

XII сессия Института терапии АМН СССР. — 6. Bartels C., Evans J. A., Townley V. G. JAMA, 1959, v. 170, № 15. — 7. Krück F. Deutsche Med. Wochenschr., 1959, Bd. 84, № 27. — 8. Freis E. D. JAMA, 1959, v. 169, № 2. — 9. Leishman W. D., Matthews H. L., Smith A. J. Lancet, 1959, v. 2, № 71. — 10. Dupler D. A., Greenscodd K. J., Connell J. T. JAMA, 1960, v. 174, № 2.

Поступила 5 июня 1961 г.

ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АСТМОИДНОГО БРОНХИТА ИНГАЛЯЦИЯМИ АЭРОЗОЛЯ ИЗАДРИНА¹

Научн. сотр. З. В. Шаронова

Клиника (зав. — проф. С. И. Ашбель) Горьковского института гигиены труда и профессиональных болезней

Бронхиальная астма и хронический астмоидный бронхит — довольно распространенные заболевания среди рабочих химической промышленности.

Лечение этих заболеваний — трудная задача, так как препараты бронхолитического действия не всегда эффективны. Поэтому изыскание новых средств активного бронхорасширяющего действия должно привлекать большое внимание врачей.

В 1957 г. Всесоюзным научно-исследовательским химико-фармацевтическим институтом им. Г. К. Орджоникидзе нашей клинике было предложено провести испытание нового отечественного препарата — изадрина.

Изадрин обладает выраженной бронхолитической активностью, примерно в 10 раз превышающей активность адреналина.

В экспериментах на животных (во ВНИХФИ) установлено, что изадрин быстро снимает бронхоспазм, вызванный различными фармакологическими агентами. Это проявляется уже при применении очень малых доз препарата при различных способах его введения (внутрь, внутривенно, при ингаляции).

В отличие от адреналина, изадрин вызывает гипотензивный эффект.

В течение 1957—58 гг. мы провели клиническую апробацию изадрина на 35 больных, из которых 25 страдали бронхиальной астмой профессионального и непрофессионального происхождения, а 9 — резко выраженными астмоидными явлениями на фоне токсического пневмосклероза. Мужчин было 17, женщин 18. Трое были в возрасте до 30 лет, 19 — от 31 до 45 лет, остальные старше.

Больные бронхиальной астмой страдали частыми, тяжелыми приступами удушья, пятеро являлись инвалидами II гр. и 6 — III гр. профессиональной инвалидности. Длительность заболевания — от 2 до 20 лет.

При исследовании отмечался цианоз губ, в легких перкуторно-коробочный звук, опущение легочных краев, резкое ограничение их подвижности; выслушивалось большое количество сухих свистящих хрипов. У всех была дыхательная недостаточность различной выраженности.

Изадрин для аэрозоль-ингаляций применялся в дозе 0,5 мл 0,5% раствора, разведенного в 5 мл физиологического раствора. Распыление производилось аэрозоль-ингаляционным аппаратом системы «ГИГТ»². Как правило, на курс лечения применялось от 15 до 30 ингаляций.

Нами установлено, что ингаляции аэрозоля изадрина обладают выраженным бронхорасширяющим действием.

Уже после однократной ингаляции почти у всех больных бронхиальной астмой дыхание становилось более свободным, количество

¹ Доложено на выездной сессии АМН СССР, Горький, 17/IX-59 г., и на заседании Горьковского общества терапевтов 9/X-59 г.

² Описание этого прибора — Тер. арх., 1953, 1.

свистящих хрипов в легких уменьшалось, и улучшалась функция внешнего дыхания.

Наиболее выраженным нарастание показателей функции внешнего дыхания было после курса ингаляций. У некоторых больных бронхиальной астмой они увеличились, по сравнению с исходными, почти вдвое.

К концу пребывания в клинике почти все больные бронхиальной астмой чувствовали себя удовлетворительно, приступы удушья у них прекратились, хрипы в легких не выслушивались.

У 17 больных получен хороший результат, у 5 — удовлетворительный, у 4 лечение оказалось неэффективным. Все четверо страдали тяжелой формой урсоловой бронхиальной астмы. Более эффективными для них оказались ингаляции аэрозолей димедрола или димедрола в сочетании с эуфиллином.

Для иллюстрации эффективности лечения ингаляциями аэрозоля изадрина приведем выписку из истории болезни.

Ю., 24 лет, страдала тяжелыми приступами бронхиальной астмы с 1953 г. В октябре 1956 г., после родов и пневмонии, появилось астмоидное состояние, на фоне которого возникали тяжелые приступы удушья. С этого времени и до августа 1957 г. больная почти постоянно находилась на лечении в больнице гор. Богородска, где получала последовательно АКГГ, необензиол, новоканн, салициловый натрий. Однако приступы удушья купировались только инъекциями адреналина, который вводили до 15 раз в сутки.

23/VI-57 г. больная была доставлена в нашу клинику в тяжелом астмоидном состоянии.

С первого дня больной были назначены ингаляции аэрозоля изадрина 2 раза в сутки. Уже первой ингаляцией было снято астмоидное состояние. Больная получила возможность свободно дышать, говорить. Однако вскоре вновь возобновилось удушье.

В течение первых трех суток, помимо плановых двух ингаляций, больная получала дополнительно третью и, кроме того, приходилось прибегать к 2—3 инъекциям адреналина.

С 4-го дня состояние больной стало значительно улучшаться, астмоидное состояние было снято, наблюдались лишь кратковременные приступы удушья, быстро купируемые ингаляцией. Всего больная получила на курс 30 ингаляций изадрина и была выписана в удовлетворительном состоянии. В легких выслушивались единичные сухие хрипы на фоне везикулярного дыхания.

Благоприятный терапевтический эффект ингаляций аэрозоля изадрина был получен и у больных токсическим пневмосклерозом с явлениями диффузного астмоидного бронхита: уменьшались одышка и количество сухих свистящих хрипов, улучшались показатели функционального состояния аппарата внешнего дыхания.

По заявлению больного К., инвалида I гр., страдающего токсическим пневмосклерозом с явлениями выраженной эмфиземы легких и диффузного астмоидного бронхита, после курса ингаляций аэрозоля изадрина у него резко уменьшилась одышка и в течение месяца он чувствовал себя настолько хорошо, что мог выполнять некоторую домашнюю работу.

При исследовании больного также наблюдались уменьшение одышки, улучшение бронхиальной проходимости, увеличение показателей функции внешнего дыхания.

Как и у больных бронхиальной астмой, в данной группе уже после однократной ингаляции аэрозоля изадрина наблюдалось увеличение вентилиционных показателей.

Помимо улучшения общего состояния больных, нами выявлена некоторая нормализация количества эозинофилов крови.

Применение аэрозоль-ингаляций изадрина хорошо переносится больными и не сопровождается побочными явлениями, кроме кратковременного нерезко выраженного снижения АД у некоторых больных (в пределах 10—20 мм).

Мы пытались применять изадрин и сублингвально.

У всех 3 больных, которым изадрин вводился под язык, возникли побочные явления: ощущение общей слабости, в сочетании с небольшим снижением АД и тахикардией, неприятные ощущения в области сердца типа нерезкой сжимающей боли. В связи с этим прекращено дальнейшее применение изадрина сублингвально.

Полученные нами данные о высокой эффективности ингаляций аэрозоля изадрина позволяют рекомендовать данный препарат для широкого применения.

Поступила 22 февраля 1960 г.

О НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Асп. Н. В. Герасимец

Госпитальная терапевтическая клиника (зав.— проф. А. А. Ковалевский)
Томского медицинского института

К числу наиболее частых осложнений бронхиальной астмы, как известно, относятся, прежде всего, хронические бронхиты и эмфизема легких, обуславливающие постепенное развитие кардиопульмонального синдрома, с последующим присоединением легочной, а также сердечной недостаточности. Расстраивается при этом и функция печени.

К числу моментов, обуславливающих нарушение деятельности печени при легочно-сердечной недостаточности, должны быть причислены следующие:

а) ослабление дыхательных перемещений диафрагмы, способствующей, в условиях нормы, вытеснению крови из печени;

б) депонирование излишнего количества крови в печени вследствие ослабления деятельности правого сердца (М. П. Кончаловский);

в) нарушение — на почве длительной гипоксемии — интермедиарного обмена, недоокисленные продукты которого (А. Д. Дембо) создают дополнительную нагрузку для обезвреживающей функции печени.

Необходимо, однако, отметить, что, несмотря на весьма значительное число работ в отношении бронхиальной астмы, вопрос о нарушениях функции печени и их роли при этом заболевании не привлек к себе еще надлежащего внимания. Так, в недавних работах Б. Б. Когана, Н. Я. Давидовича (1958, 1959) приведены на этот счет лишь общие указания, и то главным образом в отношении углеводной функции печени, свидетельствующие об ослаблении последней у большинства больных бронхиальной астмой.

Это обстоятельство побудило нас провести систематические наблюдения по выяснению функционального состояния печени при различных по тяжести и давности вариантах течения бронхиальной астмы. Для этого у больных в период обострения астмы проводилось определение следующих функций печени: 1) углеводной — с применением однократной сахарной нагрузки (дача 50,0 глюкозы, определение типа гликемической кривой); 2) пигментной — определение концентрации билирубина в крови по Бокальчуку; 3) белковообразующей — по реакции Таката-Ара; 4) протромбинной — по Кашевнику; 5) антитоксической — по пробе Квика — Пытеля.

Больные распределались нами по тяжести заболевания на следующие три группы (применительно к классификации Л. Ф. Неволиной):

I группа включала больных с легкими по течению формами бронхиальной астмы, с типичными, но нетяжелыми и непродолжительными