КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616. 2—616. 24—008. 41—615. 7

С. И. Ашбель и Т. А. Первичко (Горький). **Опыт применения нового противокашлевого препарата деморфана**

Деморфан, синтезированный во ВНИХФИ им. С. Орджоникидзе, по химическому строению является бромгидратом О-метил-N-метилоксиморфина. Это белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде. Выпускается в таблетках по 5 и 10 *мг*.

Мы назначали деморфан больным хроническим бронхитом, бронхиальной астмой, пневмокониозом, осложненным инфекционно-воспалительным процессом в легких, токсическим пневмосклерозом с явлениями хронического бронхита, бронхоэктазий и эмфиземы легких.

Лечение проводили в течение 7 дней: 1—2 таблетки (по 5 *мг*) на прием 3—4 раза в день в зависимости от частоты и выраженности кашля.

Больные были разделены на 3 группы. В I гр. вошли 10 чел. с сухим кашлем, у которых не было выраженных явлений дыхательной недостаточности, во II — 19 с выраженными явлениями дыхательной недостаточности и в III — 21 с активным инфекционно-воспалительным процессом в дыхательных путях и выраженной дыхательной недостаточностью.

Больные I гр. получали только деморфан, II — деморфан в сочетании с аэрозольингаляциями раствора бронхорасширяющих препаратов (димедрол, эуспиран, эфедрин, адреналин, атропин, эуфиллин) и III — деморфан в сочетании с ингаляциями аэрозолей указанных бронхорасширяющих препаратов и пенициллина или стрептомицина, либо наряду с деморфаном — антибиотики (левомицетин, биомицин, террамицин) перорально или сульфаниламиды. При лечении деморфаном частота и интенсивность кашля значительно уменьшались, улучшалось общее самочувствие и сон.

У больных III гр. было отмечено выраженное уменьшение интенсивности кашля, улучшение функционального состояния дыхательного аппарата и ослабление инфекционно-воспалительного процесса в бронхо-легочных путях.

Деморфан хорошо переносился всеми больными. Пристрастия к нему не отмечается.

УДК 616. 132. 2—616—089

Е. А. Кузьмин (Москва). **Двусторонняя перевязка внутренней грудной артерии как один из компонентов комплексного лечения хронической коронарной недостаточности**

Поскольку данное оперативное вмешательство является паллиативным, необходимы постоянные профилактические мероприятия для предотвращения обострений заболевания.

В связи с постепенным угасанием положительного эффекта после этой операции, в последние годы предложено несколько мер, призванных увеличить его длительность.

С нашей точки зрения, лучшим методом лечения хронической коронарной недостаточности является сочетание двусторонней перевязки внутренней грудной артерии с применением сосудорасширяющих, гормональных средств и антикоагулянтов, которые необходимы для наиболее полного воздействия на всю цепь патологического процесса.

В послеоперационном периоде мы рекомендуем тщательное соблюдение режима труда и отдыха, постепенное увеличение физической нагрузки, соответствующую диету с исключением богатой холестерином пищи и различного рода возбуждающих напитков. Больным с хронической коронарной недостаточностью на фоне гипертонической болезни необходимо курсовое лечение гипотензивными средствами (папаверином, диуретином, дибазолом, эуфиллином и т. д.) для стабилизации уровня АД, ибо обострение коронарной болезни чаще наблюдается при резких, скачкообразных изменениях его. Отмечается хороший эффект при назначении этой группе больных препаратов брома, андаксина, люминала. Тем более ценны эти препараты при склонности к вегето-невротическим реакциям. У некоторых больных с приступами стенокардии в послеоперационном периоде (менее интенсивными и более редкими, чем до операции) отмечается повышение эффективности лекарственных препаратов, что указывает на определенное улучшение кровоснабжения миокарда, достигнутое оперативным вмешательством.

Наблюдения еще раз подтвердили целесообразность операции двухсторонней перевязки внутренней грудной артерии как одного из компонентов комплексного лечения хронической коронарной недостаточности.