

КОРРЕКЦИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ФИБРИНОЛИЗИНОМ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Д. А. Валимухаметова, А. Н. Копылов, И. Г. Салихов, Ю. Л. Дановский

Кафедра клинической фармакологии и внутренних болезней № 3 (зав.— проф. Д. А. Валимухаметова), кафедра внутренних болезней № 1 (зав.— доц. И. Г. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В настоящее время, наряду с увеличением числа больных бронхиальной астмой, повсеместно отмечается тенденция к более тяжелому течению заболевания и росту случаев летальных исходов [5, 13]. Известно, что в патогенезе метаболических нарушений при заболеваниях бронхолегочного аппарата ведущее место принадлежит состоянию микроциркуляции [1, 11].

Отклонения со стороны терминального кровообращения при неспецифических заболеваниях легких связаны в основном с изменениями реологических свойств крови, ведущими причинами которых являются обструктивный синдром с гипоксемией, коагуляционные сдвиги, диспротеинемия, увеличение вязкости крови, наличие диссеминированного внутрисосудистого свертывания, микротромбообразование и др. [2, 3, 7, 9].

В литературе имеются сведения о лечении больных бронхиальной астмой гепарином [4, 10], дезагрегантами [2] с хорошим терапевтическим эффектом. Экспериментальные и клинические данные за последние 10—15 лет позволяют считать, что фибринолизин не только лизирует тромб [12], но и обладает широким спектром спазмолитического действия в отношении сосудов малого круга кровообращения. Гипертензия последнего вызывается действием биогенных аминов [6], что обуславливает возможность использования фибринолизина в лечении больных с обструктивным синдромом.

В доступной литературе мы не нашли сведений о применении фибринолитических средств, в частности фибринолизина, у больных бронхиальной астмой.

Целью нашего исследования было изучение возможностей использования фибринолизин-гепариновой смеси у больных бронхиальной астмой. Под наблюдением находились 72 пациента, страдающие инфекционно-аллергической астмой со среднетяжелым и тяжелым течением. Длительность заболевания составляла 1—35 лет. Всем больным проводили лабораторно-инструментальное исследование, включавшее рентгенографию грудной клетки, клинические и биохимические анализы крови (коагулограмму), анализ мокроты. Бронхиальное сопротивление изучали пневмотахографическим методом, микроциркуляцию — методом биомикроскопии в наружном углу глаза.

Больные были разделены на 2 группы, сходные по показателям клинических, лабораторных и инструментальных исследований.

1-ю (контрольную) группу из 35 человек в возрасте от 27 до 72 лет (19 мужчин, 16 женщин) лечили традиционно. 37 больных 2-й группы в возрасте от 24 до 57 лет (10 мужчин и 27 женщин) наряду с обычной терапией получали растворы гепарина и фибринолизина в соотношении 1 : 2. Смесь готовили на изотоническом растворе натрия хлорида и вводили по 15—20 капель в 1 минуту в течение 3—3,5 ч 3—6 дней. Аллергических осложнений при этом мы не наблюдали ни у одного больного.

У всех больных были выраженные однотипные нарушения микроциркуляции бульбарной конъюнктивы — периваскулярные, сосудистые и внутрисосудистые изменения. Периваскулярные нарушения в виде отека и микрогеморрагий были у 61,1% больных, сдвиги соотношения артериола — венула за счет атонии последней — у 84,7%. Наиболее существенными были расстройства внутрисосудистого кровотока (у 100% больных), проявлявшиеся феноменом «сладжа», степень которого зависела от тяжести заболевания, что свидетельствовало о склонности к гиперкоагуляции.

Динамические наблюдения за состоянием терминального кровотока в процессе терапии у больных 1-й группы показали незначительное уменьшение «сладжа». Устойчивость периваскулярных и сосудистых нарушений была связана с длительно существующим воспалительным процессом в бронхолегочном аппарате, артериальной гипоксемией, гиперкоагуляцией, сопровождавшимися органической перестройкой микрососудов, поддерживающими гипертензию малого круга кровообращения у больных неспецифическими заболеваниями легких [3, 8].

При изучении микроциркуляции бульбарной конъюнктивы у больных 2-й группы выявлено значительное улучшение терминального кровотока, преимущественно в веноулярном и капиллярном отделах. Уже через 7—10 мин после начала введения фибринолизина степень феномена «сладжа» снижалась с IV до III—II. В процессе данной терапии у 29,7% больных кровотоки нормализовались во всех звеньях; у 27,0% уменьшился периваскулярный отек; дополнительных микрогеморрагий не возникло. Наблюдалось и улучшение клинической картины заболевания, урежение приступов бронхиальной астмы после первых вливаний фибринолизина, купирование астматического состояния. Следует особо отметить, что по мере купирования астматического состояния наиболее динамичным было уменьшение степени феномена «сладжа», свидетельствующее об улучшении микрогемодинамики в малом круге кровообращения, снижении легочной гипертензии за счет нормализации веноулярного оттока.

Применение фибринолизина с гепарином благоприятно влияло на бронхиальную проходимость, уменьшало гиперкоагуляционные сдвиги крови.

Использование фибринолизина с хорошим терапевтическим эффектом констатировано у 23 (62,1%), удовлетворительным — у 11 (29,7%) и с неудовлетворительным — у 3 (8,1%) больных.

Таким образом, назначение фибринолизина больным со среднетяжелым и тяжелым течением инфекционно-аллергической бронхиальной астмы следует рассматривать как патогенетическое средство комплексного лечения данного заболевания.

Основными показаниями для проведения фибринолитической терапии служат выраженные расстройства в системе микроциркуляции бульбарной конъюнктивы, проявляющиеся крайней степенью феномена «сладжа» (нарушение реологии крови), микротромбозами и гиперкоагуляционными сдвигами (наличие фибриногена «Б») крови. У некоторых больных она результативна при резистентности к обычной терапии и астматическом статусе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров О. В., Шеншина А. М., Алехина Р. М. // Тер. арх., 1981.— № 12.— С. 60—64.— 2. Александров О. В., Папченко Е. П. и др. // Клин. мед.— 1983.— № 8.— С. 38—42.— 3. Алехина Р. М. // Там же.— 1983.— № 12.— С. 58—63.— 4. Безродных В. П., Баранова В. В., Васильев Е. П., Юркова Е. В. // В кн.: Реабилитация больных с заболеваниями органов дыхания.— М., 1982.— 5. Булатов П. К., Федосеев Г. Б. // Бронхиальная астма.— М., Медицина, 1975.— 6. Заславская Р. М. // В кн.: Фармакологическое воздействие на легочное кровообращение.— М., 1974.— 7. Клячкин Л. М., Кириллов М. М., Чушинский С. А., Ямчук Ю. И. // Тер. арх.— 1984.— № 3.— С. 30—34.— 8. Копылов А. Н. // Динамика микроциркуляции и обмена ЛДГ у больных с острыми и хроническими пневмониями.— Автореф. канд. дисс.— Казань, 1982.— 9. Люсов В. А., Макельский В. В., Ибрагим С. Х. // В кн.: Болезни органов дыхания.— М., 1978.— 10. Палеев Н. Р., Царькова Л. Н., Борохов А. И. // В кн.: Хронические неспецифические заболевания легких.— М., 1985.— 11. Струков А. И., Петров В. И. и др. // Кардиология.— 1976.— № 12.— С. 76—82.— 12. Чазов Е. И. // В кн.: Инфаркт миокарда.— 1971.— 13. Чучалин А. Г. // Бронхиальная астма.— М., Медицина, 1985.

Поступила 18.04.86.

УДК 616.248—089.87:611.471

ОПЕРАЦИЯ НАКАЯМА — РУТКОВСКОГО В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Г. В. Дуңцов

*Кафедра госпитальной хирургии (зав.— акад. АМН СССР, проф. Б. А. Королев) Горьковского
медицинского института имени С. М. Кирова*

В последние десятилетия как у нас в стране, так и за рубежом отмечены значительное увеличение заболеваемости бронхиальной астмой во всех возрастных группах населения, более тяжелое ее течение, увеличение смертности, большие экономические потери, связанные с временной и стойкой утратой трудоспособности [2—4]. Эта болезнь привлекает к себе внимание врачей различных специальностей, в том числе и хирургов. Для хирургического лечения бронхиальной астмы