

Наши данные во многом согласуются с результатами исследований Н. Н. Клейменовой (1980), которая установила, что длительное введение мебикара крысам способствует максимальной длительности их плавания с грузом; в цитоплазме кардиомиоцитов животных накапливается гликоген; увеличивается гранулярный эндоплазматический ретикулум; в ядрах возрастает число ядрышек. В своей работе автор отметила, что оксазепам, напротив, ухудшает физическую работоспособность и повреждает ультраструктуру кардиомиоцитов.

Таким образом, по сравнению с рядом бензодиазепиновых транквилизаторов мебикар имеет такие особенности, как отсутствие миорелаксирующего действия и выраженных вегетотропных эффектов, что позволяет уточнить различные клинические показания к применению бензодиазепинов и мебикара. Мибикар должен применяться как «дневной транквилизатор» у амбулаторных больных, продолжающих учебную и производственную деятельность; у лиц пожилого возраста и соматически ослабленных, при так называемых гипостенических и астенических состояниях; при непереносимости бензодиазепиновых транквилизаторов. Кроме того, мебикар можно назначать для профилактики невротических расстройств в стрессовых ситуациях, когда необходимо сохранить высокий уровень физической работоспособности и внимания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкий М. Л. Элементы количественной оценки фармакологического эффекта. Л., Медгиз, 1963.— 2. Зимакова И. Е. Фармакол. и токсикол., 1977, 6.— 3. Клейменова Н. Н. В кн.: Фармакологическая регуляция физической и психической работоспособности. М., 1980.— 4. Чудновский В. С., Зимакова И. Е., Карпов А. М., Зайконникова И. В. Новые лекар. преп., 1979, 6.— 5. Bernheim J., Michiels W. Schweiz. med. Wschr., 1973, 103, 24.— 6. Diphham N. W. Mija T. S. J. Amer. Pharm. Assoc., 1957, 46, 208.

Поступила 26 января 1982 г.

УДК 615.281:616.24—002.5

КЛИНИЧЕСКАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ ОДНОРАЗОВЫХ ДОЗ ЭТИОНАМИДА БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Г. А. Смирнов, Л. Т. Замалетдинова, В. А. Михайловская,
С. И. Латыпова

Кафедра фтизиатрии (зав.— проф. Г. А. Смирнов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Изучена переносимость этионамида у 851 больного туберкулезом легких. Препарат назначали по 0,75 г в один прием. Побочное действие отмечено у 31% лиц, а полная непереносимость — у 6,6%. У остальных побочные реакции исчезли после кратковременного перерыва в приеме препарата или при назначении его на ночь. У ряда больных для снятия побочного действия пришлось снизить однократную дозу этионамида до 0,5 г или давать его по 0,25 г трижды. Чаще побочные осложнения возникали у лиц с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, а также у больных пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: туберкулез легких, этионамид.

Библиография: 12 названий.

На последних этапах химиотерапии больных туберкулезом целесообразно применять средства, оказывающие действие на микобактерии туберкулеза, расположенные внутриклеточно [8, 10]. К таким средствам относятся изониазид, этионамид, циклосерин, пипразинамид, этамбутол и рифампицин.

В последние месяцы основного курса химиотерапии больные, как правило, получают лекарства амбулаторно, когда целесообразнее назначать однократные дозы. Поэтому применение циклосерина и пипразинамида нежелательно, а возможности широкого использования рифампицина и этамбутола еще ограничены. В связи с этим мы решили испытать однократные дозы этионамида. Исследование провели в двух местных санаториях, исходя из того, что в санатории больные поступают после длительного больничного лечения или для проведения противорецидивной терапии средствами, действующими на внутриклеточно расположенные микобактерии. При этом учитывали и имеющиеся указания на хорошую проницаемость этионамида (путем диффузии) в бессосудистые образования [6], что также важно на последних этапах химиотерапии больных, когда уже развились фиброзные изменения с облитерацией сосудов.

Эффективность этионамида при лечении свежих форм туберкулеза изучали многие исследователи, назначая его вместо стрептомицина [5], изониазида [9], ПАСК [11]. Оказалось, что он несколько не уступает соответствующим препаратам в контрольных группах. Данных об эффективности однократных доз этионамида мы в литературе не встретили. О ней можно судить лишь по косвенным материалам о фармакокинетике препарата, которые показывают, что с увеличением разовой дозы этионамида с 0,25 г до 0,5 г максимальный уровень его в крови повышается пропорционально дозе, но снижается быстрее, чем при введении препарата по 0,25 г трижды [7, 12].

Однократные дозы этионамида назначались нами 851 пациенту в возрасте от 18 до 67 лет. В подавляющем большинстве это были больные со свежими формами заболевания, госпитализированные для проведения противорецидивной терапии. 66% больных были направлены с очаговым, инфильтративным или диссеминированным туберкулезом в фазе рассасывания и уплотнения, у 18% лиц было констатировано клиническое излечение легочного туберкулеза, 5% больных в прошлом были оперированы по поводу различных форм туберкулеза легких, у 4,5% имелись остаточные явления после перенесенного плеврита. Только у 2% больных был фиброзно-кавернозный и цирротический туберкулез, у 4% — туберкулемы. У остальных 0,5% больных были внеторакальные формы туберкулеза.

Этионамид назначали по 0,75 г однократно, больные запивали его молоком. Одновременно они получали никотиновую кислоту. 288 человек (в одном из санаториев) в период лечения пили кумыс по 1 л в день. Кроме этионамида, больные принимали изониазид по 0,45—0,6 г в зависимости от массы тела. При появлении побочных расстройств (тошноты, рвоты, болей в животе, вздутия, расстройств стула, снижения аппетита) делали кратковременный перерыв в лечении или снижали однократную дозу этионамида до 0,5 г, или препарат назначали по 0,25 г трижды в сутки. У ряда больных пытались предотвратить побочные расстройства назначением препарата в той же однократной дозе на ночь. Результаты определяли по итогам двухмесячного наблюдения.

Побочное действие при однократном приеме суточной дозы отмечено у 265 больных (31,1%). Полная непереносимость была лишь у 56 человек (6,6%), у остальных побочное действие удалось преодолеть с помощью перечисленных выше мероприятий. При этом только у 58 больных пришлось изменить режим введения препарата и назначить его дробный прием.

Наиболее часто побочные расстройства возникали у больных, страдающих язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки или другими хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (у 31 из 60 человек), но и в этих случаях половина пациентов переносила лечение хорошо, а при побочном действии у 29 человек его удалось преодолеть снижением однократной дозы до 0,5 г или переводом на дробное введение препарата.

Плохо переносили лечение лица старше 50 лет. Среди них побочная реакция на этионамид наблюдалась у 88 больных из 148 (59,5%), но и здесь только у 17 человек (11,5%) препарат пришлось отменить из-за полной непереносимости.

У лиц с плохой переносимостью ПАСК в анамнезе однократные дозы этионамида вызвали побочные расстройства у 48 из 172 (27,9%). При плохой переносимости дробных доз этионамида в прошлом однократные дозы повлекли за собой побочное действие у 64 из 117 человек (54,7%).

Число побочных реакций, вызванных этионамидом, во всех группах больных было примерно одинаковым в обоих санаториях, то есть положительного влияния кумысотерапии на переносимость препарата не установлено.

Таким образом, большинство больных на последних этапах химиотерапии хорошо переносят однократные дозы этионамида. Его целесообразно назначать и лицам с плохой переносимостью ПАСК и этионамида в прошлом. Не является противопоказанием для назначения однократных доз этионамида и наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также пожилой возраст больных. В этих случаях необходимо лишь более тщательное наблюдение. При побочном действии после кратковременного перерыва можно возобновлять лечение полной дозой препарата или переводить на прием его на ночь; возможно также снижение дозы этионамида до 0,5 г однократно с учетом массы тела больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимов А. И., Ганущак М. М. и др. Пробл. туб., 1973, 1.—2. Уткин В. В. Там же, 1973, 9.—3. Хоменко А. Г., Шмелев Н. А. и др. Там же, 1976, 3.—4. Шмелев Н. А., Каминская А. А. и др. Там же, 1973, 9.—5.

Bhatia J. G., Gal H. Ind. J. Tuberc., 1966, 13, 2.— 6. Enle H. Z. Tuberk., 1965, 123, 4/6.— 7. Enle H., Werner E. Tuberk.—Arzt., 1961, 12, 806.— 8. Moisesku R. V. Ftiziologia, 1973, 22, 3.— 9. Schwartz W. S. Am. Rev. resp. Dis., 1966, 93, 5.— 10. Seidel H. Therapiewoche, 1970, 20, 8.— 11. Sighart H. Pneumologie, 1971, 145, 348.— 12. Simane Z., Kraus P. Rozhl. Tuberk., 1962, 4, 289.

Поступила 23 февраля 1979 г.

УДК 616.14—007.64:616—073

СОСТОЯНИЕ ВЕН БЕДРЕННО-ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В. Е. Мамаев, М. Ф. Мусин, М. Н. Малиновский

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.— проф. М. Ф. Мусин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, отделение хирургии сосудов (зав.— В. Е. Мамаев) Республиканской клинической больницы МЗ ТАССР (главрач — М. В. Буйлин)

Реферат. У 70 больных с варикозным расширением вен нижних конечностей методами проксимальной тазовой и ретроградно-бедренной флебографии изучено состояние венозного русла бедренно-подвздошного сегмента. Обнаружены характерные рентгенологические признаки варикозной болезни: эктазия подвздошной и бедренной вен, несостоятельность клапана сафено-бедренного анастомоза с рефлюксом контрастного вещества в большую подкожную вену, аневризматическое расширение устья большой подкожной вены, частичная или полная недостаточность клапанов бедренной вены. Установлено, что в 35,7% причиной развития гипертензии и варикозного расширения подкожных вен явились сегментарные сужения вен и сдавления бедренной вены в области пупартовой связки, различные экстравазальные сдавления магистральных вен бедренно-подвздошного сегмента костными выступами, перекрестно проходящей артерией, увеличенной маткой. Рекомендовано при изучении венозной гемодинамики нижних конечностей одновременно с применением дистальных флебографий проводить контрастное исследование тазовых вен.

Ключевые слова: вены нижних конечностей, варикозное расширение, флебография.

7 иллюстраций. Библиография: 3 названия.

Целью настоящей работы явилось изучение состояния вен бедренно-подвздошного сегмента у больных с варикозной болезнью нижних конечностей.

Наряду с опросом и осмотром, проводили клинико-функциональные пробы (Броди—Троянова—Тренделенбурга, Дельбе—Пертеса, Пратта, Гакенбруха, проба Махорнева и Окснера). Из рентгеноконтрастных методов применяли проксимальную тазовую и ретроградную бедренную флебографию путем чрескожной пункции бедренной вены.

Особенностью наших исследований является то, что до изучения тазовых вен всем больным производили прямую функционально-динамическую флебографию за экраном, что позволило получить целостное представление о состоянии всей венозной системы изучаемой конечности. Дополнительно состояние сосудистой системы нижних конечностей оценивали по данным флеботонометрии, осциллографии, реовазографии.

Достоверно выявленные рентгенологические изменения в последующем подтверждены результатами, полученными во время операции.

Изучение тазовых вен проведено у 70 больных с варикозной болезнью нижних конечностей, которым осуществлено 75 проксимально-тазовых и ретроградно-бедренных флебографий. У 5 больных исследование проведено с двух сторон, у 42 — справа, у 28 — слева.

Контингент больных составлял в основном трудоспособный возраст. От 20 до 50 лет было 49 больных (70%), мужчин — 28, женщин — 42. Давность заболевания — от 3 до 18 лет. Установлено, что варикозная болезнь чаще поражает обе нижние конечности (36 больных, 51,4%) и правую нижнюю конечность (22 больных, 31,4%), причем у больных с двусторонним поражением декомпенсация венозной гемодинамики и степень варикозного расширения вен чаще выражены на правой нижней конечности. У 14 больных (20%) была компенсированная форма, у 31 (44,3%) — субкомпенсированная, у 25 (35,7%) — декомпенсированная.

При исследовании бедренно-подвздошного сегмента установлены изменения, которые мы сочли возможным распределить на три основные группы, обусловленные