

3. Биостимулирующие препараты: экстракт алоэ по 1 мл подкожно ежедневно, на курс 30 инъекций.

4. Витамины: А в драже по 1 шт. 3 раза в день (в масле по 15—20 капель 3 раза в день) — 1 мес, Е в капсулах по 1 шт. 3 раза в день — 1 мес, либо 5% — по 1 мл внутримышечно 1 раз в день.

5. Гормонотерапия: тестостерона пропионат 5% — 1 мл внутримышечно 2 раза в нед, на курс 10—12 инъекций; сустанон-250 (омнадрен) — по 1 мл внутримышечно 1 раз в мес, 3—6 инъекций на все курсы.

6. Пирогенал внутримышечно через 1 или 2 дня в зависимости от общей и местной реакции, повышая дозу, согласно инструкции, с 25—50 МПД разовой дозы, на курс 15—20 инъекций.

Для местного лечения применяли следующие средства и процедуры.

1. Раствор лидазы по 64 ед. (при отсутствии лидазы использовали стекловидное тело по 1—2 мл).

2. Гидрокортизон по 50 мг непосредственно в пораженный участок. Эти два препарата вводили, чередуя, через день, на курс по 15 инъекций каждого.

3. Физיותרпия: УВЧ, ультразвук, диатермию ежедневно или через день по 10—15 сеансов каждого из них, чередуя или повторяя их на каждый курс.

4. Втирание в область пораженного участка 50—70% раствора ДМСО (димексида) 2 раза в день в течение 1 мес.

5. Тепловые процедуры местно в виде грелок, сидячих ванн по 15—20 мин ежедневно, 15—20 на курс.

В целях закрепления полученного эффекта или улучшения результатов лечения описанные курсы терапии повторяли через 1—3 мес. Для полного излечения иногда требовалось 3—4 и более курсов, что занимало в общей продолжительности 1—2 года.

Лечение при повторных курсах проводили теми же лекарственными средствами и по той же методике, что и в первый раз, иногда заменяя лидазу на стекловидное тело, УВЧ на диатермию или наоборот.

Чтобы предотвратить развитие аутоаллергии и аллергии, рекомендуем применение антигистаминных препаратов (димедрола, пипольфена, супрастина, диазолина) в обычных дозах.

Во время лечения предписываем больным употреблять пищу, богатую белками и витаминами, ограничивать использование пересоленных, маринованных и консервированных пищевых продуктов. Полностью запрещаем употребление алкоголя. Предлагаем остерегаться переохлаждения в целом и области промежности и наружных половых органов в особенности. Во время циклов лечения запрещается половая жизнь. Все больные переносили лечение хорошо, каких-либо осложнений не наблюдалось.

Полное выздоровление наступило у 5 больных, а у 1 больного удалось приостановить прогрессирование патологического процесса и достичь нормализации эрекции и половой функции.

Таким образом, длительное комплексное лечение фибропластической индурации полового члена прерывистыми курсами, включающими втирания димексида, дает хорошие результаты. Мы считаем целесообразным рекомендовать указанный метод для широкого внедрения в клиническую практику.

УДК 616.33—006.5—02:616.155.1

Ф. Н. Казанцев, И. Х. Голуб (Казань).

Метаболические процессы в эритроцитах при раке желудка

Мы исследовали содержание эритроцитов, гемоглобина, пировиноградной и молочной кислот в эритроцитах, а также активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) у 120 больных со II—IV стадией рака желудка. У 60 из них были произведены радикальные хирургические вмешательства, а у остальных 60 пробные лапаротомии и паллиативные операции (соответственно — 1-я и 2-я группы больных). Возраст больных — от 35 до 70 лет. Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц. Кровь для анализа брали из локтевой вены до операции и на 1, 3, 5—7-е, 10—12-е, 17—21-е сутки после хирургического вмешательства. Средние величины активности ЛДГ, уровня молочной и пировиноградной кислот (МК и ПК) в эритроцитах приведены в таблице. Данные, полученные до операции, сравнивали с контролем, а показатели послеоперационного периода — с исходными.

У больных раком желудка определяется анемия, особенно выраженная при запущенном опухолевом процессе. После радикальных операций у больных раком желудка (1-я группа) в первые сутки послеоперационного периода незначительно увеличилось количество эритроцитов и содержание гемоглобина, что можно объяснить последствием хирургического вмешательства и некоторым сгущением крови, а цветовой показатель (ЦП) оставался без изменений. На 3-й день количество эритроцитов, содержание гемоглобина уменьшались, а ЦП оставался в тех же пределах, что и до операции. На 5—7-е, 10—12-е сутки мы не отметили улучшения показателей красной крови. Перед выпиской из стационара (17—21-е сутки) у радикально оперированных больных морфологические показатели красной крови заметно улучшались.

Наибольшие изменения претерпевает красная кровь у больных 2-й группы. В 1-е сутки после пробных лапаротомий и паллиативных операций показатели красной крови не отличались от дооперационных. На 3, 5, 7-е сутки регистрировалось снижение количества эритроцитов, содержания гемоглобина. На 10—12-е сутки показатели периферической красной крови ухудшались. Ко дню выписки больных (17—21-е сутки) морфологические показатели красной крови приближались к исходным.

Активность ЛДГ и содержание МК и ПК в эритроцитах у больных со II—IV ст. рака желудка до хирургического вмешательства были значительно выше, чем в контрольной группе (см. табл.). После радикальных операций у больных 1-й группы активность ЛДГ и концентрация МК в первые семь дней не изменялись, и только на 10—12-е, 17—21-е сутки выявлялось их уменьшение. Мы также не отметили изменений в содержании ПК в первые трое суток после хирургического лечения. В дальнейшем — с 5—7-го дня — отмечалось уменьшение концентрации пировиноградной кислоты; наиболее низкий ее уровень выявлен на 17—21-й день.

У больных 2-й группы после хирургического вмешательства активность ЛДГ оставалась высокой в течение первой недели исследования. На 10—12-е сутки и перед выпиской из стационара (17—21-е сутки) отмечалось повышение активности фермента. Содержание МК в течение первых двух недель практически не отличалось от дооперационного уровня и несколько повышалось на 17—21-е сутки. Концентрация

Активность ЛДГ, содержание молочной и пировиноградной кислот в эритроцитах у больных раком желудка ($M \pm m$)

Группы обследованных	Лактатдегидрогеназа, мЕД	Молочная кислота, ммоль/л	Пировиноградная кислота, мкмоль/л
Больные раком желудка II—III стадии:			
до операции	9334,6±409,9 $P < 0,001$	7,74±0,26 $P < 0,001$	885,70±34,00 $P < 0,001$
1-е сутки	9128,2±385,4 $P > 0,05$	8,03±0,27 $P > 0,05$	919,80±34,00 $P > 0,05$
3-и сутки	9123,8±364,5 $P > 0,05$	7,92±0,26 $P > 0,05$	874,40±34,00 $P > 0,05$
5—7-е сутки	9106,6±361,1 $P > 0,05$	7,63±0,25 $P > 0,05$	760,90±22,70 $P < 0,01$
10—12-е сутки	8254,3±357,7 $P > 0,05$	6,79±0,25 $P < 0,01$	760,80±22,70 $P < 0,01$
17—21-е сутки	7866,1±266,3 $P < 0,01$	6,29±0,21 $P < 0,001$	670,00±22,70 $P < 0,001$
Больные раком желудка IV стадии:			
до операции	10246,2±412,6 $P < 0,001$	8,09±0,32 $P < 0,001$	1056,19±22,70 $P < 0,001$
1-е сутки	10550,0±373,9 $P > 0,05$	8,04±0,27 $P > 0,05$	1056,10±34,10 $P > 0,05$
3-и сутки	10685,0 ± 321,0 $P > 0,05$	8,05±0,27 $P > 0,05$	1056,10±34,10 $P > 0,05$
5—7-е сутки	11225,0 ± 312,7 $P > 0,05$	8,24±0,28 $P > 0,05$	1067,46±32,30 $P > 0,05$
10—12-е сутки	11394,0±298,6 $P < 0,05$	8,48±0,32 $P > 0,05$	1090,17±34,10 $P > 0,05$
17—21-е сутки	11495,3±293,6 $P < 0,02$	9,09±0,34 $P < 0,05$	1158,31±45,40 $P < 0,01$
Контрольная группа	6522,4±283,6	2,21±0,16	329,32±22,70

ПК на всем протяжении послеоперационного периода оставалась высокой, а перед выпиской из стационара отмечалось ее повышение.

Обобщая результаты обследования больных злокачественными новообразованиями желудка, мы можем отметить закономерное изменение активности ЛДГ и содержания МК и ПК в эритроцитах периферической крови. В момент госпитализации у оперированных больных активность ЛДГ и концентрация МК и ПК были повышены. Особенно это выражено у больных с запущенным опухолевым процессом. В послеоперационном периоде по мере увеличения количества эритроцитов и содержания гемоглобина активность ЛДГ и уровень МК и ПК снижались, но не приближались к норме.

Как показали наши исследования, злокачественные новообразования желудка сопровождаются определенными метаболическими изменениями в клетках красной крови.

Качественная характеристика эритроцитов и уровень обменных процессов в них могут служить еще одним объективным критерием оценки состояния больного

УДК 615.22:616.12—008.46—073.916

**Э. И. Генденштейн, В. И. Колединов, Ю. П. Владимиров (Саранск).
К клинической фармакологии дигоксина**

Сердечный гликозид шерстистой наперстянки дигоксин является одним из основных кардиотоников, применяемых при лечении больных с хронической сердечной недостаточностью.

Дигоксин по характеру общей фармакодинамики — быстрой и длительности эффекта, а также кумулятивным свойствам — занимает промежуточное положение между гликозидами наперстянки пурпуровой и гликозидами группы строфанта и ландыша, отличаясь от последних хорошей резорбцией из желудочно-кишечного тракта.

Фармакологические свойства и терапевтическая эффективность дигоксина при недостаточности кровообращения хорошо освещены в литературе. Однако некоторые вопросы клинической фармакологии дигоксина, в частности характер его влияния на здоровый миокард, до сих пор остаются невыясненными.

Нами было изучено с помощью комплекса методов радиондикации влияние дигоксина на некоторые основные параметры гемодинамики и функции почек у людей без патологии кровообращения и водно-солевого обмена — у 30 человек (мужчин и женщин не старше 45 лет), проходивших обследование и предоперационную подготовку по онкологическим показаниям, в связи с опухолями наружной локализации. У 19 из них проводили радиокардиографию (РКГ) с использованием сывороточного альбумина-¹³¹I, у 11 — радиоренографию (РРГ) с гиппураном-¹³¹I для исследования влияния дигоксина на секреторно-выделительную функцию почек. В течение 3 дней эти лица принимали дигоксин по 1 таблетке (0,25 мг) 3 раза в день и на 4-й день у них повторяли РКГ или РРГ.

Анализ результатов исследований показывает, что прием дигоксина в течение 3 дней заметно сказался на величине основных параметров гемодинамики — систолический объем (СО) и систолический индекс (СИ) возросли на 33%. Минутный объем (МО) увеличился лишь на 12%, что, по-видимому, связано с одновременным замедлением сердечной деятельности на 19%.

Изменения ЭКГ указывали на удлинение сердечного цикла, укорочение электрической систолы желудочков, отчетливое удлинение диастолы сердца и замедление атриовентрикулярной проводимости.

Наиболее характерными гемодинамическими эффектами дигоксина явилось ускорение кровотока в малом и большом кругах кровообращения, а также некоторое повышение АД и общего периферического сопротивления (ОПС).

Таким образом, можно с уверенностью утверждать, что дигоксин в терапевтической дозе оказывает на здоровое сердце положительное инотропное действие, реализующееся за счет заметного удлинения диастолы и укорочения систолы, сочетание которых в конечном счете приводит к увеличению систолического объема сердца.

Способность сердечных гликозидов оказывать кардиотоническое действие на здоровый миокард, длительное время отвергавшаяся или ставившаяся под сомнение, получила веские доказательства благодаря использованию новых, более адекватных методов исследования. Данные, полученные нами с помощью метода радиондикации, также свидетельствуют в пользу этого эффекта, принципиально важного для оценки клинической фармакологии дигоксина.

Использование РРГ показало, что под влиянием дигоксина достоверно сокращалось время максимального накопления гиппурана-¹³¹I в левой и правой почках, а также период полувыведения гиппурана из каждой почки. Поскольку гиппуран-¹³¹I практически весь выделяется в просвет проксимальных канальцев в результате секреторной деятельности эпителия почечных канальцев, есть основания полагать, что дигоксин стимулирует эту секреторную функцию.

Установленные с помощью методов радиоизотопного исследования данные расширяют существующие представления о клинической фармакологии дигоксина.

УДК 616.921.5—06:616.127

Н. А. Булатова (Казань). Сократительная функция миокарда у больных гриппом.

Нами изучена методом поликардиографии (ПКГ) сократительная функция миокарда у 101 больного гриппом (49 женщин и 52 мужчин в возрасте до 45 лет) в динамике болезни. Диагноз и тяжесть заболевания определяли на основании клинического течения болезни, эпидемиологической ситуации, вирусологических и серологических лабораторных исследований. У подавляющего большинства больных были выделены вирусы А₁ и А₂. В анамнезе у обследованных больных не было указаний на заболевание сердечно-сосудистой системы.

При поступлении в стационар на боли в области сердца и сердцебиение жаловались 11 пациентов (10,9%), приглушенность сердечных тонов была зарегистрирована