

матерей и новорожденных, М., 1957. — 5. Николаев А. П. Практическое акушерство, Киев, 1958. — 6. Сидоров П. П. и Мильченко И. Т. Журн. акуш. и гинеко., 1937, 7. — 7. Смирнова Л. Г., Кватер Е. И. и Чулкова З. С. Журн. акуш. и гинеко., 1960, 1. — 8. Стоцик Н. Л. и Орлова Т. И. Поздний токсикоз беременности, М., 1952. — 9. Тутова И. М. Сб. тр. каф. акуш. и гинеко., Горький, 1960, 2. — 10. Чеботарев Д. Ф. Гипертензивный синдром, Киев, 1956.

Поступила 10 декабря 1962 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ АРПЕНАЛОМ

Б. И. Шулуток

3-я кафедра внутренних болезней (зав.—проф. Б. В. Ильинский)
Ленинградского ГИДУВа им. С. М. Кирова и больницы им. В. И. Ленина
(главврач — К. А. Шеломенцева)

Как известно, важную роль в патогенезе астматического приступа играет бронхоспазм; поэтому правомочным является стремление фармакологов и клиницистов использовать для лечения астмы препараты холинолитического ряда. Последние, ослабляя поток импульсов по блуждающему нерву, могут способствовать прекращению приступов.

Одним из холинолитиков, успешно зарекомендовавшим себя при купировании экспериментального бронхоспазма, вызываемого различными методами, является арпенал, представляющий собой сложный эфир диэтиламинопропанола и дифенилуксусной кислоты. Этот препарат был синтезирован в Институте тонкой органической химии АН Арм. ССР под руководством академика А. Л. Миджояна и изучен экспериментально проф. М. Я. Михельсоном и его сотрудниками в Институте эволюционной физиологии им. И. М. Сеченова АН СССР.

При экспериментальном изучении препарата выявлено выраженное холинолитическое действие его на М- и Н-холинореактивные системы с отчетливым спазмолитическим эффектом. Введение бронхолитических доз препарата в эксперименте не вызывало заметных расстройств со стороны сердечно-сосудистой системы. Первое клиническое испытание препарата, проведенное на небольшой группе больных бронхиальной астмой (30 чел.) А. Т. Симоняном и др. (1958 г.), показало его целесообразность. По данным этих авторов, у всех больных, получавших арпенал, был отмечен хороший эффект.

Под нашим наблюдением находилось 107 больных бронхиальной астмой (женщины — 72, мужчин — 35). В стационаре проходили лечение 44, в поликлинике 40 и в условиях неотложной помощи 23.

В возрасте до 30 лет было 8, от 31 до 50 — 45, от 51 до 60 и старше — 54. С длительностью астмы от 1 г. до 4 лет — 17 больных, от 5 до 9 лет — 35, от 10 до 14 лет — 30, 15 лет и более — 25.

С нетяжелой и, как правило, неосложненной бронхиальной астмой было 52 чел., с астмой средней тяжести и с осложнениями в виде хронического бронхита, пневмосклероза, повторных пневмоний, эмфиземы легких и явлений легочно-сердечной недостаточности первой и второй степеней 50. В третью группу отнесены 5 наиболее тяжелых больных с многолетней давностью заболевания, проявляющегося длительными астматическими состояниями, при выраженной эмфиземе легких и легочно-сердечной недостаточности 2—3 ст.

Препарат применялся в виде подкожных инъекций 1 мл 2% раствора три раза в сутки в стационаре и два раза в сутки в поликлинике. Курс лечения составлял 2—3 недели. Если в течение 7—10 дней эффекта не наступало, препарат отменяли. При соответствующих показаниях, кроме арпенала, больные получали антибиотики, сульфаниламиды, сердечно-сосудистые средства. Иногда в начале курса лечения наиболее тяжелые приступы астмы купировались адреналином или эфедрином. В условиях квартирной неотложной помощи арпенал вводился подкожно однократно по 2 мл 2% раствора.

Результаты лечения оценивались как «хорошие», когда прекращались приступы астмы и значительно улучшалось общее состояние больных; как «удовлетворитель-

ные» при уменьшении частоты и тяжести приступов на фоне улучшения общего состояния (в этой группе больных приступы легко купировались приемом антазмана, теофедрина, прежде не оказывавших эффекта). У части больных эффекта не было.

У принимавших курсовое лечение стационарно хороший эффект получен у 28, удовлетворительный у 6 и у 10 эффекта не было.

У принимавших курсовое лечение амбулаторно хороший эффект получен у 35, удовлетворительный у 4, и у одного эффекта не было.

При однократном введении арпенала в условиях неотложной помощи у 17 из 23 больных приступ прервался; у 2 ослабло астматическое состояние, у 4 эффекта достичь не удалось, и пришлось ввести адреналин.

При длительном наблюдении за эффективностью препарата в условиях стационара и поликлиники у большей части больных (у 63 из 84) удалось добиться хорошего эффекта. У них в ближайшие 4—5 дней после начала лечения приступы астмы стали реже и легче, а к 7—8 дням обычно прекращались. Уменьшались одышка и кашель, облегчалось отделение мокроты. Значительно улучшалось общее состояние, нормализовался сон. Уменьшились или полностью исчезли сухие хрипы, выслушавшиеся в большом количестве до начала лечения.

Следует отметить, что основную массу больных с хорошим клиническим эффектом (42 из 63) составляли лица с неосложненной бронхиальной астмой. Значительно меньшим был эффект от арпенала при наличии у больных осложнений. Все же у 21 из 37 были получены хорошие результаты; однако у 6 больных эффекта не было. Ни у одного из 5 тяжело и длительно болеющих достичь лечебного эффекта не удалось.

Удовлетворительный эффект был отмечен у 10 больных. Положительное влияние сказалось в значительном урежении приступов удушья и более легком течении их. Одновременно уменьшалась одышка, облегчалось отделение мокроты. При аускультации определялось меньшее сравнительно с исходным количество хрипов.

Отсутствие эффекта от применения арпенала отмечено у 11 больных. Все больные этой группы страдали тяжелой и средней тяжести бронхиальной астмой с явлениями выраженного пневмосклероза, эмфиземой легких и значительной легочно-сердечной недостаточностью. В прошлом эти лица многократно лечились в стационарах различными препаратами с кратковременным эффектом или без него. После безуспешного лечения арпеналом в течение 7—10 дней препарат у них отменялся.

Таким образом, у всех больных с неосложненным течением бронхиальной астмы арпенал оказывал хороший лечебный эффект. В связи с прекращением приступов в процессе лечения уменьшались симптомы легочно-сердечной недостаточности. Препарат хорошо переносился больными. Из побочного действия арпенала необходимо указать на нерезко выраженные сухость во рту у 48 больных (из 107), мидриаз у 37 и ощущение легкого опьянения у 42. У части больных указанные явления наблюдались одновременно. Побочные явления оказались нестойкими и быстро исчезли после отмены арпенала. Нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы под влиянием арпенала отмечено не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Симонян А. Т., Аветисян А. М., Мелик-Адамян Н. Л. Известия АН Арм. ССР, 1958, т. 11, 2.

Поступила 20 мая 1963 г.

БИЦИЛЛИН-3 В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ

Л. А. Мовчан и Л. А. Спасская

Первая кафедра терапии (зав.—проф. Л. М. Рахлин) и кафедра микробиологии (зав.—проф. С. М. Вяселева) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

До настоящего времени пенициллин является основным антибиотиком при лечении острых микробных пневмоний. Однако при этом необходимо дробное круглосуточное введение препарата, чтобы создать достаточную концентрацию его в крови. Поскольку это создает ряд неудобств, изучение эффективности дюранных препаратов пенициллина остается актуальной задачей.

В предыдущем сообщении (Казан. мед. ж., 1960, 5) мы поделились опытом лечения больных пневмонией бициллином-1. Мы отметили, что при введении 1200000 ед. бициллина-1 концентрация препарата в крови колебалась от 0,48 до 0,03 ед/мл, н, следовательно, там, где требуется более высокая концентрация препарата, терапевтический эффект полностью не достигается. Известно, что при острых пневмониях