

2. Препарат можно рекомендовать при I—II А стадиях гипертонической болезни, особенно у лиц с преобладанием церебральной симптоматики и выраженным невротическим (климактерическим) синдромом. Он наиболее эффективен при преимущественном повышении ударного и истинного систолического давления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградова Е. В., Гринев А. Н., Данусевич И. К., Дзик М. Ф., Дубовик Б. В., Захарьевская А. С., Илюченко Т. Ю., Кост А. Н., Мартинович Г. И., Миклевич А. В., Пильтиенко А. Ф., Рачковская И. В., Реут Н. А., Талапин В. И., Тамалина П. З., Терентьев А. М., Шадурский К. С. Вестн. АМН СССР, 1963, 1.

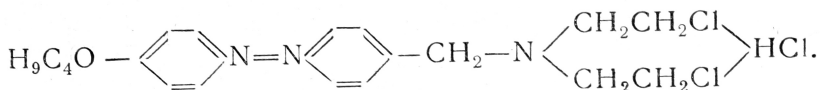
УДК 616.15—616—08

ЛЕЧЕНИЕ ЭМБАЗИНОМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СИСТЕМЫ КРОВИ

В. Я. Шустов

Саратовский государственный медицинский институт

В гематологическом отделении Саратовского медицинского института изучалось цитостатическое действие эмбазина (хлоргидрат п-н-бутокси-п [ди(В-хлорэтил)-аминометил]-азобензола):



Это кристаллический порошок желто-оранжевого цвета, умеренно растворимый в спирте, нерастворимый в воде и эфире.

Эмбазин применялся при остром лейкозе (10 больных), хроническом лимфолейкозе (40), хроническом миелолейкозе (9), эритремии (16), лимфогрануломатозе (17) и миеломной болезни (3). В возрасте от 21 до 30 лет было 8 больных, от 31 до 50 лет — 52, от 51 до 60 лет — 27 и старше — 8.

Согласно инструкции фармакологического комитета, дачу эмбазина внутрь мы начинали с 10 мг, постепенно увеличивая до 80 мг в сутки. Однако, убедившись в хорошей переносимости препарата, сочли возможным назначать уже со 2—3-го дня полную лечебную дозу (60—80 мг в сутки). Прием эмбазина, как правило, не вызывал выраженных диспепсических явлений, нарушений функций печени, а также значительного необратимого угнетения костномозгового кроветворения.

Острый лейкоз. 5 больных острым лейкозом получали только эмбазин и 5 — эмбазин и преднизолон. Суточная лечебная доза — 80 мг, курс лечения длился 4—5 недель. Поддерживающую дозу (20 мг в день) давали еще 5 недель. Клиническая ремиссия с гипопластической фазой была получена у 1 больного, леченного только эмбазином, и у 2 больных, получавших сочетанную терапию. Полного исчезновения недифференцированных клеток из периферической крови не было установлено. Рецидив острого лейкоза наступал через 3—4 месяца.

Хронический лимфолейкоз (суб- и лейкемический вариант). Давность заболевания не превышала 4 лет. Суточная доза препарата — 60 мг, длительность курса 4—5 недель. Больным с явлениями анемии переливали эритроцитарную массу, вводили коамид. У большинства больных, получавших эмбазин, наблюдалось субъективное улучшение (уменьшение общей слабости, потливости, повышение аппетита и т. д.). Заметного снижения количества лейкоцитов, процента лимфоцитов и величины лимфоузлов не наступало. У ряда больных число лейкоцитов возросло. После прекращения лечения также не отмечено снижения числа лейкоцитов. Через 2—8 месяцев больные вновь госпитализировались с явлениями прогрессирования процесса. Отдаленных положительных результатов действия эмбазина при хроническом лимфолейкозе не обнаружено. У 2 больных без признаков обострения заболевания через 5 месяцев после прекращения лечения этим препаратом выявлена стойкая тромбоцитопения (40—50 тыс. в 1 мм³).

При хроническом миелолейкозе эмбазин (суточная доза 60 мг, длительность курса — 4—5 недель) не давал цитостатического эффекта.

У больных лимфогрануломатозом и миеломной болезнью препарат (суточная доза 80 мг, длительность курса 4 недели) также не оказывал поло-

жительно-го антибластического действия, если не считать некоторого аналгезирующего эффекта.

При эритремии у больных, ранее леченных R^{32} , и у больных, впервые подвергавшихся цитостатической терапии, под влиянием эмбазина (суточная доза 70—80 мг, длительность курса 4 недели) уже к началу второй недели лечения улучшалось субъективное состояние, при продолжении терапии наблюдалось снижение показателей красной крови на 20—23%, массы циркулирующей крови на 15—20%, а также уменьшение лейкоцитоза и тромбоцитоза. Положительный лечебный эффект был отмечен у 12 из 16 больных. После прекращения терапии самочувствие больных в течение 4—7 месяцев оставалось удовлетворительным, хотя гематологические показатели через 1—1,5 месяца возвращались к исходным цифрам. 6 больных получили повторный курс эмбазинотерапии, эффект оказался значительно меньшим. Однако вопрос о целесообразности назначения большим эритремией поддерживающих доз препарата (в сочетании с кровопусканиями) в поликлинических условиях следует решить, видимо, положительно.

Таким образом, эмбазин при эритремии способствует терапевтической ремиссии; при других гемобластозах и ретикулозах препарат оказался неэффективным.

УДК 618.4—089.5

ОБ ОБЕЗБОЛИВАНИИ РОДОВ ВИТАМИНОМ B_1

А. З. Уразаев

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Н. Е. Сидоров) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В настоящее время общепринятым методом обезболивания родов является сочетание психопрофилактической подготовки с различными фармакологическими средствами. Желательно, чтобы используемые фармакологические средства обладали не только болеутоляющим, но и родоускоряющим свойством. В этом отношении заслуживает внимания тиамин-бромид, впервые рекомендованный для обезболивания родов Р. Л. Шубом в 1944 г., который, применив его при 250 нормальных родах, получил в 91,4% хороший результат, из них в 40,2% полное обезболивание. Но столь высокий болеутоляющий эффект, полученный Р. Л. Шубом, не был подтвержден другими авторами. К. Ф. Залевская (1960) предлагает давать витамин B_1 для усиления родовой деятельности в повседневной акушерской практике.

Мы провели обезболивание витамином B_1 50 нормальных родов (у 35 первородящих и у 15 повторнородящих). Преобладающее число рожениц было в возрасте от 20 до 30 лет. Обезболивание родов начинали со середины периода раскрытия, при открытии цервикального канала на 2—3 пальца. У 46 рожениц обезболивание производили при целых, а у 4 — при отошедших водах.

Витамин B_1 вводили в дозе от 60 до 100 мг. Если первая инъекция оказывалась безрезультатной, делали вторую. В этих случаях дозу доводили до 150—200 мг. Однократно витамин B_1 применяли у 22, повторно с промежутками в час — у 28 рожениц.

Эффективность обезболивания оценивалась на основе опроса рожениц после родов и по общему поведению их во время родов. Только у 6 рожениц из 50 мы могли констатировать болеутоляющее действие витамина B_1 , у остальных женщин болеутоление было либо сомнительным (7), либо совершенно отсутствовало (37).

Наши исследования показали, что витамин B_1 обладает свойством усиливать родовую деятельность. Мы отметили у значительного числа рожениц усиление родовых сокращений матки — они стали чаще, сильнее и продолжительнее. Это заставляет рекомендовать тиамин-бромид не столько с целью обезболивания родов, сколько для усиления родовой деятельности. Для обезболивания можно его комбинировать с болеутоляющими средствами.

Введение витамина B_1 не сопровождается вредными последствиями ни для матери, ни для плода. Течение родов идет без осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Залевская К. Ф. Казанский мед. ж., 1961, 1. — 2. Шуб Р. Л. Применение витамина B_1 в акушерстве и гинекологии. Способ физиологического обезболивания и ускорения родов. Изд. Центрального института акушерства и гинекологии Минздрава СССР. Л., 1946.