

шем шприце обычной дозе (1,5 г на имплантацию) соответствуют 10 полуоборотов рукоятки винта подачи. Для уменьшения давления в шприце и в месте имплантации ткани непосредственно после введения ткани, не извлекая иглы, делают 1—2 обратных полуоборота рукоятки винта подачи. Затем иглу извлекают, место укола смазывают 5% раствором йода, накладывают асептическую повязку (наклейку), которую снимают через 3—5 дней. Одной зарядки шприца хватает для имплантации ткани 10—12 больным, при этом меняют только иглы.

Шприцевой способ введения ткани под кожу не только не уступает введению путем разреза с образованием подкожного кармана, но он более рационален, так как почти не травмирует больного, облегчает и ускоряет технику имплантации и совершенно не дает осложнений.

Мы придерживаемся обязательного сочетания подкожных инъекций биогенных стимуляторов и подкожных имплантаций тканей, что, по нашим наблюдениям, усиливает терапевтический эффект и к тому же способствует полному рассасыванию имплантированной ткани, особенно при длительном применении тканевой терапии у больных с хроническими процессами.

Кроме подкожных инъекций экстракта алоэ и имплантаций кожи при некрозах и гангренах мы применяем повязки с тканевой жидкостью, остающейся после автоклавирования утильной кожи с подкожной клетчаткой, и сок алоэ, выпускаемый Батумским кофейным заводом. Тканевая жидкость и особенно сок алоэ способствуют очищению язвенно-некротических поверхностей, ускоряют регенерацию и заживление ран.

В ряде случаев назначается лечение биогенными стимуляторами методом электрофореза.

В нашей клинике тканевая терапия была применена 1854 больным эндартериозом и атеросклерозом сосудов конечностей.

Результаты тканевой терапии при эндартериозе и атеросклерозе сосудов конечностей (1949—1967 гг.)

Наименование заболевания	Число больных	Выздоровление	Улучшение (ремиссия)	Без изменений	Экзартикуляция пальцев и некрозом в пределах стопы	Ампутация конечностей	Умерло
Эндартериоз . . .	801	100	496	98	37	68	2
Атеросклероз . . .	1053	74	467	106	49	231	126
Всего	1854	174	963	204	86	299	128

Довольно высокий процент ампутаций и смертей обусловлен тем, что в клинику поступают больные преимущественно с тяжелыми язвенно-некротическими процессами (84,9%), часто со злокачественным течением.

В лечении и профилактике обострений тромбооблитерирующих заболеваний артерий конечностей огромное значение имеет диспансерное наблюдение за этой категорией больных.

Большинство больных, получавших тканевую терапию, наблюдалось нами в течение ряда лет, что и дало нам возможность проследить отдаленные результаты лечения.

УДК 616.1—615.7

ПРИМЕНЕНИЕ АЦЕДОКСИНА И ИЗОЛАНИДА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Я. М. Гринберг, Б. Д. Рудой и Л. Б. Тронько

Факультетская терапевтическая клиника (зав.—проф. А. И. Токарева) Куйбышевского медицинского института

Мы испытывали новый гликозид наперстянки — ацедоксин (ацетил-дигитоксин). Этот препарат производят на венгерском фармацевтическом заводе «Гедеон Рихтер»; он представляет собой ланатозид «А» шерстистой наперстянки, сходный с дигитоксинном пурпурной наперстянки.

Согласно литературным данным [1, 2, 3], ацедоксин обладает большой фармакологической активностью (в 2,8 раза активнее дигоксина), быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта (в течение 40 мин.), а выделяется из организма быстрее дигитоксина, поэтому менее токсичен. Установлено, что всасываемость ацедоксина из желудочно-кишечного тракта составляет 80%, а коэффициент выведения — 10%.

Под нашим наблюдением было 36 больных в возрасте от 20 до 65 лет с различной степенью недостаточности кровообращения. У 18 чел. был порок сердца и у 18 — атеросклеротический кардиосклероз или миокардиодистрофия различного происхождения. С недостаточностью кровообращения II А ст. было 10 чел., II Б ст. — 14, III ст. — 12. У 20 больных была мерцательная аритмия, преимущественно тахикардического типа, с более или менее выраженным дефицитом пульса. Подавляющее большинство больных страдает недостаточностью кровообращения длительное время. Больные получали таблетки, содержащие 0,2 мг ацедоксина, 2—3 раза в день. После нормализации частоты сердечных сокращений и ликвидации дефицита пульса мы снижали дозу препарата и в дальнейшем проводили лечение поддерживающими дозами (0,1—0,2 мг в день). Внутривенно ацедоксин вводили по 0,2 мг 1 раз в день в течение 5—30 дней.

У 34 больных ацедоксин оказал благоприятное действие. У всех отмечено урежение пульса. У части больных мерцательная аритмия полностью исчезла, у других дефицит пульса уменьшился, у большинства исчезла или значительно ослабла одышка, у ряда больных увеличился диурез. Однако при больших отеках или асците приходилось дополнительно применять мочегонные средства. Печень под влиянием лечения ацедоксином, как правило, уменьшалась.

Следует отметить, что если на АД препарат не оказывал влияния, то венозное давление к концу курса лечения значительно снижалось. Положительной динамики БКГ в результате курсового лечения нам отметить не удалось. На ЭКГ у большинства больных наблюдалось увеличение продолжительности сердечных циклов, а у некоторых — незначительное удлинение интервалов PQ и QRS, а также «корытообразное» снижение интервала ST, что, как известно, наблюдается иногда при лечении препаратами наперстянки.

Под влиянием курсового лечения ацедоксином значительное улучшение наступило у 10 больных, улучшение — у 18, незначительное улучшение — у 6; у 2 эффекта не было. У этих 2 больных строфантин тоже не дал положительного результата. Наиболее выраженное действие ацедоксин оказывал при II А и II Б ст. недостаточности кровообращения, значительно менее заметное — при III ст.

При наблюдении в течение 30 мин. непосредственно после внутривенного введения ацедоксина было установлено, что замедление пульса наступало через 15 мин.

Из побочных явлений мы отмечали преимущественно тошноту, у 1 больного головокружение и головные боли. Все эти явления исчезали при уменьшении дозировки. Таким образом появление тошноты можно считать сигналом к уменьшению дозы препарата.

Аналогичные данные мы получили при клиническом испытании венгерского препарата изоланада, которым мы лечили 15 больных. Изоланид — это гликозид (дигиланид «С») шерстистой наперстянки. Мы применяли его внутривенно по 0,5—1 мл, реже по 2 мл. В части случаев мы давали изоланид внутрь по 10 капель или в таблетках по 0,25 мг 3 раза в день.

Значительное улучшение было достигнуто у 7 больных, в том числе у 3 с III ст. недостаточности кровообращения, улучшение — у 5. У 2 больных эффекта не было. У 1 больного введением 2 мл препарата удалось купировать приступ пароксизмальной тахикардии. Результаты лечения изоланидом были, по нашим данным, не хуже, чем от строфантина, иногда же изоланид оказывал хорошее действие у больных, у которых лечение строфантином не приводило к заметному сдвигу. Применение изоланида внутрь давало несколько худшие результаты. Однако после улучшения, достигнутого внутривенным введением гликозида, пероральное его применение зачастую поддерживало полученный терапевтический эффект. Побочных явлений при лечении изоланидом, даже длительном, не наблюдалось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вотчал Б. Е. Известия и новости о венгерской фармацевтической промышленности. 1967, 15.— 2. Габор Д. Венгерская медицина, 1965, 15.— 3. Гринберг Я. М., Лизунова М. И., Ступницкий А. А., Повх Г. Н. Мат. к III Поволжск. конф. терап., Горький, 1963.— 4. Лушникова Л. А. Казанский мед. ж., 1961, 3.— 5. Межебовский Р. Г. Лечение и профилактика сердечной недостаточности. Оренбург, 1959.— 6. Сигал А. М. Наперстянка и ее терапевтическое применение. Медгиз, М., 1956.