

Клиническая картина поражений нервной системы при опоясывающем лишае полиморфна. Типичным является при нем развитие ганглионитов, ганглиорадикуло-невритов, но могут быть и менингиты, полио-энцефалиты, ганглиорадикулоневриты с парезами конечностей и брюшных стенок, полирадикулоневриты, невриты черепно-мозговых нервов (лицевого, глазодвигательного, отводящего, слухового, зрительного и др.).

Менингит при опоясывающем лишае характеризуется преобладанием лимфоцитарного плеоцитоза, иногда с повышением белка, длительностью течения (свыше месяца) при слабо выраженных общемозговых симптомах и даже отсутствии менингеального синдрома — ригидности затылочных мышц и с. Кернига («немой» менингит).

При опоясывающем лишае поражаются и периферические отделы вегетативной нервной системы, что подтверждается клиническими проявлениями заболевания, секреторными, сосудистыми и трофическими изменениями.

Более стойкий эффект при лечении больных опоясывающим лишаем достигается применением дезоксирибонуклеазы (ДНКазы) в период герпетических высыпаний.

Прогноз при опоясывающем лишае не всегда благоприятный. Возможны остаточные явления в виде чувствительных и двигательных нарушений.

УДК 615.32

### **М. А. Резников (Калуга). Опыт использования некоторых растительных лекарственных средств в условиях поликлиники**

Лица, страдающие функциональными расстройствами нервной системы с сердечно-сосудистыми нарушениями, составляют значительную часть амбулаторных терапевтических больных. Лечение их в поликлинических условиях требует длительного применения индивидуально подобранных медикаментов, нормализующих деятельность нервной системы, благоприятно действующих на сердечную мышцу и улучшающих кровообращение. Таким сочетанным, седативным, кардиотоническим действием и свойством уменьшать возбудимость сердечной мышцы обладают препараты горичвета, ландыша, валерианы, пустырника и боярышника.

Мы назначали сочетание названных лекарств в поликлинических условиях при лечении больных с нейрциркуляторной дистонией по гипертоническому или кардиальному типу, функциональными нарушениями климактерического периода, гипертонической болезнью IБ — IА стадий, а также атеросклеротическим кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения I степени. Прописывали смеси равных частей настоев валерианы (или пустырника), ландыша и боярышника по 30—40 капель 3 раза в день (до и после работы и перед сном). При наличии небольшой недостаточности кровообращения указанные средства добавлялись к настою горичвета из 10—12 г на 200 мл; микстуру больные принимали по одной столовой ложке в то же время суток, что и капли.

Как правило, лечение продолжалось 2—3 недели с контролем каждые 7—10 дней. В это время больные других медикаментов не принимали, продолжали вести привычный образ жизни. Обычно через 10—15 дней состояние лечившихся заметно улучшалось: значительно снижалось ранее повышенное АД, исчезала вечерняя отечность голеней и одышка, нормализовался сон, проходили сердцебиения и «приливы» по ночам.

В дальнейшем для закрепления полученного эффекта мы переходили на поддерживающее лечение. Для этого уменьшали прием лекарств до двух (утром и перед сном) или одного (перед сном) раза. Контрольные наблюдения при этом производили каждые 2—3 недели. Осмотры больных и собеседования с ними выявляли продолжающуюся результативность терапии. Доза лекарств корректируется в зависимости от состояния больного.

В последующем часть больных уже по своей инициативе при ухудшении самочувствия возобновляла прием ранее выписанных лекарств в наиболее целесообразной дозировке. При этом больные указывают на неизменно хороший лечебный эффект.

Наш опыт позволяет рекомендовать указанные выше прописи и способы их применения для широкого использования в амбулаторной практике.

УДК 616—002.77—612.015.348

### **М. С. Архангельская и С. Г. Денисова (Саратов). Выделение глюкуроновой кислоты с мочой при ревматизме**

Поскольку при ревматизме нарушается обмен кислых мукополисахаридов, представляется целесообразным изучение выделения глюкуроновой кислоты с мочой при этом заболевании.

В последнее время за рубежом получил распространение способ определения глюкуроновой кислоты при помощи карбазола. Этот метод считается наиболее точным и простым (И. А. Аксамитная и В. В. Татарский).

Выделение глюкуроновой кислоты с мочой нами изучено у 60 больных активным ревматизмом (26 мужчин и 34 женщины в возрасте от 17 до 58 лет) и для контроля — у 55 практически здоровых лиц (возраст — от 17 до 35 лет).

Сравнение результатов показало, что у больных активным ревматизмом выделение глюконовой кислоты с мочой уменьшено ( $302 \pm 0,09 - 234 \pm 0,03$  мг при норме  $427 \pm 0,05$  мг). Наблюдается параллелизм между показателями пробы на гидрофильность тканей и количеством выделенной глюконовой кислоты с мочой. Содержание глюконовой кислоты в моче уменьшается по мере прогрессирования недостаточности кровообращения. У больных активным ревматизмом с декомпенсированным пороком сердца и кардиальным циррозом печени выделение глюконовой кислоты с мочой уменьшается параллельно со снижением содержания протеинов крови, альбуминовой фракции и фибриногена, что указывает на глубокое нарушение протеиногенной и анти-токсической функции печени.

Определение глюконовой кислоты в моче в сочетании с другими пробами печени может служить дополнительным тестом для оценки функционального состояния печени у больных ревматизмом.

УДК 612.313.3

### **В. И. Колобаев, Г. Ф. Борисов и В. И. Сурин (Саранск). Слюноотделение при некоторых заболеваниях органов пищеварения**

У здорового человека происходит постоянное слюноотделение, величина которого неодинакова у различных людей, но почти постоянна у данного индивидуума. Прикрепление капсулы Красногорского — Лешли к выводному протоку околоушной слюнной железы позволяет наблюдать непрерывное выделение слюны, которое одни называют секретией покоя, другие — фоновым слюноотделением.

У здорового человека фоновое слюноотделение отмечается вскоре после прикрепления капсулы Красногорского — Лешли. Из 86 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки лишь у 12 в течение 5 минут выделилось от одной до 23 капель слюны, у 74 не появилось ни одной капли.

Из 46 больных с заболеваниями печени и желчного пузыря только у 5 больных холециститом выделилось 1—2 капли. На дозированное раздражение рецепторов слизистой оболочки полости рта растворами лимонной кислоты лишь у 2 больных околоушная слюнная железа отвечала адекватными секреторными реакциями как по количеству секрета, так и по продолжительности латентного периода, у 44 секрета была неадекватна либо по количеству секрета (37), либо по величине латентного периода (7).

У 16 из 86 больных язвенной болезнью секрета на дозированное раздражение растворами лимонной кислоты была адекватной, у 70 — неадекватной либо по количеству секрета, либо по продолжительности латентного периода.

### **Я. Ю. Малков (Саратов). Соотношение полов детей у рожениц с акушерской патологией**

При подробном изучении генетики и антропологами вопроса о соотношении полов было открыто любопытнейшее явление. Оказывается, мальчиков рождается на 6% больше, чем девочек, хотя в первые месяцы беременности зародыши мальчиков погибают в 2—3 раза чаще.

При выяснении влияния условий существования родителей на рождаемость детей интересно было бы сравнить соотношение полов при рождении в зависимости от акушерской патологии. Действительно, имеется ли связь дородовой патологии и патологии в родах с преимущественным рождением того или иного пола плода? В литературе сообщений по этому вопросу нам не встретилось.

Мы разработали материалы клинического родильного дома I клинической больницы г. Саратова за 1965—1966 гг. Патологических родов было 2894. Мальчиков родилось 1580 (54%), девочек — 1314 (46%).

Детальный анализ позволил проследить некоторую зависимость в соотношении полов при отдельных формах акушерской патологии. Так, отмечается большой процент рождения мальчиков у женщин, роды у которых осложнились преждевременным отхождением вод, перенашиванием беременности, легкой формой нефропатии. Преждевременное отхождение вод чаще наблюдалось у «старых» повторнородящих, как и запоздалые роды и нефропатии. При тазовых предлежаниях преобладало рождение девочек у пожилых первородящих. Наши данные в отношении рождения мальчиков с крупным весом у старых повторнородящих женщин подтверждают наблюдения ряда авторов и свидетельствуют о преимущественном их рождении по сравнению с девочками. Мнение Т.П. Аносовой (1948) относительно большего процента мальчиков среди мертворожденных совпадает с нашими наблюдениями. Заметной разницы в соотношении полов детей при преждевременных родах, а также осложненных тяжелой формой нефропатии, слабостью родовой деятельности, приращением плаценты, Rh отрицательной кровью нами не выявлено.

Для окончательного заключения о соотношении полов при рождении у рожениц с остальными формами акушерской патологии необходимо большее количество наблюдений.