

необходимо предоставлять им периодически внутригородские командировки (с временным полным или частичным освобождением от работы) в соответствующих клинических стационарных учреждениях;

в) необходимо также организовать при поликлиниках институт консультантов по терапии и по другим специальностям; целесообразно установить должность заведующего терапевтическим отделением п-ки, на какового возложить и контроль за работой амбулаторных врачей-терапевтов;

г) необходимо предоставить поликлиническим врачам возможность пользоваться стационарным клиническим обследованием в сложных или неясных случаях, в особенности для обсервации б-ных, подозрительных на инф. заб. эпидемического характера.

Из therap. отд. Брянской больницы Зап. ж. д. (зав. отд. Е. Я. Гурвич).

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ВИДОИЗМЕНЕННЫМ КАРЕЛЕВСКИМ РЕЖИМОМ.

Е. Я. Гурвич.

Еще в 1866 году Карель предложил для лечения сердечной декомпенсации режим, состоящий из одного молока. Молоко давалось в количестве 800 куб. см в день небольшими порциями и постепенно повышалось до 2 литров в день. В дальнейшем этот режим, подвергшийся изменениям, рекомендовался многими клиницистами, как за границей (Кенгартц, Якоби, Гюшар и др.), так и у нас (Боткин, Иноземцев, Сиротинин). В последнее время изучением этого вопроса занимается ряд авторов (Шрот, Ноорден, Певзнер и др.).

Молоко, как известно, прекрасно ассимилируется, дает мало неусваиваемых остатков, и продукты его усвоения наименее ядовиты. Благодаря этим свойствам, молоко доводит до минимума работу переваривания в желудочно-кишечном тракте и уменьшает ядовитость кишечного содержимого. Таким образом, при молочном режиме отравление организма понижается до минимума. Кроме того, молоко обладает ясным мочегонным действием, благодаря входящим в его состав воде, солям и лактозе. Это—естественное нераздражающее мочегонное. Наконец, молоко бедно поваренной солью, в нем всего 1,3—1,8 хлористого натра на литр.

Веским основанием для лечения таким режимом являются нарушения общего и межуточного обмена у больных с сердечной декомпенсацией, что иллюстрируется рядом как иностранных (Эппингер, Киш, Папп и др.), так и русских работ (Плетнев, Сокольников, Артынов). Плетнев предложил для таких больных с функциональной недостаточностью печени термин гепатокардиальная недостаточность, отмечая, что в общей симптоматике играет роль не только недостаточность органов кровообращения в узком

смысле слова, но и явления гепатотоксикоза. Недостаточностью печени Плетнев и объясняет пользу карелевской и ей подобных диет. Здесь будет уместно вспомнить опыты Павлова и Ненцкого, в которых собаки с экковским свищом отлично выживают, если их кормить молоком, и гибнут при мясной и смешанной пище. Следовательно, назначая больному молочный режим, мы даем ему пищу, оставляющую при переваривании в кишечнике наименее ядовитые продукты, чем облегчается работа печени, да и отравление сердца уменьшается до минимума.

Наблюдения над действием видоизмененного карелевского режима при сердечной декомпенсации мы ведем с 1926 года.

Лечение мы начинаем с 600 куб. см молока, по 100 куб. см. через 2 часа. Ежедневно прибавляем 100 куб. см и доходим до 900—1000 куб. см молока в день. С 4—5 дня постепенно прибавляем хлеб, сахар, яйца, каши, масло, кисели, мясо и пр. Приближительно схему видоизмененного карелевского режима можно представить в таком виде (см. стр. 38—39).

Всего проведено на таком лечении 291 человек. По полу: мужчин 188, женщин 103. По возрасту: до 20 лет—12, от 20 до 30 л.—88, от 30 до 40 л.—121, от 40 до 60 л.—50 и старше 60 лет—20 человек.

Больные распределялись по диагнозам следующим образом: поражения митрального клапана—105 чел., комбинированные пороки сердца—60 чел., кардиосклероз—57 чел., гипертония—21 ч., ожирение сердца—19 чел., так наз. пульмональное сердце—29 ч.

У многих больных декомпенсация наступает 2—3, а у некоторых 4 раза. По длительности декомпенсации больных можно разбить на следующие группы: до 3 мес.—102 ч., от 3 до 6 мес.—130 чел. и выше 6 мес.—59 человек. Многие больные проводили медикаментозное лечение в больницах или на дому, но совершенно безрезультатно.

Большое значение мы придаем назначению молока малыми порциями. При жажде разрешаем полоскать рот водой или оставляем $\frac{1}{2}$ стакана молока на весь день для утоления жажды маленькими порциями.

Почти все больные переносили режим хорошо. У некоторых чувство голода на 3—4-й день сменялось анорексией. Иногда плохо переносили режим лица старческого возраста, и некоторым из них приходилось менять схему лечения.

Часть наших больных дала прекрасный результат без медикаментозной терапии от назначения видоизмененной карелевской диеты при полном покое. Другая часть одновременно с вышеописанной диетой пользовалась фармакотерапией. У больных последней группы от назначения одного видоизмененного карелевского режима мы не получали эффекта. Одно же медикаментозное лечение также не приводило к положительному результату. У нас сложилось мнение, что молочный режим создает такое состояние, на фоне которого оказывается действительной медикаментозная терапия. Результаты от лечения видоизмененным карелевским режимом получились прекраснейшие. Больные, лежавшие несколько

	8 ч. утра	10 час.	12 час.	2 часа	4 часа	6 час.	8 час.	10 час.	12 час.
1	100 гр. МОЛОКА	100 гр. МОЛОКА	100 гр. МОЛОКА	100 гр. МОЛОКА	100 гр. МОЛОКА	100 гр. МОЛОКА	—	—	—
2	"	"	"	"	"	"	100 гр. МОЛОКА	—	—
3	"	"	"	"	"	"	"	100 гр. МОЛОКА	—
4	100 гр. МОЛОКА, и 25 гр. ХЛЕБА без соли	"	"	"	"	"	100 гр. МОЛОКА и 25 гр. ХЛЕБА без соли	100 гр. МОЛОКА	100 гр. МОЛОКА
5 и 6	100 гр. МОЛОКА, 50 гр. ХЛЕБА без соли и 15 гр. САХАРА	100 гр. МОЛОКА	100 гр. МОЛОКА	100 гр. МОЛОКА и 25 гр. ХЛЕБА	100 гр. МОЛОКА	100 гр. МОЛОКА	100 гр. МОЛОКА, 50 гр. ХЛЕБА и 15 гр. САХАРА	100 гр. МОЛОКА	100 гр. МОЛОКА

7, 8 и 9	100 гр. молока, 1 яйцо, 50 гр. хлеба без соли, 15 гр. сахара	"	"	100 гр. мо- лока, 15 гр. каша, 15 гр. масла	"	"	100 гр. мо- лока, 50 гр. хлеба без соли, 15 гр. сахара	"
10, 11, 12	100 гр. молока, 60 гр. хлеба, 1 яйцо, 15 гр. сахара	"	"	100 гр. мо- лока, карт. пюре, 15 гр. масла	"	"	100 гр. мо- лока, 1 яйцо, 50 гр. хлеба	Фрукт. сѣб, 15 гр. сахара
13— 17	100 гр. молока, 1 яйцо, 75 гр. хлеба, 15 гр. сахара	100 гр. молока, карт. пюре, 15 гр. масла	100 гр. молока, ябло, пюре, 10 гр. сахара	100 гр. мо- лока, 50 гр. хлеба, 50 гр. кур. или тел. мяса	100 гр. молока	100 гр. молока	100 гр. мо- лока, 50 гр. хлеба, 1 яй- цо, 15 гр. масла	100 гр. молока
18 21	100 гр. молока, 75 гр. хлеба, 1 яйцо, 15 гр. сахара	100 гр. молока, пюре из фрук- тов с сахаром, 25 гр. хлеба	100 гр. молока, 25 гр. хлеба, карт. пюре или рис. каша	100 гр. мо- лока, 50 гр. хлеба, 50 гр. мяса, 15 гр. масла	"	"	100 гр. мо- лока, 50 гр. хлеба, 1 яй- цо, 15 гр. масла	"
22— 28	100 гр. молока, 100 гр. хлеба, 1 яйцо, 15 гр. масла	100 гр. молока, протер, яблоки, 20 гр. сахара	100 гр. молока, 50 гр. хлеба, морков. или картоф. пюре	100 гр. мо- лока, 50 гр. хлеба, мясо, кисель, са- хар	"	"	100 гр. мо- лока, 2 яйца, 50 гр. хлеба, 15 гр. масла	—

месяцев отечными, буквально оживали за несколько дней. Уже на 2—3-й день резко усиливался диурез, который доходил до 3—4 литров за сутки. Больные теряли в весе до 20 кг. У больных на 3—5-й день совершенно исчезали отеки, проходили одышка и кашель, резко уменьшался цианоз, и они спокойно проводили ночь во сне. Уменьшалась печень, постепенно проходили явления застоя в других внутренних органах. Учащенный, лабильный, иногда аритмичный пульс приближался к норме, границы сердца уменьшались, менялись аускультативные данные со стороны сердца.

В 100 случаях мы получили превосходный результат от назначения одного видоизмененного карелевского режима. Уже на 2—3-й день у больных начиналась настоящая полиурия с быстрым всасыванием отеков, улучшением самочувствия и постепенным исчезновением всех явлений нарушенной компенсации. 57 больных этой группы потеряли в весе от 2 до 8 кг, 43—от 8 до 18 кг. У 76 больных поперечник сердца уменьшился на 1—4 см. Размеры печени уменьшились у 90 чел. от 2 до 6 см.

Для иллюстрации приведу несколько историй болезни:

1. Больной 36 л. Всего болен 14 лет. Последние 5 мес. находится в постели. Лечился медикаментами, но безрезультатно. Явления тяжелой сердечной декомпенсации: вынужденное сидячее положение, резкий цианоз, резкая одышка, кашель, асцит, отеки тела. Пульс 100 в 1', границы относительной тупости сердца вправо на 2 пальца от правой груд. линии, левая на передней аксиллярной линии. При аускультации глуховатые тоны, систолический шум на верхушке. В легких застойные явления. Печень выходит из подреберья на 6 см. Диурез 500 куб. см. Назначен видоизмененный карелевский режим и полный покой. На 2-й день лечения диурез 3000 куб. см, одышка и кашель значительно уменьшились, отеки значительно меньше, лучшее самочувствие, ночью спал. На 3-й день диурез 3500 куб. см, одышка, кашель и цианоз незначительные, пульс 70 в 1', дыхание 24 в 1'. На 4-й день лечения диурез 3800 куб. см, отеков нет, хорошее самочувствие, хороший сон, в легких явления застоя почти прошли, дыхание 20 в 1'. Пульс 68 в 1', систолический и пресистолический шумы на верхушке, печень выходит из подреберья на 3 см, асцита нет. На 8-й день лечения пульс 66 в 1', границы сердца уменьшились на 4 см, печень прощупывается у реберного края. Выписался на 28-й день в хорошем состоянии. Потерял в весе 17 кг.

2. Больная 26 лет. Явления тяжелой декомпенсации: вынужденное сидячее положение, резкий цианоз, одышка, кашель, отеки всего тела. Пульс 110 в 1', аритмичный. Границы относительной тупости сердца: правая на 1 палец кнаружи от правой стеральной линии, левая по передней аксиллярной линии, верхняя—2 межреберье. При аускультации 2 шума на верхушке. Явления застоя в легких. Печень выходит из подреберья на 3 пальца. Диурез 600 куб. см в сутки. Назначен видоизмененный карелевский режим. На 2-й день лечения суточный диурез 2800 куб. см, самочувствие значительно лучшее, одышка и кашель уменьшились, отеки уменьшились, ночь провела во сне. На 3-й день диурез 3200 куб. см, одышка и кашель почти не беспокоят больную, отеки незначительные, пульс 80 в 1', дыхание 20 в 1'. На 4-й день лечения диурез 3570 куб. см, отеков почти нет, хорошее самочувствие, сон

хороший, пульс 70 в 1', систолический и пресистолический шумы на верхушке, печень выходит из подреберья на 1 палец. На 5-й день лечения хорошее самочувствие, отеков нет, пульс 65 в 1', явления застоя в легких почти исчезли. На 9-й день границы сердца уменьшились на 4—5 см, печень почти не прощупывается, отеков нет. Пролежала в постели 4 недели. Потеряла в весе 18 кг.

К сожалению, такой блестящий результат от лечения одним видоизмененным карелевским режимом получался не всегда. В 106 случаях мы получили превосходный результат от применения комбинированного лечения: видоизмененного карелевского режима и медикаментозной терапии (большей частью *P. fol. digit.* 0,1, *diuretini* 0,3—3 пор. в день). В эту группу вошли тяжелые случаи сердечной декомпенсации. У больных этой группы декомпенсация наступает 3—4-й раз. При таком комбинированном лечении самочувствие больных резко улучшалось, почти исчезала одышка, усиливался диурез, совершенно исчезали отеки. 45 больных потеряла в весе от 5 до 10 кг и 61—от 10 до 19 кг. У 73 больных размеры печени уменьшились на 1—6 см. У 67 больных поперечник сердца уменьшился на 1—5 см. Диурез доходил до 3—3,5 литров в сутки.

Приведу один случай.

Больная 40 лет. Явления тяжелой декомпенсации: вынужденное сидячее положение, резкая одышка, резкий цианоз, кашель, бессоница, отеки всего тела, асцит. Находится в постели около 6 мес. Пульс 88 в 1', неравномерный по интервалам и неодинаковый по силе. По сравнению с числом сердечных сокращений дефицит 20—30 в 1'. Границы сердца расширены, глухие тоны, систолический шум на верхушке. Явления застоя в легких. Печень выходит из подреберья на 4 пальца. Диурез 500 куб. см в сутки. Назначен видоизмененный карелевский режим и 3 пор. в день *p. fol. digit.* 0,1, *diuretini* 0,3. На завтра суточный диурез 2500 куб. см, значительно лучшее самочувствие, одышка, и кашель уменьшились, ночью несколько часов спала. На 3-й день диурез 3200 куб. см, одышка, цианоз и кашель незначительные, отеки значительно уменьшились. На 4-й день лечения диурез 3600 куб. см, отеки незначительные, хороший сон, хорошее самочувствие, пульс 72 в 1', хор. наполнения и напряжения, дефицита нет.

На 5-й день отеков нет, явления застоя в легких почти прошли, печень выходит из подреберья на 2 пальца. Систолический шум на верхушке, глуховатые тоны. На 10-й день лечения границы сердца уменьшились на 4 см, печень выходит из подреберья на 1 палец, асцита нет, явления застоя в легких прошли. Пролежала в постели 4 недели. Потеряла в весе 15 кг. Выписалась в хорошем состоянии.

В 52 случаях при комбинированном лечении диетой и медикаментами мы получили большее или меньшее улучшение, выразившееся в улучшении самочувствия, уменьшении одышки и исчезновении отеков.

В 33 случаях мы не получили эффекта как от молочного режима, так и от комбинированного лечения диетой и медикаментами. В эту группу вошли больные с далеко зашедшими изменениями органов, случаи, осложненные пневмонией и т. д.

На описанном режиме больные находились 14—28 дней. Эффективность при таком лечении обычно выявлялась в первые 3—6 дней. В случаях, где никакого эффекта в течение этого времени не наступало, ожидать его в дальнейшем без одновременного применения медикаментозной терапии вряд ли возможно.

Особенно нужно рекомендовать видоизмененный карелевский режим при лечении сердечной декомпенсации у больных с избыточным питанием.

Полученные данные дают мне возможность притти к заключению, что видоизмененный карелевский режим (иногда в комбинации с медикаментами) при лечении сердечной декомпенсации дает хороший терапевтический результат.

Литература. 1. Мюллер, Введение в учение о питании здорового и больного человека, ГИЗ, 1926. — 2. Певзнер, Рациональное и лечебное питание, Биомедгиз, 1935.—3. Певзнер, Клинич. медицина № 11—12, 1934 г.—4. Плетнев, Клиническая медицина № 19—20, 1930. — 5. Плетнев, Клиническая медицина № 15—16, 1933. — 6. Плетнев, Клиническая медицина № 1, 1934. — 7. Плетнев и Сокольников, Кл. медицина № 9, 1934.—8. Розенфельд, Диаг. лечение, ГИЗ, 1928. — 9. Сокольников и Ретинский, Кл. медицина № 15—16, 1933.—10. Цондек, Лечение болезней сердца, ГИЗ, 1929.—11. Фогельсон, Болезни сердца и сосудов, Биомедгиз, 1935. — 12. Лурье, Рыжковская, Могренко, Либерман, Кл. мед. № 10, 1934.—13. Eppinger, Kisch, Schwarz, Das Versagen des Kreislaufs, Берлин, 1927.

Из 2-й терапевтической клиники Саратовского медицинского института
(дир. проф. Н. С. Троицкий).

К КЛИНИКЕ И ЦИТОЛОГИИ ГЕМОТОРАКСА.

П. И. Шамарин.

Кровоизлияния в полость плевры чаще всего бывают на почве травматического повреждения кровеносных сосудов грудной клетки, плевры, легкого, средостения. При отсутствии предшествующей травмы кровоизлияния в полость плевры могут быть или вследствие заболеваний органов грудной клетки, влекущих за собой нарушение целости кровеносных сосудов — туберкулез, новообразование, или вследствие общей кровоточивости при геморрагических диатезах, скорбуте. Иногда наблюдается кровянистый выпот у кахетических лиц и изредка при нефритах.

На практике, даже в клинической обстановке, всякий кровянистый выпот ассоциируется прежде всего и чаще всего с наличием новообразования или туберкулеза, и забываются другие причины. Между тем, правильное распознавание причины гемоторакса способствует правильному лечению, дает больше оснований для пра-