

Под нашим наблюдением находилось 7 больных бронхиальной астмой с тяжелым течением. Применение месфенала у 3 этих больных выявило некоторый эффект, а у 4 состояние осталось без перемен. Эти больные страдали бронхиальной астмой длительное время с частыми и упорными припадками удушья, многократно пользовались госпитальным лечением, как правило, с кратковременным улучшением. Бронхиальная астма у этих больных протекала на фоне тяжелого пневмосклероза и выраженных явлений легочно-сердечной недостаточности, хронической пневмонии, бронхоэктазий и т. д.

У 10 больных месфенал был использован только для купирования приступа бронхиальной астмы в условиях квартирной неотложной помощи (4 больных с неосложненной бронхиальной астмой и 6 — средней тяжести течения заболевания), что и удалось.

Лечение месфеналом больные переносили легко: ни разу нам не пришлось отменить препарат из-за его непереносимости. Побочными проявлениями действия месфенала являются сухость во рту и мидриаз. Эти симптомы были выражены несколько реже, чем при лечении арпеналом. При применении месфенала совершенно отсутствуют симптомы «опьянения», наблюдавшиеся при приеме арпенала. Указанные побочные явления держались недолго и обычно в процессе лечения становились все менее отчетливыми. При повторных курсах лечения побочные явления были выражены меньше. В соответствии с экспериментальными данными при применении терапевтических доз месфенала мы не наблюдали изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, в частности подъема АД и учащения сердечной деятельности.

Эффективность месфенала несколько выше арпенала; купирующее действие наступает быстрее, курс лечения в среднем несколько короче, ремиссия продолжительнее.

ВЫВОДЫ

1. Месфенал является надежным препаратом для систематического лечения больных бронхиальной астмой, может быть использован у больных с различными нарушениями сердечно-сосудистой деятельности.

2. Месфенал оказывает благоприятное действие на функцию внешнего дыхания, нормализует насыщение крови кислородом, ЖЕЛ и МОД.

3. Побочные явления месфенала (сухость во рту и мидриаз) выражены не резко и не препятствуют применению препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оль И. В. Казанский мед. ж. 1961, 4. — 2. Шулуток Б. И. Там же. 1964, 1.

УДК 616:248

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕНАМОНА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Ф. В. Арсентьев

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. И. Б. Шулуток)
Калининского медицинского института

Проблема лечения бронхиальной астмы в настоящее время продолжает оставаться открытой, несмотря на обилие существующих средств и методов. За последние 10—15 лет в решении этой задачи отмечен несомненный прогресс, который, прежде всего, можно отнести за счет использования кортикостероидов (Б. Б. Коган).

Однако и гормональная терапия далеко не всегда способна вызвать положительный терапевтический эффект. Кроме того, сейчас сложилось определенное представление об отрицательных сторонах действия стероидных гормонов, об их способности вызывать гипертензию и кровоточивость, нарушать водно-минеральный баланс и эндокринную корреляцию в организме. Клиницистам хорошо знакомы тяжелые проявления «синдрома отмены». Некоторые авторы (Е. Е. Гогин) видят у отдельных больных прямую связь между гормональной терапией и летальным исходом.

Принимая во внимание важность использования при данном заболевании новых лекарственных средств, мы применили для этой цели новый препарат бенамон, синтезированный во ВНИХФИ. Бенамон является йодистым триэтилом-β-4-стильбеноксиэтиламмонием; это белый, плохо растворимый в воде порошок. Экспериментальные наблюдения свидетельствуют о спазмолитической и, в частности, бронхолитической активности препарата, в основе которой заложено холинолитическое действие. Для лечения больных нами использован бенамон в таблетированной форме, причем в каждой таблетке содержалось 30 мг препарата.

Лечение бронхиальной астмы проведено у 7 мужчин и 18 женщин различного возраста. У 13 из 16 больных астма протекала на фоне пневмосклероза, эмфиземы, хронического бронхита в разнообразных сочетаниях. У 9 больных диагностирован

астматический бронхит (у 5 — в сочетании с эмфиземой и пневмосклерозом). Длительность заболевания колебалась от 6 месяцев до 10 лет и более.

Лечение бенамоном осуществлялось согласно инструкции: по 1 таблетке 2—3 раза в день; продолжительность курса лечения составляла в среднем 2—3 недели. Сроки лечения приходилось сокращать или отменять бенамон, если терапевтический эффект не выявлялся в первые дни лечения или процесс обострялся. Подавляющее большинство больных получало один бенамон и индифферентную микстуру, и только иногда назначение изучаемого препарата сочеталось с антибиотиками, отхаркивающими средствами и другими медикаментами.

В результате проведенного лечения у 9 больных отмечено значительное улучшение состояния (полное прекращение приступов удушья, исчезновение хрипов в легких, отсутствие жалоб).

Улучшение констатировано у 4 больных; последнее проявилось значительным ослаблением и урежением приступов удушья, заметным улучшением состояния больных, уменьшением хрипов в легких.

У 5 больных бенамон вызвал незначительное улучшение состояния. Не отмечено никакого эффекта у 4 больных, а у одного наступило ухудшение.

ВЫВОДЫ

1. Лучшие результаты лечения бенамоном получены при бронхиальной астме без выраженных сопутствующих хронических изменений со стороны легких и бронхов.

2. Побочные явления при лечении бронхиальной астмы бенамоном в форме слабости, головокружения, потливости наблюдаются нечасто и скоро проходят при отмене препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гогин Е. Е. Клин. мед. 1956, 1. — 2. Коган Б. Б. Бронхиальная астма. Медгиз, М., 1959.

УДК 616.24 — 002

ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ПНЕВМОНИЙ НА ДОМУ

Б. А. Рывкин, Ф. З. Рывкина, Л. Н. Футрицкий

Поликлиники № 13 (главврач — М. Н. Офицеров) и № 5 (главврач — З. С. Иванова) г. Ленинграда

Заболеваемость острыми пневмониями в 1961—1963 гг., по нашим данным, составляла 5,8—7,9 на 1000, в том числе крупозной пневмонией 0,16—0,21.

Из общего числа больных очаговыми пневмониями было госпитализировано 24—30%. Таким образом, основная масса больных получает лечение в условиях «стационара на дому», а правильная организация этого лечения является важным разделом работы поликлиник.

Нами проанализированы 227 историй болезни больных очаговыми пневмониями, леченных на дому. Среди них мужчин было 89 (40%) и женщин — 138 (60%), лиц старше 50 лет — 47,5%; повторно болеющих пневмонией — 23%. У 27% больных пневмония протекала на фоне хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы, а в 18% сочеталась с хронической патологией органов дыхания. «Гриппозные пневмонии» были у 25,1% больных, у 34,3% развитию пневмонии предшествовали острые катары верхних дыхательных путей и бронхиты, у 2,8% травмы грудной клетки и у 37,6% — факторы, способствующие развитию пневмонии, выявлены не были. Воспаление в правом легком было у 48%, в левом — у 39,5%, двустороннее — у 12,5% больных.

Клиническая картина при очаговых пневмониях складывалась из проявлений токсикоза (боли головные, в глазных яблоках, мышечные; адинамия) и локальных симптомов, связанных с воспалительным процессом в ткани легкого. Явления сердечно-сосудистой недостаточности отмечены лишь у 11,3% больных, причем все они были старше 50 лет или страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Острое начало наблюдалось у 50,6% больных, оно более характерно для «гриппозных пневмоний», протекавших, как правило, с выраженной интоксикацией и лихорадкой. Но в целом мы не можем полностью согласиться с В. В. Ставской (1963) и Н. С. Молчановым (1964), отмечавшими острое течение очаговых пневмоний с выраженными физикальными данными и температурой.

В 84% отмечалось повышение температуры, но в 80,5% от числа заболеваний, протекавших с лихорадкой, повышение температуры отмечалось не более 5—7 дней, чаще всего носило субфебрильный характер и в 13% превышало 39°. Пневмония с нормальной температурой встретилась у 16% больных. Характерно также отсутствие у большинства больных значительного лейкоцитоза. Лейкопения отмечалась в 18%, нормальное содержание лейкоцитов — в 18,9%, лейкоцитоз до 10000 — в 60,8% и более