

1. Б а б у х а д и я В. И. Педиат., акуш. и гинек. 1952, 3. — 2. Вейс В. П. Биологическая диагностика беременности на самцах лягушках. Автореф. канд. дисс. Станислав, 1952. — 3. Давиденко А. А. Педиат., акуш. и гинек. 1952, 3. — 4. Школьный Г. К. Акуш. и гинек. 1957, 2.

Поступила 10 марта 1964 г.

НОВЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

И. Д. Львовская

Акушерско-гинекологическая клиника лечебного факультета (зав.— проф. А. М. Фой) Саратовского медицинского института и гинекологическое отделение 1-й Советской больницы им. В. И. Ленина (главврач — Ю. Я. Гордеев)

Мы имели возможность ознакомиться с новыми анальгетиками, представленными нам для клинического испытания ВНИХФИ им. С. Орджоникидзе — принаолом и лемораном.

Принадол (феназозин) является по своему строению бромгидратом-гексагидробензозоцином. Сильный анальгетик быстро наступающего и продолжительного действия, более активен, чем морфин. Разовая доза препарата 2 мг, суточная — до 12 мг, дозировка зависит от интенсивности боли и от индивидуальной реакции больного на препарат. При длительном применении принадола болезненное пристрастие к нему развивается значительно медленнее, чем при морфине.

Мы применяли принадол в дозе 2—4 мг при послеоперационных болях у гинекологических больных (25), обширных воспалительных поражениях внутренних гениталий (20), у больных со злокачественными опухолями (25).

Анальгезия после подкожного введения принадола начинается через 10—15 мин. Одновременно с уменьшением болевых ощущений наступает дремотное состояние, порой переходящее в более глубокий сон длительностью до 3—5 и более часов.

Никаких токсических проявлений принадола в виде рвоты и тошноты отметить не удалось, лишь часть больных жаловалась на сравнительно непродолжительное головокружение.

При очень интенсивных болевых ощущениях глубина обезболивающего влияния давала возможность ограничиваться 1—2 инъекциями по 1—2 мл препарата (в 1 мл содержится 2 мг активного вещества) на протяжении суток.

Еще более значительными болеутоляющими влияниями отличается леморан — левый изомер-триокси-метилморфинан. Леморан близок к морфину, но оказывает более сильное анальгезирующее действие (приблизительно в 5 раз активнее морфина). Подобно морфину, леморан может вызывать угнетение дыхания. Разовая доза препарата для взрослых — 2—3 мг (1—1,5 мл 0,2% раствора). Инъекции можно повторять не более 2—3 раз в день, хотя в этом почти никогда не бывает необходимости.

Леморан применялся у 80 больных. Среди них были больные в послеоперационном периоде, после различных полостных гинекологических операций; при обширных воспалительных заболеваниях половых органов, а также при злокачественных новообразованиях, преимущественно у больных раком яичников в иноперабельной стадии. Кроме того, мы применяли леморан накануне операции у больных с выраженной нервнопсихической возбудимостью и боязнью предстоящей операции.

По своим болеутоляющим свойствам леморан является непревзойденным препаратом даже по сравнению с морфином.

Мы наблюдали целый ряд больных, которые переносили жесточайшие боли при метастазирующих злокачественных опухолях, снимавшиеся морфином на очень непродолжительный отрезок времени. Между тем одна инъекция леморана приводила к болеутоляющему эффекту длительностью в 12—24 часа.

Во всех наблюдениях наряду с анальгезией выявлялся снотворный эффект различной продолжительности. Побочных явлений в виде тошноты, рвоты, усиления саливации мы не наблюдали.

Выпуск леморана является серьезным достижением фармакологической науки в борьбе с болями различной этиологии.

По предложению Фармакологического комитета Министерства здравоохранения СССР мы провели клиническое испытание в тех же областях гинекологии, а также для болеутоления в родах нового анальгетика — эстоцина. Эстоцин обладает крайне незначительным обезболивающим влиянием, к тому же быстро прекращающимся. Поэтому дальнейшие испытания эстоцина мы вынуждены были прекратить.

Леморан и принадол по своим болеутоляющим свойствам, безусловно, заслуживают внимания врача.

Наше клиническое испытание принадола и леморана дает нам право высказать пожелание о массовом выпуске этих средств.

Поступила 7 февраля 1964 г.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА Д₂ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАХИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ *

*И. И. Альтшулер и О. Ф. Чернова ***

Первая кафедра педиатрии (зав.— доц. Р. М. Мамиш) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Заболееваемость рахитом в последние годы значительно снизилась, однако еще до сих пор велика его роль в патологии раннего детства.

Рахит не представляет прямой угрозы жизни ребенка, но значительно снижает сопротивляемость детского организма, повышает заболеваемость и смертность среди детей, ведет к затяжному течению ряда заболеваний, особенно органов дыхания (Филатов, Сперанский, Лепский, Домбровская, Дулицкий, Бессонова и другие).

В комплексной терапии рахита важное место занимает витамин Д, но до настоящего времени нет единого мнения о методе его применения.

Обычно на курс лечения требуется 600—800 тыс. ед. Некоторые авторы (Е. М. Лепский, С. О. Дулицкий, К. А. Святкина и другие) предлагают давать витамин Д дробно по 10—15 тыс. ед. ежедневно в течение 2—2,5 месяцев. Такой метод является пока еще наиболее распространенным. Наряду с этим имеется мнение о целесообразности вводить всю дозу за более короткий срок (7—12 дней), повышая ежедневные приемы до 50—100 тыс. ед. (Т. И. Герсеванишвили, М. С. Осетринкина, Э. С. Мошкевич, А. М. Хвуль, В. П. Вендт и др.), или давать по 100 тыс. ед. один раз в неделю в течение 6—8 недель (Е. М. Лепский, Р. И. Еникеева, И. И. Альтшулер, В. П. Бисярина, И. Л. Френкель и др.) или даже в течение 2—3 дней (З. И. Райхер, А. М. Хвуль, Г. Фанкони и другие). В амбулаторной практике чаще всего пользуются дробными дозами, что, как показывает опыт, не всегда является эффективным.

Нами было проведено наблюдение за эффективностью различных методов применения витамина Д₂ у детей, лечившихся амбулаторно на 8 врачебных участках детских поликлиник № 2 (главврач О. П. Агеева) и № 10 (главврач Е. В. Медведева) г. Казани.

Всего под наблюдением было 267 детей, больных рахитом, в возрасте до одного года с приблизительно одинаковыми условиями жизни и режима. У большинства причиной рахита являлось нерациональное питание и недостаточное пребывание на воздухе в дневное время. В окончательную разработку вошли дети, которые за период лечения и наблюдения ничем серьезным не болели. Оценку эффективности лечения по тому или иному методу мы проводили на основании исчезновения клинических симптомов активного рахита — раздражительности, потливости, размягчения костей, нарушения статических функций.

Лечение детей проводилось тремя методами. 1 группа (174) получала витамин Д₂ по 10—15 тыс. ед. ежедневно в течение 2 месяцев. 2-я группа (47) — по 50 тыс. ед. ежедневно в течение 12 дней. 3-я группа — по 100 тыс. ед. один раз в неделю в течение 6—8 недель.

Больным 3-й группы витамин давали участковые сестры в поликлинике или на дому. Осложнений от приема 50 тыс. ед. витамина ежедневно или 100 тыс. ед. один раз в неделю мы не наблюдали.

Во всех трех группах состав детей по возрасту и характеру вскармливания был почти однороден. Преобладали дети до 6 мес. (в 1-й группе они составляли 64% от общего количества детей этой группы, во 2-й — 62% и в 3-й — 70%). На грудном вскармливании в 1-й группе было 53%, во 2-й — 64% и в 3-й — 43,5% детей.

Рахит I ст. в 1 группе детей был у 74,7%, во 2-й — у 59,5% и в 3-й — у 47,8%.

* Работа доложена на V научной сессии Ин-та витаминологии МЗ СССР в январе 1963 г.

** В работе принимали также участие участковые врачи Н. А. Карамышева, С. П. Кутуева, Г. П. Смирнова, А. М. Фигин, Л. Ф. Кожевникова, С. Ш. Баталова, Н. Е. Татарская, Н. Н. Полетаева.