

1. Арсеньева М. Г. и соавт. *Акуш. и гинек.*, 1967, 4.—2. Бернштейн Л. М. *Вопр. онкол.*, 1967, 9.—3. Дильман В. М. Старение, климакс и рак. *Медицина*, Л., 1968.—4. Изаболинская Р. М., Чеботарев Е. Е. *Врач. дело*, 1953, 6.—5. Ирде А. А. и соавт. В кн.: *Гормонотерапия злокачественных опухолей*. Медицина, М., 1968.—6. Костина Л. И. *Тр. II Всесоюз. конф. онкологов*, Л., 1959.—7. Крупко-Большова Ю. А. Морфологические изменения яичников и содержание половых гормонов у больных раком матки. Авторев. канд. дисс., Киев, 1953.—8. Лазарев Н. И. Теоретические основы профилактики и терапии дисгормональных опухолей. *Медгиз*, М., 1963.—9. Нугманов С. Н. и соавт. В кн.: *Профилактика, диагностика и комплексные методы лечения рака тела матки*. Медицина, Л., 1968.—10. Ульянова А. И. *Акуш. и гинек.*, 1964, 4.—11. Nieburgs H. E., Augusta A. *Am. J. Obst. Gynec.*, 1951, 62, 1, 93—101.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.24—002.5—615.361.45

Канд. мед. наук Р. И. Слепова, Д. Х. Фаткуллина (Казань). Электрофорез гидрокортизона в комплексном лечении больных туберкулезом легких

Многие отечественные и зарубежные авторы сообщают об успешном применении гормональных препаратов в комбинации с антибактериальными и химиопрепаратами при различных формах туберкулеза. В терапии туберкулеза используется способность кортикостероидов уменьшать воспалительные и аллергические реакции, тормозить развитие соединительной ткани, нормализовать обмен у больных с гипофункцией надпочечников. Наибольший эффект кортикостероидные гормоны дают при экссудативных формах туберкулеза легких с выраженными перифокальными инфильтративными явлениями и при острых серозитах. Гормональные препараты при лечении туберкулеза применяют перорально или парентерально; работ по изучению их введения с помощью электрофореза нам не встретилось, поэтому мы решили выяснить их действие при таком способе введения.

1 мл гидрокортизона растворяли в 10 мл 1% раствора новокаина в 96° спирте. Этим раствором смачивали прокладку положительного электрода. Другой электрод, смоченный 2% раствором КВч, накладывали на область шейных нижних и 1—4-х верхних грудных позвонков и вводили с отрицательного полюса. Процедуру проводили ежедневно по 15—25 мин. при силе тока 15—20 мА. В начале исследования на курс лечения назначали 10 сеансов. В процессе наблюдения оказалось, что лучший эффект получается при применении 20—25 процедур.

Мы наблюдали 113 больных (36 женщин и 77 мужчин) с различными формами туберкулеза легких: 20 — с очаговой, 16 — с гематогенно-диссеминированной, 47 — с инфильтративно-пневмонической, 15 — с фиброзно-кавернозной, 5 — с туберкуломой. У 9 больных был бронхоаденит и у 1 — первичный комплекс.

До назначения электрофореза гидрокортизона все больные получали стрептомицин, тубазид, ПАСК, а 13 — также этионамид или циклосерин. 74 больных лечились до года, 39 — более года. К моменту назначения электрофореза у всех больных процесс был в фазе инфильтрации.

У большинства больных при поступлении в стационар отмечались выраженные симптомы интоксикации, сочетающиеся с патологическими сдвигами со стороны крови.

У 68 больных процесс был относительно свежим или было обострение со значительными инфильтративными изменениями в легких. У 48 больных этой группы антибактериальная терапия дала хороший результат, и электрофорез гидрокортизона назначали для ускорения процессов рассасывания. У 20 больных антибактериальная терапия была менее успешной, и электрофорез гидрокортизона присоединяли для повышения эффекта лечения. Такая сочетанная терапия позволила довольно быстро получить у 42 больных благоприятный эффект со значительным рассасыванием инфильтративных изменений в легких в течение 3—4 недель. У 26 больных рассасывание протекало медленнее, но все же отчетливо определялось. У 13 больных с давностью заболевания более 4—5 месяцев было торпидное течение процесса. У 5 больных добавление гидрокортизона с помощью электрофореза стимулировало процесс рассасывания. У 8 больных улучшения не было достигнуто (у 2 — с туберкуломой, у 4 — с фиброзно-кавернозным и у 2 — с вяло текущим очаговым туберкулезом). Таким образом, назначение электрофореза гидрокортизона лицам с давностью заболевания свыше 4—5 месяцев при вяло текущих процессах не приводило к столь выраженному

эффекту, как при раннем присоединении гормонотерапии. Однако ускорение рассасывания инфильтративных изменений у 5 больных из 13 оправдывает, на наш взгляд, применение этого метода и у больных данной группы.

Присоединение электрофореза гидрокортизона дало положительный результат у 73 больных (90%). Выраженное улучшение со значительным исчезновением симптомов интоксикации, рассасыванием перифокальных, очаговых изменений, уменьшением размеров полостей распада наступило у 29 больных (36%), улучшение с исчезновением явлений интоксикации, умеренным уменьшением воспалительных изменений при отсутствии заметной динамики со стороны полостей распада — у 52.

Учитывая ощутимую пользу от гормональной терапии при поражении серозных оболочек, мы назначили электрофорез гидрокортизона также 9 больным плевритами с давностью процесса от недели до 2—3 месяцев. Экссудат рассасывался в течение 1—4 недель. Наилучший эффект был получен при остром плеврите. У 1 больного с давностью плеврита 3 месяца и значительными изменениями в легких рассасывания экссудата не было достигнуто.

Терапия гидрокортизоном в виде электрофореза проводилась нами у 13 больных с послеоперационными осложнениями, в основном плевритами, а также с тяжелым течением заболевания в послеоперационном периоде. У 5 больных была бисегментэктомия, у 4 — лобэктомия, у 3 — билобэктомия и у 1 — пульмонэктомия. У 11 больных лечение привело к быстрому улучшению, снятию явлений интоксикации, нормализации температуры в течение первых 3—4 суток. Экссудат рассасывался в среднем за 10—13 дней. У 2 больных с послеоперационными осложнениями (у 1 после лобэктомии и у 1 после билобэктомии) наступило незначительное улучшение, однако экссудат полностью не рассосался.

Каких-либо побочных явлений мы в своих исследованиях ни разу не отметили, что связано, по-видимому, с медленным поступлением гидрокортизона в кровь в небольших дозах.

УДК 616.13—004.6—616.134.91

Р. Ш. Шакуров, Т. Г. Грицких (Казань). Распространенный атеросклероз с выраженными спинальными нарушениями

Нарушение кровообращения спинного мозга встречается чаще, чем принято думать, и в последние годы привлекает все большее внимание исследователей. Причиной его могут быть дегенеративно-дистрофические изменения межпозвоночных дисков и позвонков, патологии аорты и сосудов спинного мозга и изменения тканей, окружающих сосуды спинного мозга.

При инсультообразном развитии процесса с последующим регрессированием диагноза не вызывает затруднений. Но при хронической сосудистой миелопатии с неуклонным прогрессирующим течением могут быть трудности в дифференциации с органическими прогрессирующими процессами центральной нервной системы. Нарастающий нижний спастический парализ спинального характера может быть принят иногда за церебральный процесс с поражением передних мозговых артерий с двух сторон. Приводим наше наблюдение.

Б., 64 лет, поступил 10/XI 1969 г. с жалобами на слабость и затруднение движений в ногах, головные боли, снижение памяти, непроизвольный смех и плач. В течение 7 лет страдал артериальной гипертензией. В 1966 г. стал ощущать слабость в ногах, которая постепенно и неуклонно нарастала. С 1968 г. не может самостоятельно ходить. 6 месяцев назад появились насильственный смех и плач.

Общее состояние удовлетворительное. Со стороны черепномозговых нервов патологии не выявлено. Снижены поверхностные виды чувствительности проводникового характера с L₂ сегмента. Объем активных движений верхних конечностей полный. Сила мышц в руках удовлетворительная. Нижний спастический парализ. Правую ногу больной может поднять на 20 см от постели, левую — на 10 см. Движения в коленных и голеностопных суставах ограничены, больной ходит с посторонней помощью. Походка спастико-паретическая. Проприоцептивные рефлексы с рук равномерно повышены, коленные и ахилловы спастичны, брюшные — живые с двух сторон, подожженные извращены. С рук вызывается аналог рефлекса Россолимо, рефлекс Вендеровича с двух сторон, со стоп — рефлексы Бабинского, Корнилова — Жуковского, Менделя — Бехтерева с двух сторон. Рефлексы орального автоматизма: ладонно-подбородочный, хоботковый и сосательный. Тонус мышц в руках умеренно повышен по пирамидному типу, несколько больше справа. В ногах тонус мышц резко повышен также по пирамидному типу. Снижена память, особенно на текущие события. Насильственный смех и плач. АД 190/100. Тоны сердца приглушены, пульс 80, единичные экстрасистолы. Дыхание везикулярное, ослабленное.

Соски зрительных нервов розовые, с четкими границами, сосуды резко сужены и склерозированы.

Анализ крови: Гем. 14,7 г%, Э. 5 750 000, Л. — 4900, п. — 5,5%, с. — 52%, э. — 0,5%, м. — 4,5%, л. — 37,5%, РОЭ 6 мм/час, холестерин — 250 мг%, лецитин — 152 мг%, общие липиды — 918 мг%, бета-липопротеиды — 488 мг%. Протромбин — 115%. Реакция Вассермана отрицательная. Моча без особенностей. На рентгенограммах грудного