

начала ходить. Выписалась в хорошем состоянии. До настоящего времени чувствует себя хорошо, выполняет тяжелую физическую работу. Ранее безуспешно лечилась антибиотиками, салицилатами и физиотерапевтическими процедурами.

При бронхиальной астме эффект оказался в большинстве случаев нестойким. Как только прекращалось введение гормонов, через несколько дней вновь возникали приступы удушья, хотя, как правило, и меньшей силы, чем до лечения.

При активной фазе ревматизма отмечались быстрое улучшение самочувствия, снижение температуры, исчезновение болей, припухлости и красноты суставов, нормализация картины крови, особенно РОЭ.

III. Б-ной Б., 35 лет, поступил 5/III-58 г. с жалобами на боли в суставах, потливость. Болен с 1948 г. Заболеванию связывает с простудой. Лечился в больницах. Последнее обострение возникло 10 дней назад. Температура повысилась до 39°, появились резкие боли в суставах, краснота, припухлость и резкая болезненность в них. Была потливость. Из-за болей в суставах обездвижен.

При поступлении: положение пассивное, сознание ясное, обездвижен, температура — 39°, суставы припухшие, гиперемированы, движения в них резко болезненны. Со стороны органов дыхания, кровообращения, пищеварения патологии не найдено.

В моче следы белка и единичные неизмененные эритроциты. Анализы кала и мочи, данные ЭКГ и рентгенисследования — без особенностей. Кровь: Нв — 83%, РОЭ — 50 мм/час, Л. — 8 200, п. — 2%, с. 71%, л. — 24%, м. — 3%.

Диагноз: ревматизм в активной фазе (3-я атака).

Б-ной получал АКТГ по 45 ед. в сочетании с пенициллином. Через день температура упала до нормы, начали быстро исчезать боль в суставах, припухлость, краснота; еще через день начал ходить и от постельного режима отказался.

Неэффективным было лечение гормонами у 6 больных ревматизмом с тяжелой хронической сердечно-сосудистой недостаточностью III степени.

При болезни Верльгофа (9 больных) мы от гормонотерапии не видели хорошего результата. Лишь у 3 больных можно было отметить некоторое уменьшение геморрагических проявлений.

При болезни Симмондса мы получили у 2 больных (из четырех) хороший результат. На хороший эффект можно при этом заболевании рассчитывать, по нашему мнению, лишь в недалеком зашедших случаях и при еще сохранившейся функции надпочечников. Кортизонотерапия в этих случаях более эффективна, чем АКТГ.

При болезни Боткина (3 больных) АКТГ и кортизон дали хороший результат.

Хорошие результаты получены от гормонотерапии при хроническом колите, красной волчанке, нефрозе.

Из числа леченных АКТГ и кортикостероидами АД повысилось у 17 (8,5%), у 3 без какого-либо влияния на самочувствие. После отмены АКТГ АД через 4—7 дней приходило к норме без дополнительной терапии. У 11 (5,5%) больных АД во время лечения понизилось, в части случаев с 220/120 до 150/100. У 172 (86%) больных АД не изменялось.

Наблюдались общая пастозность, ожирение с элементами синдрома Иценко-Кушинга у 8 больных. После прекращения введения гормонов все явления исчезали без применения мочегонных средств.

Динамическое наблюдение за весом было проведено у 125 больных. Увеличение веса от 1 до 5 кг имело место у 78 больных. Снижение на эту же величину было у 17 и без изменения у 30 больных. У больной с нефрозом без мочегонных вес тела за 5 дней снизился на 10 кг при диете № 7.

У большинства больных при малых и средних дозах гормонов в формуле белой крови существенных изменений не наблюдалось. Ни у одного больного сахар крови не выходил за пределы физиологических норм.

Поступила 23 ноября 1959 г.

О ЗНАЧЕНИИ ДИНАМИЧЕСКОЙ БАЛЛИСТОКАРДИОГРАФИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА¹

Студ. В. А. Гефтер

Кафедра факультетской терапии (научный руководитель работы — канд. мед. наук А. П. Матусова) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

Об эффективности активных методов терапии сердечной недостаточности судят, как известно, по уменьшению клинических симптомов застойной декомпенсации: одышки, отеков, цианоза, а также застоя в легких и печени, нормализации венозного давления.

¹ Доложено на межинститутской студенческой научной конференции в Свердловске 6/IV 1959 г.

Однако эффективность терапии должна оцениваться не только по клинической картине, но и по показателям функционального состояния миокарда.

Это стало более доступным с введением в клиническую практику метода баллистокардиографии (БКГ) ¹.

Настоящее сообщение основано на изучении в течение двух лет 110 БКГ, снятых у 48 больных, из которых 26 страдали комбинированным митральным пороком сердца, 10 — кардиосклерозом с выраженной недостаточностью кровообращения и 12 — инфарктом миокарда (без развития в последующем сердечной недостаточности). Нами был использован многошлейфовый осциллограф, позволяющий синхронно записывать пневмограмму БКГ и ЭКГ.

Полученные результаты позволили установить зависимость между динамикой клинических симптомов декомпенсации и изменением БКГ.

У 21 больного при улучшении клинической симптоматики заблевания отмечались также те или иные сдвиги БКГ в сторону улучшения, в частности: уменьшение деформации комплексов, нормализации зубцов Н, J, К и диастолических волн, уменьшение степени патологии кривой по Броуну.

При отсутствии клинического улучшения у 4 больных БКГ ухудшилась и у 5 осталась без изменений. Показатели БКГ остались без изменений у 4 больных при улучшении клинической картины болезни; у 2 больных с ухудшением состояния зарегистрированы сдвиги БКГ в сторону большей патологии. Весьма важно, что в одном случае ухудшение кривой предшествовало клиническому ухудшению состояния больного.

Следовательно, динамические исследования БКГ показали соответствие степени изменения регистрируемых кривых выраженности симптомов застойной недостаточности.

У больных инфарктом миокарда благоприятное течение болезни также сопровождалось динамическим улучшением показателей БКГ. Но в некоторых случаях чрезмерное расширение режима вело к усилению деформации кривой, снижению вольтажа, патологическому изменению амплитуды волн, появлению патологических форм типа «раннего М» и, реже, «позднего М», что совпадало с возникновением приступов стенокардии, ухудшением картины крови.

Поступила 21 июля 1959 г.

НЕКОТОРЫЕ ПРИНЦИПИАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ В КОЖНОЙ ПЛАСТИКЕ

Проф. Г. А. Рейнберг

(Москва)

В данной статье мне хочется поделиться некоторыми принципиальными установками, которые нередко выручали меня и моих сотрудников (А. В. Каплан, А. С. Копциловская, Е. В. Лоскутова и др.) в довольно обширной практике по кожной хирургии, особенно в течение шестилетней работы в Московском институте кожного туберкулеза (люпозорий) и на больных, переведенных оттуда в факультетскую хирургическую клинику 1 ММИ и позднее — в Басманную больницу.

Нередко можно добиться отличных результатов при порочно зажившей ране сдним только иссечением рубцов, расправлением, распластыванием и растяжением кожи (при значительной ретракции мышц вместе с кожей) и правильным зашиванием раны.

Пример. Б-ная 22 лет перенесла ранение нижней губы и подбородка. От правого угла рта к левому углу подбородка идет косой рубец; нижняя губа лежит косо вниз вправо; нижние правые резцы и первый премолярный зуб обнажены почти полностью; правый угол рта деформирован; содержимое рта вытекает; нет герметического замыкания губ.

Операция. Иссечен весь рубец. Нижняя губа рассечена во всю толщину на границе между красной каймой и кожей. Остроконечный лоскут кожи мобилизован почти до правого угла рта. Затем красная кайма нижней губы пришта к освеженному правому углу рта, остроконечный лоскут кожи подтянут к правому углу рта и сшит наверху на всем протяжении с красной каймой губы и справа — с краем раны.

Получился хороший косметический и функциональный эффект: рот закрыт, зубы покрыты; рубца по краю губы не видно, а косой рубец на подбородке тоньше дооперационного и еле заметен. Ничтожная асимметрия нижней губы еле заметна.

Здесь нужна одна оговорка. Такие исправительные и восстановительные операции следует предпринимать лишь после того, как рубцы сформировались окончательно.

¹ См. в Казанском мед. журн. за 1959 г. № 1, статьи А. П. Матусовой и Ю. А. Панфилова. *Ред.*