

ВЫВОДЫ

1. Дифениламиновая реакция у детей, больных хронической пневмонией, является ценным тестом для определения активности легочного процесса.

2. Средняя величина дифениламинового показателя у больных хронической пневмонией в период обострения (0,205) настолько отличается от средней величины этого показателя у здоровых детей (0,196), что отличие является статистически достоверным. Средняя величина дифениламинового показателя у больных хронической пневмонией в период ремиссии (0,180) не имеет существенного различия от средней здоровых детей.

3. Результаты дифениламиновой реакции зависят от периода заболевания: наибольший средний подъем дифениламинового показателя наблюдается в первые дни обострения, понижаясь по мере стихания остроты процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гавалов С. М. Хронические неспецифические пневмонии у детей и их этапное лечение. Медгиз. М., 1961. — 2. Ларский Э. К. Лаб. дело, 1957, 4. — 3. Niazis S., State D. Cancer Research, 1948, 2.

Поступила 1 октября 1963 г.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ АЭРОЗОЛЬНЫМИ ИНГАЛЯЦИЯМИ

И. Т. Мальцев, А. Н. Мельник, Н. А. Воронина

Омская железнодорожная клиническая больница № 2

(начальник — С. Ф. Мельник, научн. руковод. — проф. М. Э. Винников)

За последние годы количество больных, страдающих хронической пневмонией, значительно возросло, а антибиотики не стали обеспечивать при этом заболевании того эффекта, который наблюдался ранее, очевидно, в связи с изменением характера микрофлоры и повышением ее резистентности к антибиотикам. Это и побуждает искать новые методы лечения данного заболевания.

Как известно, ингаляции антибиотиков, спазмолитических и секретолизирующих веществ позволяют непосредственно воздействовать на интерорецепторы бронхов, лизировать мокроту, оказывать бактериостатическое действие на микрофлору в очаге поражения, уменьшать воспалительную отечность бронхов, не повреждая при этом функцию мерцательного эпителия. Все это должно способствовать улучшению бронхиальной проходимости и функции внешнего дыхания и облегчать состояние больных.

Мы считали целесообразным ингалировать только антибиотики, только бронхолитические вещества или секретолизирующие ферменты, как это делали другие авторы.

Поэтому мы предложили вводить следующие два комплекса лекарственных веществ. Первый комплекс включал 0,25 аминазина, 6,0 новокаина, 0,5 дипразина, 3 млн. ед. мономицина и 300 мл дистиллированной воды. На одну ингаляцию брали 30 мл указанного раствора. Все больные одновременно получали внутримышечно по 20 ед. АКТГ один раз в день. Этот комплекс применялся, как правило, больным бронхиальной астмой, астматическим бронхитом.

Второй комплекс лекарственных веществ включал 2,0 эуфиллина, 400 ед. АКТГ или 150 мг преднизона, 5,0 панкреатина, 3 млн. ед. эритромицина и 300 мл дистиллированной воды. На одну ингаляцию брали 30 мл данного раствора. Этот комплекс применялся при бронхоэктазах, пневмосклерозах, хронической пневмонии, легочном сердце.

Ингаляции проводились с помощью аэрозольного аппарата АИ-1. Каждая ингаляция продолжалась 8—12 мин.

Под нашим наблюдением было 56 мужчин и 44 женщины в возрасте от 30 до 78 лет. У 22 больных была бронхиальная астма и у 78 — хроническая пневмония, в большинстве случаев осложненная хроническим бронхитом, бронхоэктазами, пневмосклерозом и эмфиземой легких. У многих была легочно-сердечная недостаточность.

Давность заболевания до $\frac{1}{2}$ года была у 12, до 1 года — у 6, до 3 лет — у 4, до 5 лет — у 11, до 10 лет — у 27, до 20 лет — у 26 и более — у 4 больных.

Динамика основных клинических проявлений у больных до и после лечения характеризуется следующими данными.

Симптомы, отмеченные у больных	До лечения	После лечения	
		исчезли	значительно снизились
Лихорадка или субфебрилитет . . .	46	43	3
Постоянный кашель	100	61	39
Мокрота до 1 стакана и более в сутки	51	22	29
Кровохарканье	4	4	—
Одышка в покое и при ходьбе . . .	85	44	41
Приступы удушья	41	23	18
Общие или постоянные отеки . . .	41	41	—
Выраженный цианоз	45	18	27
Боли в груди	66	57	9
Признаки эмфиземы легких	100	Только у некоторых больных уменьшились	
Признаки хронической пневмонии .	78		

Среди больных с приступами удушья было 22 больных бронхиальной астмой и 19 — хронической пневмонией с выраженными признаками легочного сердца. У этих больных наблюдались большие отеки, застойная печень, отрицательный диурез, набухшие шейные вены, резкий цианоз, вынужденное положение тела. Рентгенологически, как правило, кроме инфильтрации легочной ткани, выявлялся пневмосклероз, бронхоэктазы, эмфизема легких.

Следует отметить, что у 35% наших больных были изменения ЭКГ, указывающие на расстройства коронарного кровообращения. Перегрузка правого желудочка с выраженным симптомом Гарцера — Плеша отмечена у 27 больных.

У всех больных легочным сердцем вязкость крови была выше 5 ед. Полиглобулия отмечена у трети больных. Гемоглобин выше 90% был у 56. Лейкоцитоз, превышавший 8000, был у 42, нейтрофилез со сдвигом влево — у 57 больных. РОЭ ускорилась лишь у тех больных, у которых не было декомпенсации. У всех больных билирубин был в пределах нормы. Протромбин ниже 70% отмечен у 33 больных. Резервная щелочность от нормы не отклонялась даже в случаях тяжелой декомпенсации легочного сердца. Сулемовая проба ниже нормы была лишь там, где развивался кардиальный цирроз печени. Альбумины снижались у каждого третьего больного, причем тем ниже, чем тяжелее была декомпенсация и большая длительность процесса. Этим больным свойственно повышение α_1 , α_2 и γ -глобулинов, особенно в тех случаях, когда имела место гиперпротеинемия. Фибриноген в 60% был 8% и выше. Чем тяжелее была декомпенсация легочного сердца, тем выше был фибриноген крови.

Из 100 больных лечилось с применением 1-го комплекса аэрозолей — 18, 2-го — 36 и 1—2-го — 46 человек. Получили до 15 ингаляций — 59 больных, до 20 — 26, до 30 — 11 и более 30 — 4 больных. Положительный терапевтический эффект лечения получен у 93%, в том числе хороший — у 68%. Наилучшие результаты достигались от сочетанного применения 1 и 2 комплексов (один из них применяется утром, другой — вечером). В среднем больные проводили в стационаре 24 дня.

При бронхиальной астме хорошие результаты получены у 6, удовлетворительные — у 11 и у 5 больных эффекта не было. При хронической пневмонии хорошие результаты получены у 62, удовлетворительные — у 14 и у 2 больных эффекта не было. «Удовлетворительно» оценивались те результаты, когда на протяжении последующего года больной повторно все же поступал в клинику, хотя и был выписан с хорошим ближайшим результатом.

Характерно для всех больных хронической пневмонией, леченных аэрозолями в указанных вариантах, быстрое уменьшение кашля, разжижение мокроты, исчезновение удушья, уменьшение одышки, цианоза, болей в груди и увеличение количества мочи.

Нами исследованы у 70 больных некоторые элементы функции внешнего дыхания спирографом типа Книппинга. МОД от 81 до 140% был у 16, от 141 до 200% и выше — у 54. МПК от 61 до 100% — у 39, свыше 100% — у 31. ЖЕЛ до 60% — у 25, от 60 до 90% — у 40 больных. МВЛ до 60% — у 28, от 60 до 90% — у 35.

Из числа 70 больных КИ был до 30 — у 35 и от 30 до 50 — у 35 больных. Следует отметить, что у трети больных показатели спирограммы к концу лечения не улучшились, несмотря на бесспорный клинический эффект.

Венозное давление из числа 70 больных было нормальным у 56 (преобладала легочная недостаточность), у 14 — повышенным (на легочную недостаточность наложилась сердечная и в момент исследования доминировала над легочной недостаточностью).

Из 70 больных основной обмен был понижен ($-13 -17$) у 7, повышен ($+25 +40$) — у 31 и в пределах нормы (± 10) — у 32 больных.

У нас создается впечатление, что основной обмен тем выше, чем выше гипервентиляция (преобладание МОД над КИ), а снижение основного обмена имело место у тех лиц, у которых был относительно низкий МОД и высокий КИ. Полагаем, что цифры основного обмена в сопоставлении с величинами МОД и КИ можно использовать как одну из функциональных проб для выявления степени нарушения внешнего дыхания.

Итак, наш опыт позволяет рекомендовать аэрозольную ингаляцию описанного состава в стационаре и в амбулаторных условиях при указанных заболеваниях.

Получила 20 мая 1963 г.

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ БЕЛКОВЫХ, ГЛЮКОПРОТЕИНОВЫХ ФРАКЦИЙ И УРОВНЯ СИАЛОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АСТМОИДНОГО СИНДРОМА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

В. И. Новичков

Кафедра факультетской терапии (зав.—проф. З. И. Малкин) и Центральная научно-исследовательская лаборатория Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

В клинике внутренних болезней довольно часто приходится сталкиваться с больными, у которых приступы удушья возникают и протекают на фоне хронического или острого воспалительного процесса в бронхолегочном аппарате. Однако в большинстве случаев подобные приступы расцениваются как бронхиальная астма. Установление же причинных моментов астмоидных явлений играет значительную роль в выборе рациональной патогенетической терапии.

С целью проведения дифференциальной диагностики между бронхиальной астмой и астмоидными явлениями, сопровождающими обострение хронического бронхита или хронической неспецифической пневмонии, было обследовано 74 больных. Среди них мы выделили три группы. К I гр. были отнесены больные с астмоидным синдромом, протекающим на фоне обострения хронического бронхита или хронической неспецифической пневмонии (34 чел.). II гр. составляли больные бронхиальной астмой с классическим течением и приступами (27 чел.). И в III гр. вошли больные, у которых к типичной бронхиальной астме присоединилась гриппозная или неспецифическая пневмония, и наоборот, на фоне пневмонии возникали классические приступы бронхиальной астмы (13 чел.).

У всех больных проводилось динамическое исследование белковых и глюкوپротеиновых фракций и уровня сиаловой кислоты.

Белковые и глюкوپротеиновые фракции определялись методом горизонтального электрофореза на бумаге. При окраске лент на глюкوپротеиды мы пользовались собственной модификацией методики А. А. Титаева и Э. Г. Ларского (1959). Уровень сиаловой кислоты определялся по методу Хесса и сотр.

Для установления фракционного распределения глюкوپротеидов в норме было обследовано 35 практически здоровых людей в возрасте от 20 до 53 лет. Получены следующие результаты: альбумины — $20,1 \pm 2,6\%$, глобулины: $\alpha_1 - 15,0 \pm 2,3\%$, $\alpha_2 - 24,0 \pm 2,6\%$, $\beta - 24,2 \pm 2,8\%$, $\gamma - 16,7 \pm 2,2\%$. Уровень сиаловой кислоты (обследовано 74 донора) составлял $88,4 \pm 7,7 \text{ мг}\%$.

Приступы удушья, возникающие в связи с обострением бронхита или неспецифической пневмонии, бывают обычно по утрам на высоте надсадного кашля с выделением умеренного количества мокроты. Эти приступы, как правило, легкие и купируются принятием эфедрина. При лабораторном исследовании крови обращает на себя внимание ускоренная РОЭ, у 38% больных наблюдались лейкоцитоз и в 56% астмоидные явления сопровождались умеренной эозинофилией. Анализ мокроты дает почти постоянное отсутствие спиралей Куршмана и кристаллов Шарко—Лейдена.

Содержание общего белка, определяемого рефрактометрически, было в пределах нормальных колебаний. Диспротеинемия у данных больных характеризовалась гипоальбуминемией ($40,8 \pm 5,5\%$) и закономерным увеличением α_1 ($7,3 \pm 1,65\%$), α_2 ($15,3 \pm 2,4\%$) и в 50% и γ -глобулинов. Не было найдено статистически досто-