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, обусловливающие постепенное развитие кардиопульмонального синдрома, с последующим присоединением легочной, а также сердечной недостаточности. Расстраивается при этом и функция печени.

К числу моментов, обусловливающих 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 распределялись 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

приступами, легко снимаемыми обычными средствами (астматол, эфедрин или теофедрин, инъекции адреналина или атропина) и длительными ремиссиями, без выраженной эмфиземы и бронхита.

II группа включала больных со средней тяжестью бронхиальной астмы, когда приступы в период обострения бывали почти ежедневными и купировались с трудом; ремиссии были непродолжительными; астматическое состояние (по данным анамнеза) у них наблюдалось редко; имелись явления умеренной эмфиземы и бронхита.

III группа включала больных с ежедневными затяжными приступами, трудно снимаемыми, несмотря на применение различных препаратов; возникали частые и продолжительные астматические состояния; были явно выражены явления дыхательной и сердечной недостаточности.

Всего нами было исследовано 70 больных: женщин 47, мужчин 23. Возраст больных: до 20 лет — 2, от 21 до 40 — 30, от 41 до 60 — 36 и старше — 2 человека.

Болели менее года 11, от 1 до 5 лет — 23, от 6 до 10 лет — 27, от 11 до 15 лет — 6 и более 15 лет — 3.

Больных I группы было 11, II группы — 31 и III — 28.

Определение состояния углеводной функции печени было выполнено у 45 больных (у 4 — I гр., у 22 — II и у 19 — III).

Нарушение углеводной функции обнаружено у 35 (77,7%) больных с различными по тяжести формами бронхиальной астмы.

Антитоксическая функция оказалась нормальной лишь у 12; у всех остальных она была снижена, а именно: снижение I ст. отмечалось у 40; II — у 11 и III — у 7 человек.

Последние две степени наблюдались исключительно у больных с более тяжелыми формами астмы.

Реакция Таката — Ара оказалась отрицательной у 15 человек, слабо положительной (I и II ст.) у 37, слабо положительной III ст. — у 10 и положительной — у 8, причем все эти 8 больных страдали тяжелыми формами бронхиальной астмы.

Нормальная концентрация билирубина в сыворотке крови установлена у 44, повышенная — у 26, причем повышение концентрации до 2,56 *мг*% билирубина чаще наблюдалось при более тяжелой форме бронхиальной астмы.

Снижение протромбина констатировано у 41 больного (умеренное — у 31 и значительное — у 10). Понижение протромбинной функции отмечалось чаще у больных более тяжелыми формами астмы.

ВЫВОДЫ

1. У больных бронхиальной астмой констатируется вполне определенное снижение функциональной способности печени.

2. Чаще всего нарушается антитоксическая, белковообразующая и углеводная функции печени (у 85,5, 78,5 и 77,7% больных — соответственно); заметно реже наблюдается нарушение протромбинообразовательной функции (58,5%) и еще реже — пигментной (37,1%).

Приведенные наблюдения свидетельствуют об определенной зависимости между степенью снижения антитоксической, белковообразующей, протромбиновой и пигментной функций печени и тяжестью течения бронхиальной астмы, в то время как в отношении углеводной функции печени подобной зависимости нет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Газенко Г. Г., Камбур Б. А. и Клементьева А. А. Клин. мед., 1935, 2. — 2. Давидович Н. Я. Клин. мед., 1958, 12. — 3. Дембо А. Г. Недостаточность функции внешнего дыхания. М., 1957. — 4. Коган Б. Б. Бронхиальная астма. 1959. —

5. Кончаловский М. П. Врач. дело, 1925, 18. — 6. Ланг Г. Ф. Вопр. кардиол., 1936. — 7. Неволина Л. Ф. К вопросу о функциональном состоянии вегетативного отдела центральной нервной системы у больных бронхиальной астмой. — 8. Смышляева А. Ф. Роль центральной нервной системы в патогенезе функциональных расстройств печени в клинике ангиохолециститов у детей. Дисс., Томск, 1952.

Поступила 26 февраля 1960 г.

О СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ ДЕТЕЙ[1]

Проф. Ю. В. Макаров и орд. А. И. Селиверстова

Кафедра детских болезней (зав.— проф. Ю. В. Макаров)
Казанского медицинского института

Несмотря на снижение детской смертности в наших условиях почти в 7 раз по сравнению с дореволюционной, дальнейшее ее снижение и сейчас остается одной из наиболее актуальных задач советского здравоохранения.

В 1960 г. в Казани, по данным судебномедицинской экспертизы[2] и детских консультаций-поликлиник, было зарегистрировано 57 случаев скоропостижной смерти детей на дому (без признаков насильственной смерти), что составляет около 9% всего числа умерших детей.

Скоропостижной смерти детей за последние годы уделено немало внимания как отечественными авторами (И. С. Дергачев, М. И. Авдеев, А. Г. Леонтьев, А. К. Гречкина, Н. М. Авакян, Н. А. Митяева, А. И. Туровцев, М. А. Самотейкин, К. Е. Пирогова с сотр. и О. И. Харитонов), так и иностранными (Д. Стоуенс, Эмери и Гравлей, Ст. Хавелка, Манке, Адельсон и Кинней и др.).

Многими из них отмечается резкое преобладание среди умерших скоропостижно детей раннего возраста [А. К. Гречкина (Оренбург), А. Г. Леонтьев (Ленинград), К. Е. Пирогова с сотр. (Днепропетровск), И. С. Дергачев (Москва), Адельсон и Кинней и др.].

По материалам судебномедицинской экспертизы Казани, в 1960 г. скоропостижная смерть наступила в возрасте до 1 мес. у 17 детей, до 3 мес.— у 19, до 6 мес.— у 8, до 9 мес.— у 2, до 12 мес.— у 5, от 1 года до 2 лет — у 2, от 2 до 3 — у 2 и семи лет — у 1. Таким образом, почти 90% скоропостижно умерших детей были в возрасте до 1 года, 77,2% — до 6 мес. и более 63% — до 3 мес.

Из общего числа 57 зарегистрированных как скоропостижно умерших необходимо выделить 18 детей, которые болели различными заболеваниями и лечились на дому участковыми врачами. Эти дети нуждались в больничном лечении, но не были госпитализированы — большей частью из-за отказа родителей. Среди них были дети с глубокой недоношенностью, 2 — с врожденными пороками сердца, 2 — со щелевым уродством твердого нёба и верхней губы, один — с родовой травмой; 7 детей в течение нескольких дней болели воспалением легких, у 2 было острое желудочно-кишечное заболевание, протекавшее с токсикозом; у 2 детей (1 г. 3 мес. и 2 лет 4 мес.) была тяжелая дистрофия, осложненная вторичной пневмонией; у одного (1 г. 1 мес.) были

---

[1] Доложено на заседании общества детских врачей 13/IV 1961 г.

[2] Приносим благодарность зав. бюро суд. мед. экспертизы С. Н. Елистратовой за предоставление материалов суд. мед. экспертизы.