

ва акушеров и гинекологов СССР, 1952.— 6. Лотис В. М. Нервная регуляция деятельности матки. Докт. дисс., М., 1955.— 7. Пророкова В. К. Токсикозы беременности. М., 1954.— 8. Ролле С. Д. Акуш. и гинек. 1945, 1.— 9. Уточникова Н. С. Лечение некоторых расстройств овариально-менструального цикла у женщин пересадкой яичниковой ткани. Докт. дисс., Л., 1955.

Поступила 11 апреля 1960 г.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Доц. К. Ф. Фомин

Клиника кожных и венерических болезней (и. о. зав.— доц. К. Ф. Фомин)
Сталинского ГИДУВа

Больные красной волчанкой требуют комплексной и вместе с тем строго индивидуализированной терапии. Однако здесь не должно быть строгого опыта терапии, напротив, необходимо полнее использовать возможности каждого метода в комбинированном применении различных средств, дополняющих друг друга.

В комплексной терапии больных красной волчанкой (118 человек) в клинике получили более широкое применение методы Прокопчука и Голлендера, инъекции биохинола, никотиновая кислота и др. По показаниям использовались также антибиотики и химиопрепараты (у 27), тканевая терапия (у 14), дробные гемотрансфузии (у 10), препараты мышьяка (у 15), витамин Д₂ (у 7), рефлекторная терапия, новокаиновая блокада; у 8 больных учтено положительное влияние только санации очагов пиогенной инфекции на течение болезненного процесса. Широкое применение получили вливания растворов гипосульфита, хлористого кальция, глюкозы, витамины, бромиды и другие десенсибилизирующие, симптоматические и общеукрепляющие средства в комплексе с обычными методами, применяемыми для лечения красной волчанки.

Из наружных (местных) способов лечения более широко применялись имбибиции (обкалывания) растворами акрихина с новокаином, хинина, стрептомицина, криотерапия (замораживание снегом угольной кислоты), фотозащитные пасты и мази, противовоспалительные примочки, пасты и др., причем наружному воздействию, как правило, предшествовало общее лечение.

Из 87 больных, получавших инъекции биохинола, клиническое излечение наблюдалось у 4, кроме того, у 2 от инъекций бисмоверола, значительное улучшение — у 19, улучшение — у 21.

Различные побочные явления и обострения болезненного процесса при лечении биохинолом отмечены у 29 чел. (повышение температуры — у 3, боли в суставах — у 2, жжение, зуд, усиление гиперемии в очагах, появление новых очагов — у 24 больных). Все это позволяет высказаться за более осторожное применение биохинола, и только по показаниям.

Из 87 больных, леченных по методу Прокопчука¹, клиническое излечение наступило у 12, значительное улучшение — у 19. Побочные явления наблюдались у 18 больных (бессонница — у 2, головные боли — у 4, сердцебиения — у 2, общая слабость и снижение аппетита — у 2, зуд и болезненность в очагах — у 4, повышенная нервозность — у 2, боли в области желудка и рвота — у 2), как правило, быстро исчезающие при отмене препарата.

¹ В течение 10 дней принимается акрихин внутрь по 0,13 раза в день. Затем перерыв 5—10 дней и еще 2—3 таких цикла с перерывами.

По способу Голлендера¹ лечилось 39 человек с полным клиническим излечением у 2, значительным улучшением — у 14, улучшением — у 10.

При назначении хинина у 9 человек также наблюдались те или иные побочные явления, в том числе понижение слуха (у 2), головные боли (у 2) и др.

После применения никотиновой кислоты (у 39 больных) отмечено клиническое выздоровление у 5, значительное улучшение — у 14, улучшение — у 10. Побочных явлений не наблюдалось.

Подытоживая приведенные результаты терапии, следует отметить, что в литературе (Л. Н. Машкиллейсон, 1957 и др.) имеется явная переоценка эффективности некоторых общих методов лечения красной волчанки (инъекции биохинола, метод Голлендера и др.), и тем более это не соответствует современным установкам о комплексной терапии, в сочетании методов общего и местного воздействия.

Как правило, наблюдается более быстрое излечение центробежной формы и начальных стадий дискоидной красной волчанки, но ни один из приведенных методов большей частью не предотвращает рецидивов.

Из других методов общего лечения необходимо отметить применение противотуберкулезных средств (стрептомицина, ПАСК, фтивазида) и некоторых антибиотиков (пенициллина и др.). Так, из 21 больного, леченного противотуберкулезными средствами, получено клиническое излечение у 2 и значительное улучшение — у 14, у 1 отмечено ухудшение от приемов ПАСК.

Тканевая терапия, по нашим данным, может быть использована в комплексной терапии как метод неспецифической биостимуляции в наиболее упорных случаях дискоидной красной волчанки.

Гемотрансфузии дробными дозами заслуживают внимания как надежный вспомогательный метод стимулирующей терапии. Так, из 9 больных с упорными формами заболевания применение гемотрансфузий способствовало клиническому излечению у 8. У части больных повторные гемотрансфузии позволили более успешно применить другие методы терапии.

По показаниям (наличие очагов пиогенной инфекции и др.) применялись инъекции пенициллина. Применение больших доз пенициллина (до 10 млн.) у 8 человек дало значительное улучшение у 6, улучшение — у 1. Кроме того, назначение антибиотиков по показаниям может служить хорошим фоном для других методов общего и местного лечения.

Спонтанное клиническое излечение наблюдалось у 7 чел., что, безусловно, заслуживает внимания и требует более углубленного изучения.

Рефлекторная терапия в виде проводниковой новокаиновой блокады ветвей тройничного нерва (так называемая мандибулярная блокада) и верхнего шейного симпатического узла (от 3 до 12 блокад 0,25—0,5% раствором новокаина) была применена у 7 больных. Непосредственный эффект в виде устранения гиперемии, рассасывания инфильтрата отмечен после новокаиновой блокады второй ветви тройничного нерва у 1 больного и еще у 1 после блокады верхнего шейного симпатического узла. У 5 других больных отмечалось лишь частичное рассасывание инфильтрата, но при этом заметно устранялись субъективные ощущения (зуд, жжение, болезненность), исчезали головные боли, улучшались аппетит, сон.

Из различных известных методов местного лечения необходимо выделить своей простотой, доступностью и эффективностью имбибицию (пропитывание) тканей очагов 3—5% раствором акрихина на 0,25—

¹ Назначается солянокислый хинин (по 0,25 2 раза в день) с последующим (через 10 минут) смазыванием очагов поражения йодной настойкой (5—10%).

0,5% растворе новокаина. Впервые в нашей стране методика впрыскивания раствора акрихина при болезни Боровского была предложена Н. В. Добротворской (1938).

В клинике им. А. А. Боголепова методика имбибиций раствором акрихина широко применяется с 1949 г. Вначале обкалывания очагов производились 2—3% раствором, затем 3—5% раствором акрихина с новокаином.

Имбибция раствором акрихина является дополнительным методом наружного (местного) воздействия, применяемого, как правило, на фоне предшествующей общей терапии красной волчанки. В числе подготовительных мероприятий нередко применяются и местные противовоспалительные средства (примочки, индифферентные пасты, присыпки и т. п.) для уменьшения воспалительных явлений.

Важнейшим условием имбибиций, как и другой активной местной терапии, является максимальное ослабление предшествующим общим и местным лечением воспалительной реакции в очагах. Не следует применять активную некротизирующую или прижигающую терапию (имбибции, криотерапию и др.) при яркой гиперемии в очагах (преобладание сосудистой реакции), особенно заметной в периферической части, так как нанесение дополнительного раздражения способствует лишь усилению основной воспалительной реакции и тем самым создает условия для периферического роста и распространения очагов. Совершенно очевидно, что большая часть неудач от различных методов активной местной терапии в значительной степени объясняется игнорированием важнейшего показателя — степени воспалительной реакции в очаге. Именно этим, пожалуй, можно объяснить разноречивые данные по эффективности одних и тех же методов наружной терапии.

Обычно накануне готовится стерильный 10% раствор акрихина. Перед употреблением его необходимо подогреть на водяной бане до полного растворения осадка. Затем нужное количество раствора разбавляется пополам стерильным теплым 0,5% раствором новокаина. Таким образом получается готовый 5% раствор акрихина на 0,25% новокаине. Во избежание чрезмерно глубокого некротизирующего действия (резкой гиперемии, отека), особенно у молодых женщин с нежной кожей, или при индивидуальной повышенной чувствительности, вначале применяется 3% раствор акрихина на новокаине. В дальнейшем, по показаниям, мы пользовались, как правило, 5% раствором акрихина. Здесь же следует отметить, что принятые нами концентрации раствора акрихина позволяют обычно получить нужную степень поверхностного некроза в пределах инфильтрата, с последующим формированием плотной корки, по отпадению которой наблюдается рубцевание. Степень эффективности и надежность применения имбибиций в лечении красной волчанки во многом зависят от точного соблюдения методики, некоторых ее технических моментов.

Перед началом имбибиций весьма целесообразно мазевыми компрессами устранить явления гиперкератоза.

Игла вкалывается в краевую часть очага, строго интрадермально, то есть непосредственно в толщу инфильтрата (нельзя подкожно!) и под давлением поршня с некоторым усилием вводится раствор акрихина с новокаином до получения волдыря. Затем иглу извлекают и, вновь вколов ее в край первого волдыря, вводят раствор акрихина до получения нового волдыря, который сливается с первым. Таким образом, последовательно производится пропитывание участка размером до 5-копеечной монеты наподобие поверхностной (внутрикожной) анестезии. За одну процедуру обычно расходуются от 1,5 до 3 мл раствора. При обкалывании очага наблюдается незначительное капиллярное кровотечение, легко устраняемое марлевым тампоном. Резкая, как бы прижигающая болезненность, возникающая в первый момент введения жидкости, затем быстро прекращается от анестезирующего действия новокаина и больше не беспокоит больного, так как последующие вкалывания иглы производятся в краевую анестезированную часть волдыря. По окончании имбибции на очаг накладывается легкая (без ваты) сухая стерильная повязка на время, необходимое для образования сплошной компактной корки. В дальнейшем, по мере уплотнения (мумификации) корки, повязка снимается, и мы ожидаем самопроизвольного отторжения корки, под которой к этому времени наблюдается рубцевание. Мы решительно возражаем против раннего насильственного удаления корок с имбибированных очагов наложением мазевых компрессов, так как рубцовое замещение в этих случаях идет, как правило, значительно медленнее и образуется более грубый рубец.

Раствор акрихина вызывает реактивные явления в основании и вокруг очага в виде отека, особенно заметного на лице, почти полностью исчезающего к концу вторых суток.

Дальнейшие обкалывания соседних очагов производятся через 2—3 дня, то есть по стихании реактивных явлений от первого обкалывания и после появления корки. Для полного рубцового замещения очага, в зависимости от его глубины и технических моментов самой имбибции, иногда необходимо повторное обкалывание одних и тех же очагов до 2—3, а в отдельных случаях — до 7—10 раз. Однако повторные обкалывания, в отличие от первых, производятся лишь на отдельных островках сохранившегося инфильтрата.

Всего подверглось лечению методом имбибиций (обкалываний) очагов 55 больных красной волчанкой (мужчин 20, женщин 35). До 20 лет было 8, от 21 до 40 лет — 37 и свыше 40 лет — 10 чел. С дискоидной красной волчанкой лечилось 46 чел., с центробежной — 9.

Однократные имбибиции очагов произведены у 31 больного, двукратные — у 4, до 5 имбибиций — у 3, свыше 5 — у 6, а у отдельных больных с массивным инфильтратом и гиперкератозом для получения клинического излечения потребовалось до 10 имбибиций одних и тех же очагов.

Полное клиническое излечение отмечено у 33, значительное улучшение — у 8, незначительное улучшение — у 8, без изменений болезненный процесс остался у 4, наблюдалось ухудшение — у 2 больных.

Итак, данные, приведенные в нашей работе, подтверждают высокую эффективность метода имбибиций раствором акрихина с новокаином и его неоспоримые преимущества перед другими известными способами наружного (местного) лечения красной волчанки. По простоте, доступности и эффективности, при строгом соблюдении методики, обкалывания очагов раствором акрихина могут быть широко рекомендованы для местного лечения больных дискоидной формой красной волчанки в стационарных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов В. Я., Вайнберг С. Б., Журавская Н. В. Тез. докл. 5-го Всесоюз. съезда дермато-венерологов, Л., 1959.— 2. Машкиллейсон Л. Н. Лечение и профилактика кожных болезней. М., 1957.— 3. Рахманов В. А. и Ксанфопуло П. И. Вестн. венер. и дермат., 1956, 4.— 4. Смелов Н. С., Киселева М. Л., Хрунова А. П., Трофимова Л. Я. и Акопян А. Т. Тез. докл. 5-го Всесоюз. съезда дермато-венерологов. Л., 1959.

Поступила 26 марта 1960 г.

О ДИАГНОСТИКЕ СОВРЕМЕННЫХ ЛЕГКИХ ФОРМ БРЮШНОГО ТИФА

К. Ф. Ветлугина

Кафедра инфекционных болезней (зав.— доц. А. П. Возжаева) Астраханского медицинского института

Для выполнения задачи ликвидации брюшного тифа знание его современных особенностей необходимо.

Современные формы клинического течения брюшного тифа значительно отличаются от прежних, поскольку рост экономического и санитарно-гигиенического благополучия страны, широкое проведение профилактических прививок резко изменили клиническую картину тифопаратифозных заболеваний в сторону преобладания более легких форм, эпидемиологическая роль которых, однако, велика.

Поэтому изучение вопроса о диагностике легких форм тифопаратифозных заболеваний приобретает большое значение.

Для выявления особенностей клинического течения современного брюшного тифа нами изучен клинический материал за 1954—56 гг., относящийся к 1454 больным тифопаратифозными заболеваниями. Из них больных брюшным тифом 1402, паратифом А — 22, паратифом В — 30.

По тяжести заболевания наши больные распределялись следующим образом: