

9488
ХАРЬКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

М. М. Тронь

**ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
ПЕЧЕНИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМЕ И ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО
ЛЕЧЕНИЯ НА ЕЕ ТЕЧЕНИЕ**

*Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук*

Харьков — 1964

М. М. Тронь

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
ПЕЧЕНИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМЕ И ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО
ЛЕЧЕНИЯ НА ЕЕ ТЕЧЕНИЕ

*Автореферат
диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук*

Диссертация выполнена на кафедре терапии № 1 (зав. кафедрой и научный руководитель — доктор медицинских наук, профессор *Н. А. Сулимовская*) Украинского института усовершенствования врачей (ректор — доцент *И. И. Овсиенко*).

Официальные оппоненты:

1. Доктор мед. наук, профессор *М. П. Козловская*.
2. Доктор мед. наук, профессор *П. Ф. Фролов*.

Диссертация изложена на 335 страницах машинописи. В тексте приведено 54 таблицы и 24 рисунка. Указатель литературы содержит 631 работу, в том числе 195 работ иностранных авторов.

Защита диссертации состоится на заседании Совета Харьковского медицинского института.

Фелера 1965 г.

Автореферат разослан *Фелера* 1965 г.

В связи с огромной распространенностью аллергических заболеваний во всех странах мира проблема аллергии становится особенно актуальной. Среди аллергических заболеваний бронхиальная астма является самым мучительным, тяжелым и весьма частым страданием.

Несмотря на разностороннее изучение аллергии и достигнутые в этом направлении успехи, сколько-нибудь обоснованных методов радикальной терапии бронхиальной астмы нет. Отсюда ясна необходимость изыскания новых методов профилактики и лечения данного заболевания.

Не вызывает сомнений громадная роль печени в жизнедеятельности организма. Трудно назвать какие-либо обменные процессы, происходящие в организме, в которых бы печень не принимала прямого или косвенного участия. Ясно поэтому, что печень оказывает влияние на течение основного заболевания, вовлекаясь в патологический процес вторично или предшествуя ему.

Изучению деятельности печени при бронхиальной астме посвящены лишь единичные работы. На основании проведенных исследований нельзя получить представление о каких-либо закономерных изменениях обменных процессов при бронхиальной астме. Они позволяют лишь убедиться в наличии их и предположить существование связи между нарушением обменных процессов и функциональной деятельностью печени при бронхиальной астме.

Возможность участия печени в механизме аллергических реакций экспериментально обоснована в работах А. Н. Гордиенко и И. И. Дик, А. Н. Гордиенко и А. М. Гореславской, Манваринга-Кроуэ, Пауля и Рота, в исследованиях А. Л. Мясникова, Н. В. Коновалова, Бергмана и др. По мнению Н. И. Лукьяновой, поражение печени при аллергических заболеваниях является дополнительным фактором, усиливающим аллергическое состояние организма. Б. Б. Коган, признавая роль печени в развитии аллергии, пишет: «При более чем вероятном значении свойственных больным астмой вегетативных расстройств правомерно поставить вопрос о нарушении функции печеночной клетки». Бронхиальная астма, Медгиз, Москва, 1959, стр. 251.

Целью настоящей работы было не только изучить функциональное состояние печени, но и ее роль в становлении и развитии бронхиальной астмы. Мы поставили перед собой задачу установить определенную взаимосвязь между степенью недостаточности печени и тяжестью течения бронхиальной астмы, исследовать и сопоставить результаты лечения различными комплексами медикаментов, которые оказывают положительное влияние и на функциональное состояние печени.

Под наблюдением находилось 100 больных астмой. Среди обследованных больных было 29 мужчин и 71 женщина. Возраст больных колебался от 20 до 63 лет. 67 человек было в возрасте до 50 лет. Скрытая легочная недостаточность (согласно классификации Б. П. Кушелевского, 1947) была выявлена у 24, выраженная у 76 человек. У всех обследованных отсутствовали признаки нарушения гемодинамики. Такой подбор больных был сделан для того, чтобы исключить возможность изменений функционального состояния печени влиянием декомпенсации сердца.

Для удобства сопоставления полученных результатов больные были подразделены на группы. В I группу вошло 63 человека (лечение преднизолоном, аспирином, пенициллином и витамином В₁₂). II группа включала 37 больных (лечение витамином В₆ в сочетании с теми же препаратами). III группу (контрольную) составило 32 человека (лечение только преднизолоном, пенициллином и аспирином).

Изучение функционального состояния печени и оценка биохимических показателей проводилась параллельно с изучением клинической картины заболевания и с учетом анамнестических данных. При опросе больных мы особое внимание уделяли выяснению «гепатогенных» заболеваний и интоксикаций (болезнь Боткина, малярия, дизентерия, брюшной тиф, алкоголизм и пр.), которые могли обусловить хроническое поражение печеночной клетки. Из анамнеза установлено, что такие заболевания в прошлом имели место у 54 больных.

У больных с латентной легочной недостаточностью они выявлены у 8 из 24 и значительно чаще у больных с выраженной легочной недостаточностью — у 46 из 76.

62 человека при поступлении предъявляло различные жалобы со стороны печени — чувство распирания, тяжести, ноющего характера боли в правом подреберье, усиливающиеся вскоре после приема пищи, горький вкус во рту и т. д.

В качестве показателей функциональной деятельности печени использовано 16 проб, отражающих участие ее в различных видах обмена веществ. Определялся общий белок сыворотки крови (рефрактометрически), белковые фракции и фибриноген (методом электрофореза на бумаге), осадочные реакции Вельмана и сулемовая, антитоксическая проба (Квика-Пытеля),

дифениламиновая реакция (по Ларскому), билирубин в сыворотке крови (по методу Бокальчука) уробилин в суточном количестве мочи (флюорографически), холестерин в сыворотке крови (по методу Энгельгардт и Смирновой) лецитин (по способу Блюра), липопротенны (электрофоретически), сахар в крови натощак и гликемические кривые после алиментарной нагрузки белком (по Хагедорн-Иенсену), активность уропепсина в моче (по Весту), активность альдолазы (по методу Товарницкого и Волуйской) активность глутаминопировиноградной трансаминазы (по модифицированному методу Веселовской). Вычислялись коэффициенты:

$$\frac{\text{альбумины}}{\text{глобулины}}, \frac{\text{гамма-глобулины}}{\text{альбумины}}, \frac{\text{лецитин}}{\text{холестерин}}, \frac{\text{бета}}{\text{альфа}} \text{ липопротенны.}$$

Полученные результаты обработаны статистически. Проводилось вычисление средней арифметической взвешенной (M), среднего квадратического отклонения ($\pm \sigma$), средней ошибки ($\pm m$)

средней арифметической по формуле: $m = \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$, где n — число наблюдений, и степени достоверности полученных изменений по формуле: $\frac{M - M_1}{\sqrt{m^2 - m_1^2}}$. Если отношение разности сравниваемых сред-

них к средней ошибке разности было больше трех, то различия между сравниваемыми величинами мы считали достоверными (неслучайными).

Комплексный метод обследования и статистический анализ полученных результатов позволил получить более полное представление об изменениях в организме больных астмой в период ухудшения и в процессе лечения.

Учитывая сложную функциональную взаимосвязь, существующую между печенью и другими органами, выявленные нарушения обмена веществ расценивались нами не только как результат поражения печени. Однако, главенствующая роль печени в обмене веществ все же дает право рассматривать найденные изменения, как следствие функциональной неполноценности этого органа.

О вовлечении печени в круг патологических процессов при бронхиальной астме мы судили также по физикальным данным. Пальпаторно увеличение печени выявлено у 95 больных. Увеличение печени более чем на 1,5 см встречалось преимущественно у больных с выраженной легочной недостаточностью.

Нарушение функциональной деятельности печени было обнаружено у всех обследованных. Степень функциональной несостоятельности печени была различной. Легкая степень, при которой имелось изменение одной какой-либо функции, выявлена у одного больного, т. е. практически не встречалась. Средняя степень, при которой изменено 2—3 функции печени, обнаружена

у 59 человек и тяжелая, при которой страдает 4 и более функций, имела место у 40 больных.

Степень функциональной недостаточности печени у больных с латентной и выраженной легочной недостаточностью представлена в таблице.

Степень легочной недостаточности	Количество больных	Степень функциональной недостаточности печени		
		легкая	средняя	тяжелая
Латентная	24	—	16	8
Выраженная	66	1	43	32
Всего больных	100	1	59	40

Анализируя и суммируя результаты многочисленных исследований, проведенных в период ухудшения и в процессе комплексного лечения, можно отметить следующее.

Нарушение белковообразовательной функции печени было значительным и выражалось в изменении соотношения между альбуминами и глобулинами в сторону увеличения последних, преимущественно за счет альфа- и гамма-фракций. Уровень альбуминов и значение коэффициента $\frac{\text{альбумины}}{\text{глобулины}}$ было снижено у всех находившихся под наблюдением больных. У 99 человек содержание альбуминов в сыворотке крови не достигало 50%, а отношение альбуминов к глобулинам было ниже единицы. Повышение коэффициента $\frac{\text{гамма-глобулины}}{\text{альбулины}}$ констатировано у 95 из 100, причем, у 73-х больных величина отношения превышала норму в 1,5 и более раза.

К такому изменению «белковых» показателей могли привести лишь глубокие нарушения белкового состава крови, обусловленные, очевидно, расстройством синтеза белков в печени. Имеется связь между тяжестью клинической картины бронхиальной астмы и степенью нарушения белковообразовательной функции печени. Последняя была более изменена у больных с выраженной легочной недостаточностью. Об этом свидетельствует разница в содержании средних величин, разница в интервалах колебаний уровня альбуминов и отдельных глобулиновых фракций, частота, с которой встречались наиболее грубые изменения белковой формулы крови.

Учитывая, что главным местом образования фибриногена является печень (А. Л. Михнев), увеличение содержания его, обнаруженное у 71 и снижение, найденное у 11 из 99 обследован-

ных в этом направлении больных астмой, рассматривалось нами в связи с функциональной неполноценностью печени, тем более, что анализ других показателей свидетельствовал о нарушении белковообразовательной функции печени.

Количественные изменения фибриногена встречались одинаково часто у больных с латентной и выраженной легочной недостаточностью, однако степень этих сдвигов была более значительной у больных с выраженной легочной недостаточностью.

От участия печени в формировании белков зависит не только количественный, но и качественный состав белков сыворотки крови. Об этом свидетельствует изменение показателей осадочных реакций — Вельтмана и сулемовой.

Укорочение коагуляционной ленты выявлено у 6 человек, удлинение у 81 больного из 100. Сдвиг коагуляционного ряда влево ограничивался пятью пробирками (—), а вправо был более выражен и охватывал у 8 человек со второй степенью легочной недостаточности 11 пробирок (++++). Учитывая возможность нивелировки сдвига за счет воспалительного процесса в печени и других органах, следует отметить, что преобладание сдвига коагуляционной ленты вправо у наших больных при наличии хронического воспаления в бронхах, придаточных полостях носа и т. д. свидетельствует о преимущественном поражении паренхимы печени при бронхиальной астме.

Положительная сулемовая реакция (показатели ниже 1,8) имела место у 85 из 99 обследованных и встречалась как у больных с латентной, так и с выраженной легочной недостаточностью, но значение сулемовой реакции, равное 1 и ниже 1, обнаружено только у больных со второй степенью легочной недостаточности (9 человек).

Положительные результаты осадочных реакций в большинстве случаев соответствовали увеличению содержания гамма-глобулинов. Необходимо отметить, что изменение показателей осадочных реакций наблюдалось не только у тех больных, которые предъявляли различные жалобы со стороны печени, но и там, где «печеночных» жалоб не было, что позволяет диагностировать скрыто протекающие хронические поражения печени.

Угнетение антитоксической функции печени наблюдалось у 57 из 76 обследованных и рассматривалось нами как следствие нарушения обмена белка в печени. Чаще всего встречалась средняя степень угнетения (24 человека), реже легкая (19 человек) и еще реже тяжелая (14 человек).

Существование глубокой связи между аллергическими заболеваниями и состоянием соединительной ткани побудило нас провести наблюдение за динамикой концентрации гликопротеинов в сыворотке крови при бронхиальной астме. С этой целью была поставлена дифениламиновая реакция у 100 больных астмой. У 82 показатели ее были повышены и у 4-х понижены.

Изучая желчеотделительную функцию печени, мы нашли повышение уровня билирубина до 12,8 мг% у 3-х из 100 обследованных. Более чувствительным показателем функционального состояния печени является «уробилиновая» проба, поставленная у 82 больных. Содержание уробилина в суточном количестве мочи оказалось повышенным у 25 человек.

Состояние жирилопидного обмена изучалось у 100 больных. Гиперхолестеринемия обнаружена у 37, гипохолестеринемия у 20, уровень лецитина был изменен у 3-х человек. У 57 больных количество лецитина находилось в пределах 150—200 мг%, что указывает на преобладание низких цифр нормы. Коэффициент $\frac{\text{лецитин}}{\text{холестерин}}$ у 33 из 100 обследованных был ниже единицы. Гиперхолестеринемия чаще сочеталась со средней, а гипохолестеринемия с тяжелой степенью поражения печени.

Изучение липопротеидного состава сыворотки крови проводилось параллельно с определением уровня холестерина и лецитина, что позволило выявить более четкие и более ранние изменения в соотношении между бета- и альфа-липопротеинами.

Содержание бета-липопротеинов и уровень коэффициента $\frac{\text{бета}}{\text{альфа}}$ липопротеины оказался повышенным у 93 из 100 обследованных. Изменения в соотношении между бета- и альфа-липопротеинами коррелировали со степенью легочной недостаточности. Так, значение коэффициента выше 4-х (норма 2,3) было обнаружено у 9 из 24 больных с латентной и у 55 из 76 с выраженной легочной недостаточностью.

Повышение уровня бета-липопротеинов сочеталось с увеличением количества глобулинов в сыворотке крови, особенно альфа- и гамма-фракций.

Учитывая, что в процессе гликонеогенеза принимают участие не только печень, но еще в большей мере гипофизарно-надпочечниковая система, мы решили использовать «нагрузку» яичными белками по Готу для того, чтобы получить представление о функциональном состоянии этих органов. Исследование характера гликемических кривых после «нагрузки» яичными белками проведено у 72 больных астмой. Небольшая гипогликемия натощак выявлена у 8 человек. Среднее содержание сахара натощак у больных с латентной легочной недостаточностью составляло 91 мг%, у больных с выраженной легочной недостаточностью 97 мг%, значительное (более чем на 10%) снижение сахара в крови через 3 или 5½ часов после «нагрузки» белком, свидетельствующее о нарушении гликонеогенеза, отмечено у 33 из 72. У этих больных был получен нисходящий тип сахарной кривой. Наши наблюдения совпадают с результатами исследований Хальнадь с сотр., наблюдавших падение сахара крови после «нагрузки» белками у 39 из 82 (47%) больных гепатитом. Это

расценивалось авторами, как следствие нарушения функций гипофизарно-надпочечниковой системы.

Для суждения о функциональном состоянии последней, мы использовали также определение активности уропепсина в моче. Снижение активности уропепсина свидетельствует об угнетении функциональной деятельности надпочечников. Г. Д. Симбирцева, Грей, Райфенштейн и др.

Выделение фермента было понижено у 22 из 29 больных астмой, что согласуется с данными Т. Т. Глухенького, В. Б. Мельницкого, наблюдавших снижение активности уропепсина у 29 из 41. Среднее содержание уропепсина в моче у больных с выраженной легочной недостаточностью оказалось пониженным более чем в 2 раза и равнялось 14,7 ед/час, а у больных с латентной легочной недостаточностью средний уровень фермента был менее изменен и равнялся 19,5 ед/час. Содержание уропепсина ниже 10 ед/час наблюдалось только у больных с выраженной легочной недостаточностью (6 человек).

Стремясь глубже понять интермедиарный обмен, мы провели определение активности альдозазы и глютаминопировиноградной трансаминазы в сыворотке крови. Изучение активности этих ферментов имеет значение при выявлении печеночной патологии.

Умеренное повышение уровня альдозазы констатировано нами у 56 из 100, глютаминопировиноградной трансаминазы у 77 из 99 обследованных. Наибольшая активность ферментов наблюдалась у больных с тяжелой степенью печеночной недостаточности. Следовательно, повышение активности ферментов может в какой-то мере служить критерием для оценки тяжести поражения печеночной клетки.

У 99 больных в период ухудшения наблюдалось сочетанное поражение различных сторон функциональной деятельности печени. Тяжелая степень нарушения чаще встречалась у больных с выраженной легочной недостаточностью, перенесших в прошлом «гепатогенные» заболевания. Одновременное изменение всех изучавшихся функций печени имело место только у больных с выраженной легочной недостаточностью, у которых были длительные и тяжелые приступы удушья, либо астматическое состояние.

В процессе комплексного лечения быстро улучшалось общее состояние больных. Со 2—3 дня лечения прекращались приступы удушья и кашля, уменьшались или проходили диспепсические расстройства и боли в области печени.

Сравнивая биохимические показатели, полученные к концу лечения в клинике с исходными величинами, мы смогли убедиться в благоприятном влиянии лечения, направленного и на функциональное состояние печени.

Повышение исходного уровня альбуминов было значительным и наступило у 88 больных. Если до лечения количество

альбумина было снижено в 1,5 и более раза у 43, то к концу пребывания в клинике такие низкие показатели имели место всего у 5 из 100 обследованных. Снижение и нормализация содержания альфа₁-глобулинов наступила у 85, альфа₂ у 63, бета — у 55 и гамма-глобулинов у 73 больных. Динамика коэффициентов была довольно отчетлива. Увеличение отношения альбуминов к глобулинам произошло у всех больных второй и у 59 из 63 больных первой группы. Коэффициент гамма-глобулины/альбумины нормализовался у 18, понизился у 62 из 100 обследованных.

Улучшение белковообразовательной функции печени подтверждалось также положительной динамикой уровня фибриногена и показателей осадочных реакций.

Нормализация антитоксической функции печени наступила у 21 из 76 обследованных. Количество больных с тяжелой степенью нарушения антитоксической функции печени уменьшилось более чем вдвое.

В процессе лечения втрое увеличилось количество больных с нормальной активностью дифениламинового показателя.

Уровень билирубина в сыворотке крови к концу лечения в клинике у всех больных находился в пределах нормы, а значение средней величины уробилина снизилось во всех группах больных. Нормализация уровня уробилина наступила у 16 из 82 обследованных.

Под влиянием комплексного лечения произошло существенное снижение средней величины холестерина ($t > 2$). Уровень лецитина к концу пребывания в клинике колебался у большинства больных (71 чел.) в пределах 201—250 мг%, т. е. в пределах более высоких цифр нормы.

Изменение соотношения между альфа и бета-липопротеинами и увеличение коэффициента $\frac{\text{бета}}{\text{альфа}}$ липопротенны, обнаруженное в период ухудшения, не было стойким и выравнивалось в процессе лечения у подавляющего большинства больных.

Показательные изменения процесса гликонеогенеза, связанного с функциональным состоянием гипофизарно-надпочечниковой системы и печени. Восстановление или значительное улучшение гликонеогенеза произошло у всех 33 больных с нарушенным исходным его состоянием. Об этом свидетельствовало увеличение содержания сахара через 3 и 5½ часов после введения яичных белков — восходящий тип сахарной кривой.

Содержание уропепсина в суточном количестве мочи увеличилось у 25 из 29 обследованных. Значение уропепсина у этих больных превышало исходный уровень в 2—3 и более раза. Сопоставление результатов пробы Гота с динамикой выделения уропепсина позволило прийти к заключению о большей значимости последнего для суждения о функциональном состоянии гипофизарно-надпочечниковой системы.

Об улучшении функционального состояния печени свидетельствовало также снижение активности альдолазы и глутамино-пировиноградной трансаминазы. Значение средней величины этих ферментов снизилось и достигло нормы.

Путем сопоставления полученных результатов с данными лечения контрольной группы удалось показать, что применение терапии, направленной на улучшение функционального состояния печени, является более эффективной. Так, достоверные изменения показателей белковой формулы крови были получены только в I и II группах (лечение комплексами, содержащими витамины) и незакономерные (недостоверные), в контрольной группе (лечение без витаминов). По ряду биохимических показателей (альбумины, альфа-глобулины, коэффициент альбумины/глобулины, лецитин, липопротеины, проба Квика-Пытеля, гликемические кривые, уробилин) влияние витамина B_6 в сочетании с преднизолоном, аспирином и пенициллином было лучше выражено по сравнению с витамином B_{12} в комбинации с теми же препаратами. Эта разница в действии носила закономерный характер.

Улучшение функциональных проб печени быстрее происходило у больных с латентной легочной недостаточностью.

Стремясь закрепить полученный эффект, предупредить рецидивы бронхиальной астмы и добиться нормализации функциональных проб печени, мы назначали после курсового лечения в клинике поддерживающие дозы преднизолона и противорецидивные курсы лечения ранней весной и поздней осенью в течение 2—3 лет.

Повторный осмотр больных через 1—2 года после пребывания в клинике позволил выявить определенную зависимость между частотой рецидивов астмы и видом комплексного лечения. В контрольной группе обострение болезни возникло у всех 32-х повторно осмотренных больных. В I группе (витамины B_{12}) рецидив астмы наступил у 13 из 24, а во II группе (витамины B_6) у 3 из 12.

Сравнивая ближайшие и отдаленные результаты исследования, можно отметить, что медленнее всего происходит восстановление белковообразовательной функции печени. Быстрее нормализуется ферментативная активность сыворотки крови и соотношение между альфа- и бета-липопротеинами.

Комплексное лечение, проведенное в течение 3-х недель, оказывало положительное влияние на состояние сердечно-сосудистой системы, которое выражалось в нормализации частоты сердечной деятельности, снижении и нормализации систолического показателя, выравнивании разницы между высотой P_1 и $P_{2,3}$ за счет снижения последних. Однократное введение преднизолона, витамина B_{12} и комплекса этих медикаментов в сочетании с аспирином вызывало положительную динамику электрокардиографи-

ческих изменений, а однократное введение пенициллина приводило, в основном, к отрицательным изменениям электрокардиографических данных — удлинению электрической систолы, увеличению систолического показателя, снижению вольтажа зубцов R и T .

Венозное давление нормализовалось у 23, понизилось у 43 больных из 100, скорость кровотока нормализовалась у 17 человек.

ВЫВОДЫ

1. При бронхиальной астме в патологический процесс вовлекается печень. Об этом свидетельствует нарушение белкового, жиролипоидного, углеводного, пигментного обменов, антитоксической функции печени и ферментативной активности сыворотки крови.

2. Степень нарушения функционального состояния печени различна и, в основном, зависит от тяжести заболевания. Наиболее часто встречается средняя, реже тяжелая степень функциональной недостаточности печени.

3. Следует полагать, что функциональная неполноценность печени при бронхиальной астме, возникающая в результате довольно сложных влияний (кислородное голодание, инфекционно-аллергические воздействия, перенесенные в прошлом «гепатогенные» заболевания и интоксикации) играет определенную роль в становлении и развитии данного заболевания.

4. Комплексное лечение оказывает благоприятное влияние на функциональное состояние печени и клиническое течение бронхиальной астмы. Это выражается в прекращении приступов удушья, кашля у всех обследованных больных, в исчезновении диспепсических расстройств, в улучшении и нормализации биохимических показателей у большинства больных.

5. При клиническом улучшении наблюдается не только положительная динамика функциональных проб печени, но и гемодинамических показателей, а также электрокардиографических данных.

6. Путем сравнения и статистического анализа установлено, что в первой группе (лечение витамином B_{12} в сочетании с преднизолоном, аспирином и пенициллином) и во второй группе (лечение витамином B_6 в сочетании с теми же препаратами) имеет место закономерное улучшение измененных ранее величин. Более эффективным оказался комплекс, содержащий витамин B_6 . В контрольной группе (лечение преднизолоном, аспирином и пенициллином) выявляется лишь тенденция к улучшению биохимических показателей (данные недостоверны).

7. Осмотр больных через 1—2 года после пребывания в клинике позволил установить определенную зависимость между

частотой рецидивов бронхиальной астмы и видом комплексного лечения.

В контрольной группе обострение болезни возникает у всех, в первой группе у большей половины, а во второй группе у $\frac{1}{4}$ повторно обследованных больных.

8. Обменные процессы (биохимические исследования проведены только в первой и второй группах) через 1—2 года после стационарного лечения еще полностью не восстанавливаются. Медленнее всего нормализуется белковообразовательная функция печени. Целесообразно поэтому проводить повторные курсы лечения с целью нормализации функционального состояния печени и предупреждения рецидивов бронхиальной астмы, используя при этом десенсибилизирующие, антибактериальные средства и витамины.

9. Изучение клиники бронхиальной астмы с обращением внимания на функциональное состояние печени помогает не только понять сущность патологического процесса, но и применить более рациональное, а, следовательно, и более перспективное лечение столь распространенного и мучительного заболевания.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО МАТЕРИАЛАМ ДИССЕРТАЦИИ

1. «Некоторые данные о функциональном состоянии печени и гипофизарно-надпочечниковой системы при бронхиальной астме в процессе лечения». Сборник диссертационных работ сотрудников Украинского института усовершенствования врачей. Выпуск III, Харьков, 1963, стр. 49—54.

2. «Состояние жиролипонидного обмена при бронхиальной астме в процессе комплексного лечения». Итоговая годичная научная сессия. Тезисы и рефераты докладов сотрудников Украинского института усовершенствования врачей. Издательство Харьковского университета. Май, 1963, стр. 59—60.

3. «Активность альдолазы и трансаминазы сыворотки крови как показатель функционального состояния печени при бронхиальной астме». Атеросклероз коронарных сосудов, гипертоническая болезнь и ревматизм. Сборник научных работ сотрудников Украинского института усовершенствования врачей. Государственное медицинское издательство УССР. Киев, 1963, выпуск II, стр. 204—209.

4. «Сравнительная оценка динамики электрокардиографических данных под влиянием однократного введения преднизолона, витамина B₁₂, пенициллина и комплекса медикаментов при бронхиальной астме». Атеросклероз коронарных сосудов, гипертоническая болезнь и ревматизм. Сборник научных работ сотрудников Украинского института усовершенствования врачей. Государственное медицинское издательство УССР. Киев, 1963, выпуск II, стр. 190—197.

5. «Лечение бронхиальной астмы стероидными гормонами в сочетании с другими медикаментозными средствами с учетом функционального состояния печени». Областная научно-практическая конференция врачей хирургов и терапевтов 19—12 апреля 1964 г. Тезисы и рефераты докладов. Издательство Харьковского Университета. Стр. 251—252.

Ответственный за выпуск
Проректор А. Я. Цыганенко

БЦ 25665. Подписано к печати 22/XII 1964 г. Бумага 60×90^{1/16}. Печ. лист 1.
Усл. печ. лист. 1. Тираж 250. Зак. 4м-1469.

Книжная фабрика им. Фрунзе Государственного комитета Совета
Министров УССР по печати, Харьков, Донец-Захаржевская, 6/8.