние тяжелое, истощение (вес 40 кг); одутловатость лица. В легких справа в подмышечной области ослабленное дыхание, сухие хрипы. Тоны сердца чистые. А/Д—75/40 мм рт. ст. Печень болезненная, выступает из подреберья на 3 см. Селезенка не прощупывается.

Рентгеноскопия легких: в нижнем легочном поле справа мелкочаечистый рисунок с усиленной тяжистостью. Подвижность диафрагмы справа ограничена. Синусы свободны. Сердце и аорта без особенностей. Заключение: бронхоэктатическая болезнь. В мокроте ВК не обнаружены. Моча нормальная. РОЭ—20 мм в час. Анализ дуоденального содержимого: в порциях В и С значительное количество лейкоцитов. Диагноз: хроническая пневмония (бронхоэктатическая форма). Ангиохолит.

Проведен курс лечения: пенициллин в трахею по 500 тысяч единиц, четыре раза дуоденальное зондирование с откачиванием 400—450 см³ гноя, тетрациклин внутрь, внутривенно через день 30%-ный тиосульфат по 20,0 и 40%-ный уротропин по 5,0. Подкожно витамин В₁.

К концу лечения состояние удовлетворительное; мокрота—20—30,0. После повторных двух курсов лечения, которые были проведены несмотря на отсутствие обострения через 2—3 мес. и во время которых больного санировали и от «сопутствующего» трихоцефалеза, количество мокроты значительно уменьшилось, больной прибавил в весе на 8 кг, вернулась трудоспособность.

Отдаленные результаты (от 1 до 2 лет) прослежены у 5 человек этой группы. Все они практически здоровы. У одного больного отмечалась вспышка процесса после гриппа, которая была вновь купирована сочетанным лечением.

Ко второй группе (8 чел.) мы отнесли больных с хроническим диффузным бронхитом, в большей части случаев с бронхоэктазами, часто с астматическим компонентом, и больных с ограниченной хронической пневмонией (без нагноения).

Длительность заболевания колебалась от двух до двадцати лет. Больные жаловались на мучительный кашель, периодически резко обостряющийся, умеренное количество мокроты. Трое больных отмечали выраженную одышку. У всех больных в результате сочетанной терапии кашель прекратился, значительно уменьшилось количество мокроты. Улучшилось самочувствие, в легких значительно уменьшились хрипы.

Отдаленные результаты (после одного года) прослежены у шести человек. Пятеро из них чувствуют себя удовлетворительно, продолжают работать (двум больным было проведено по два курса лечения). У одного больного по истечении месячного срока наблюдалось резкое обострение, которое было, очевидно, связано с чрезмерно частым применением лечебных дуоденальных зондирований или плохой переносимостью антибиотиков.

В третью группу мы включили 6 больных с эмфизематозной формой хронической пневмонии, с длительностью заболевания от 5 до 20 лет (с момента клинических проявлений). У пятерых больных была эмфизема второй степени и у одного—эмфизема первой степени.

У всех шести больных был получен хороший непосредственный эффект, который выражался в значительном уменьшении одышки. У трех из шести больных ослабленное дыхание частично восстановилось. Двое больных через год сообщили, что чувствуют себя вполне удовлетворительно. У двух других больных эффект был сравнительно недолгим.

Таким образом, у всех двадцати больных сочетанная терапия обеспечила значительное клиническое улучшение, компенсацию процесса (ближайшие результаты лечения).

Отдаленные результаты гораздо лучше при гнойных заболеваниях легких, при эмфизематозной форме хронической пневмонии они менее эффективны.

Наконец, кроме сочетанной терапии, пятнадцати больным с хронической пневмонией, в основном с хроническим бронхитом и ограниченной пневмонией, была проведена санация желчных путей без введения антибиотиков в трахею. Полученный эффект не уступает лечению с применением антибиотиков в трахею. Во всех случаях мы добились компенсации процесса. Уменьшился, а в четырех случаях полностью прекратился кашель, значительно уменьшилось количество мокроты, уменьшилась одышка. У одного больного (60 лет) несмотря на благополучие со стороны легких через несколько месяцев присоединились приступы тяжелой стенокардии, которую удалось купировать в течение двух месяцев лечения. Следовательно, при лечении эмфизематозной формы хронической пневмонии у пожилых больных необходимо проводить и терапию, предупреждающую коронарную недостаточность.

Таким образом, санация желчных путей должна входить в комплекс лечения хронических пневмоний. При гнойных заболеваниях легких необходимо применять лечебное дуоденальное зондирование. При других формах хронической пневмонии санацию нужно проводить с осторожностью, прибегая к тюбажу.

Ставропольская поликлиника

Поступило 19/V 1965 г.

Գ. Գ. ԶԱԼԻԳՅԱՆ

ԽՐՈՆԻԿ ՊՆԵՎՄՈՆԻԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ԱՆԳԻՈՒՆՈՒԵՑԻՍՏԻՏՆԵՐԻ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԼԵՂԱՅԻՆ ՈՒՂԻՆԵՐԻ ՍԱՆԱՑԻԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԹՈՔԱՅԻՆ ՊՐՈՑԵՍՆԵՐԻ ԸՆԹԱՑՔԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ ֆ ո փ ո լ մ

Խրոնիկ պնևմոնիայով հիվանդների լեղային ուղիների մանրակրկիտ ուսումնասիրությունից պարզվել է, որ լեղային ուղիների սենացիան պետք է մտնի խրոնիկ պնևմոնիայի բուժման կոմպլեքսի մեջ: Թոքերի թարախային հիվանդությունների դեպքում պետք է կիրառել դոուդենալ զոնդաժ: Խրոնիկ պնևմոնիայի մյուս ձևերի դեպքում սանացիան պետք է անցկացնել զգուշորթյամբ, դիմելով տյուբաժի:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Боровская Б. Д. Терапевтический сборник. Ижевск, 1950.
2. Бурчинский Г. И. Врачебное дело, 1957, 7, стр. 33.
3. Гавалов С. М. Хронические неспецифические пневмонии у детей и их этапное лечение, М., 1961.