

(Из терапевтической клиники им. проф. Р. А. Лурья ГИДУВа им. В. И. Ленина—Директор проф. Р. И. Лепская).

Гравидан в терапии некоторых внутренних болезней.

Асс. М. З. Винников и аспиp. С. И. Биткова.

Год тому назад мы приступили к испытанию в клинике внутренних болезней гравидана при различных заболеваниях. В то время в литературе еще не имелось каких-либо указаний, касающихся применения в клинике внутренних болезней гравидана,—дозировки препарата и методики его употребления. Значительно позднее, когда мы накопили собственный клинический материал, появилось несколько работ из Уро-гравиданного института и из клиники МОКИ (проф. Плетнев). Полученные ими данные частично не совпадают с нашими наблюдениями, вероятно потому, что они употребляли другие препараты мочи беременных и другую методику.

Мы ставили перед собой задачу изучить реакцию больных на гравидан и выяснить ценность его как лечебного средства при ряде заболеваний. Мы остановились на таких страданиях, которые встречаются часто в практической деятельности интерниста и представляют большую социальную значимость. Это—заболевания желудка, 12-перстной кишки, болезни желчных путей и печени, артериосклероз, расстройства сердечной деятельности и некоторые другие.

В большинстве выбранных нами заболеваний особенно ярко выступает не только местный характер страданий, но и заболевание всего организма, с теми или иными патологическими сдвигами в вегетативно-эндокринной системе и в обмене веществ. Так, работы последних лет привели нас к пониманию того, что заболевание печени, желчных путей и пузыря не могут рассматриваться только с точки зрения чисто местного процесса. Местные изменения часто являются здесь лишь выражением общего страдания организма.

Заслугой школы Бергмана является разработка вопросов нервной регуляции и учения о дискинезиях желчных путей, расстройство деятельности которых может повлечь за собою всю сумму явлений как—образование застоя с последующим камнеобразованием и присоединением инфекции. Давно подмеченная клиникой связь между нарушениями эндокринной системы и патологическим состоянием желчных путей, нашла свое подтверждение в интересных работах Лейтеса и его учеников, показавших, что отделение желчи, отток ее и содержание отдельных составных частей могут значительно меняться от воздействия некоторых инкретов эндокринных желез. Указанные влияния нервно-психических и эндокринных факторов на развертывание и течение заболеваний желчных путей и печени побудило нас применить гравидан в терапии холецистопатий.

Методика применения гравидана была следующая:

Гравидан всегда вводился внутримышечно, но количества его и промежутки времени между введениями были различны. Часть больных получала гравидан ежедневно, другие—через день, в ряде же случаев лечение велось по системе, как мы называем „залпов“, т. е. 2—3 дня подряд с последующим перерывом на день. Дозировка препарата была не одинакова, от больших количеств, напр: от 10 куб.

см. до маленьких—0,5—1 куб. см. В большинстве же случаев применялись средние дозы (3—5 куб.).

Лечение гравиданом начиналось вскоре после поступления больного в клинику. Больные в течение 6—7 дней во время их обследования получали симптоматическую терапию и, где позволяло состояние больных, оставались без всякой терапии; наблюдали покой, а затем случаи³ где не наступало спонтанного улучшения, переводились на гравиданотерапию—это относится к подавляющему большинству наших больных. Часть больных (20%) переводилась на гравиданотерапию после того, как выяснялась безуспешность до того времени применяемых других методов лечения. Подавляющее большинство больных не получало другой терапии.

Мы исходили при оценке эффективности терапии из наступающих изменений со стороны нервно-психической сферы, желудочно-кишечного тракта, исчезновение или уменьшение болевого симптома и сдвигов в объективных состояниях до и после лечения. Особое внимание мы обращали на характер рефлекса Meltzer—Lyon'a, время его появления, микроскопию желчи.

По полученным результатам больные со страданиями печени и желчных путей могут быть разбиты на три группы: В 1-ю группу вошли больные с резким улучшением своего состояния после курса гравиданотерапии. В следующую группу—случаи, где это улучшение было несомненным, но менее значительным. И в последнюю группу—больные, не получившие облегчения в отношении основного заболевания.

В 1-й группе получивших резкое улучшение было 12 человек; из них 8 человек мужчин и 4 женщины. По возрасту—от 38 до 55 лет—7 человек, остальные—до 35 лет; по давности заболевания: до 3 лет человека, от 3—5—3 ч., от 5 и выше—6 человек. У всех больных этой группы одновременно отмечался выраженный гепатит, а у 7 больных Pericholecystitis et periduodenitis подтверждены рентгеноскопически.

Анализируя полученные результаты в этой группе мы отмечаем следующее: после первой инъекции боли значительно уменьшались и исчезали полностью к концу лечения. Диспептические жалобы держались более стойко и не было параллелизма между ними и болевыми ощущениями. В то время, как боли относятся к числу легко устранимых явлений в этой группе, диспептические жалобы, как правило, исчезали только к концу лечения.

Во всех случаях замечалось быстрое улучшение общего самочувствия—появление чувства жизнерадостности, бодрости, улучшались сон, аппетит, исчезали головные боли и появлялось сильное половое возбуждение. В отдельных случаях половое возбуждение принимало иногда нежелательный для больных характер. Со стороны печени в 8-ми случаях отмечалось ее уменьшение, болезненность при исследовании в области желчного пузыря в 7-ми случаях исчезла полностью. Кислотность за время наблюдения не представляла закономерных колебаний, в 6-ти случаях осталась неизменной, в 3-х случаях к концу лечения появилась свободная соляная кислота (отсутствовала раньше), в 2-х случаях кислотность стала нормальной, будучи до лечения пониженной, и в 1-м случае нормальная кислотность перешла в повышенную. Рефлекс желчного пузыря появился только в одном случае, будучи до этого отрицательным. Вес больных в нескольких случаях значительно повысился (до 5 кило), в остальных повышение носило более умеренный характер (от 1 до 2 кило).

В качестве иллюстрации приводим следующую историю болезни:

Больной Ап-нов, 28 лет, рабочий, находился в клинике с 8/III по 13/IV 34 г. с диагнозом Appendico-cholecystopathia, Gastritis hyperacida. Болен с 1928 г., в начале появилась изжога, в 1931 г. приступ резких болей в правом подреберье,

который продолжался двое суток, сопровождался тошнотой, повышением температуры до 38—39°. Желтухи не было. Затем год чувствовал себя хорошо, после чего вновь появился приступ аналгического характера. С этого времени больной стал отмечать уже постоянные боли в правом подреберьи, усиливающиеся при ходьбе, при тряске и после приема жирной и грубой пищи. В 1933 г. по поводу этих жалоб больной находился в нашей клинике, выписался с улучшением и через 3 месяца вновь поступил с обострением. При поступлении жалобы на боль в правом подреберьи, изжогу, рвоту и тревожный сон. Из перенесенных заболеваний отмечает брюшной тиф в 1922 г.

Объективные данные: Больной выше среднего роста, атлетического телосложения, подкожно-жировой слой развит хорошо. Со стороны легких и сердца—патологических изменений нет. Со стороны органов брюшной полости—напряжение верхней трети правой прямой мышцы. Печень выступает из под края реберной дуги на два пальца, плотноватой консистенции, край ее ровный. Положительные симптомы Кера, Ортуэра. Исследование желудочного содержимого показало повышение кислотности (общая кислотность 88) и гиперсекрецию (120). Рефлекс Meltzer—Lyon'a получен—в желчи А и С единичные лейкоциты, в желчи. В—большое количество лейкоцитов и слизи. Несмотря на применение тепла, покоя, extr. belladon., боли держались без изменения. На 15-й день пребывания в клинике применен гравидан. После первой инъекции боли уменьшились, но изжога не прекращалась. После второй инъекции боли незначительные. Самочувствие хорошее. Окончательно боли исчезли только после 5-й инъекции, из диспептических явлений осталась изжога. Объективные данные: боль при пальпации в правом подреберьи исчезла. К моменту выписки печень несколько уменьшилась в размере, болевые точки исчезли. В желчи „В“ попрежнему лейкоциты. Повышенная кислотность и секреция остались без изменения. Вес увеличился на 5 кило. Всего сделано 13 инъекций, введено гравидана 65 куб. см. Выписался из клиники без каких-либо субъективных жалоб. Резких же изменений в благоприятную сторону со стороны микроскопических изменений желчи мы не отметили. Напряжение в области верхней трети правой прямой мышцы живота осталось, лишь несколько уменьшилось.

Наиболее многочисленной является вторая группа, охватившая 26 чел. В ней по возрасту преобладали более молодые субъекты: до 35 лет—14 чел., свыше—12 чел. По длительности заболевания также преобладали лица с коротким сроком заболевания: до 3 лет—15 ч., свыше—11 чел. В эту группу были отнесены лица, у которых после гравиданотерапии боли хотя и значительно уменьшились, но не исчезли полностью и диспептические явления иногда оставались до момента выписки. Улучшение общего самочувствия не было столь полным как в первой группе, иногда оставалось чувство слабости и некоторой разбитости. Изменения в объективных данных были также не резко выражены: кислотность в 15 случаях осталась без изменения, в 2 х случаях снизилась (кислотность желудочного содержимого). Болевые точки более стойко держались. Прибавка в весе была менее значительна.

Третья группа—отрицательных результатов, в которую мы отнесли больных, не получивших, несмотря на длительную гравиданизацию, улучшения своих основных жалоб. Иногда в начале лечения как будто бы намечалось некоторое улучшение, но оно не было стойким и длительным. Это были случаи лямблиозной дискинезии, случаи хронического холангита с резкими изменениями со стороны печени и т. п.

Совершенно особняком стоит группа больных, получивших комбинированную терапию, где мы не могли установить какому лечебному фактору приписать улучшение.

По возрасту и длительности заболевания группа отрицательных результатов не представляла каких-либо особенностей, по сравнению с первыми двумя группами. Попутно отметим, что как раз в этой группе и другие методы лечения (диатермия, грязь) в четырех случаях не дали улучшения.

В первых двух группах отмечаются значительные сдвиги в субъективном состоянии больных, особенно в первой группе. Нет полного параллелизма между изменениями со стороны общего состояния и рядом объективных показателей (кровь, температура, вес и т. д.). Кислотность и секрция желудочного содержимого в своих колебаниях не выявляет какой-либо определенной закономерности. Те отклонения, которые мы наблюдали, встречаются нередко в течении холецистопатий и связаны с колебаниями интенсивности гастрита и рефлекторных влияний, идущих со стороны желчных путей. Благоприятное влияние на болевой синдром здесь можно истолковать, главным образом, в смысле уменьшения дискинетических явлений; принимая во внимание ту огромную роль, которую дискинезия играет в возникновении и течении холецистопатии, нужно признать, что возможность благоприятного воздействия на этот компонент является важной положительной стороной гравиданотерапии.

Следующей группой, где мы применяли гравидан с охватом 50 человек, были больные с артериосклерозом и климаксом. Значение расстройств обмена, нарушений в эндокринной и вегетативно-нервной системе в этих случаях достаточно общеизвестны; испытать гравидан у такого рода больных мы считали тем более интересным, что применявшиеся до сих пор способы лечения не дают желаемого эффекта.

Под нашим наблюдением было 30 чел. больных, из них 32 стационарных, остальные амбулаторные. Мужчин 26, женщин—24 (у 5 женщин наряду с выраженным склерозом были ясные климактерические нарушения со стороны сосудистой и нервной систем).

Все больные были в возрасте свыше 40 лет. Среди наших больных были также случаи с тяжелым диффузным распространенным артериосклерозом. Двое больных страдали приступами *Angina pectoris*, один—кардиальной астмой, у двух наблюдалась *Arytmia perpetua*. При поступлении в клинику больные предъявляли обычные для этого состояния жалобы. Наряду с сердцебиением и одышкой их беспокоили сильные головные боли, легкая утомляемость, раздражительность, связанные с неспособностью выполнять обычную работу, и ослабление памяти. Дальнейшими симптомами, возникающими на вазомоторной почве, были головокружения, ползание мурашек и ревматические боли в конечностях, пояснице и т. д. (г. н. *Nochdruckrheumatismus Bauer'a*). Ряд больных страдал явлениями недостаточности кровообращения той или иной степени. Из числа больных 22 человека было с гипотонией, 16 с нормальным кровяным давлением и 12 с повышенным. Гравиданотерапия проводилась по той же методике, что и в группе холецистопатий, только с тем отличием, что в большинстве случаев употреблялись меньшие дозы.

Мы не получили положительных результатов только у 4 больных, остальные дали положительный эффект, в ряде случаев поразительный. Что наиболее бросается в глаза—это быстро наступающее улучшение субъективного состояния: исчезают головные боли, заметно уменьшаются или полностью проходят вазомоторные нарушения (головокружение, ползание мурашек), устанавливается бодрое, жизнерадостное чувство, иногда приподнятое настроение. Сон становится спокойным и длительным, улучшается аппетит. У климактеричек исчезают жалобы, связанные с выпадением функции яичников—бросание в жар, в пот, приливы к лицу,

изменчивость настроения, плаксивость и т. д. Одновременно больные отмечают уменьшение одышки, стеснение в груди, боли в области сердца и за грудиной. В отдельных случаях улучшение наступает с поразительной быстротой после первой инъекции гравидана.

Для иллюстрации приводим следующую историю болезни:

Больной И-гов, 48 лет, служащий, находился в клинике со 2/III 1934 по 23 апреля с диагнозом *Arteriosclerosis universalis, Atheromatosis aortae, Myopathia cordis*. Жалобы на головокружение, одышку при ходьбе, потемнение в глазах, боли сжимающего характера в области сердца и тупая боль в подложечной области, потерю памяти и работоспособности. Аппетит плохой. Одышку заметил 10 лет тому назад. За последнее время обратил внимание на отеки ног после ходьбы, похуждание, плохой сон. Страдает длительной импотенцией. Объективные данные: выше среднего роста, подкожно-жировой слой развит достаточно, но видно, что больной похудел. Лицо одутловато, на ногах незначительные отеки. Выраженная эмфизема легких. Сердце увеличено в обе стороны, тоны глухие. Акцент на 2-м тоне аорты, кровяное давление 95—45, сосуды склерозированы. Печень увеличена, плотновата, болезненна. Рентгеноскопически: эмфизема легких, гипертрофия левого желудочка, усиление тени аорты.

До гравидана принимал в течение 5 дней адонилен без всякого эффекта. На 6-й день введение гравидана 5 к. см. Местной и общей реакции не было, ночь спал плохо, но на утро почувствовал себя значительно бодрее. Вторичное введение гравидана на следующий день — ночь спал хорошо, аппетит улучшился, почувствовал бодрость, исчезли боли в подложечной области. Третье введение — стал общительнее, весел, „чувствую как молодею“. Боли в области сердца исчезли совсем, сон хороший, появилось желание работать, одышка значительно уменьшилась, ночью появились поллюции.

При выписке печень уменьшилась в размерах, кровяное давление 130—90. Рентгеноскопические данные без изменения. Всего гравидана введено 40 к. см.

Объективные изменения и в этой группе также не идут параллельно с общим улучшением самочувствия. Кровяное давление у части больных с гипотонией незначительно повышается. В подавляющем же большинстве случаев оно остается неизменным, как в процессе лечения, так и к концу его. Это относится в равной степени к максимальному и минимальному давлению. В этом отношении наши наблюдения расходятся как с данными д-ра Замкова, так и выводами д-ра Михайлова (из клиники проф. Плетнева). Д-р Михайлов наблюдал после применения гравидана некоторое падение кровяного давления как у лиц с сердечно-сосудистой патологией, так и без таковой. Но описываемые им изменения кровяного давления не выходят за пределы нормальной амплитуды колебаний. Учитывая свойственную кровяному давлению лабильность, колебания кровяного давления в сторону плюс или минус 10 и даже больше, не относились нами за счет гравиданотерапии, если эти изменения не оказывались стойкими при последующих измерениях.

По нашим наблюдениям более положительный эффект отмечается у гипертоников в смысле улучшения субъективных жалоб, исчезновения вазомоторных явлений и др., что же касается кровяного давления, то его колебания и у них не выходят за пределы физиологических.

Все же мы считаем необходимым подчеркнуть, что в силу невозможности заранее учесть реакцию со стороны сердечно-сосудистой системы желательно соблюдать большую осторожность в случаях с постоянной высокой гипертонией, ибо в ответ на введение гравидана иногда может последовать дальнейшее повышение кровяного давления со всеми нежелательными отсюда последствиями.

Убедившись в весьма благоприятном влиянии гравидана на общее состояние больных, мы сочли возможным применить гравидан и при такого рода заболеваниях, где а priori никакого влияния на основные расстройства ожидать не приходится, но где улучшение общего самочувствия больных должно благотворно отразиться на течении болезни. Таковы больные с тяжелыми органическими поражениями сердца. Эта группа немногочисленна — всего 8 человек, из них 4 с эндокардитом и комбинированным поражением клапанного аппарата (*Affectio mitralis* с одновременной недостаточностью клапанов аорты), два случая тяжелого миокардита с *arythmia perpetua* и два случая комбинированного поражения митрального клапана и люэтического поражения аорты.

Все больные поступили в тяжелом состоянии с выраженными явлениями декомпенсации; застойная печень, гиперемия легких, более или менее выраженные отеки. Назначая гравидан мы не стремились заменить им обычную сердечную терапию, которую больные и получали одновременно с гравиданом. Как правило мы применяли у больных этой группы небольшие количества гравидана с интервалами в 1—2 дня.

В 4-х случаях полученный нами результат был превосходен. Исчезли беспокоившие больных слабость, подавленное настроение и т. д. Больные почувствовали прилив сил и бодрости, появился аппетит и улучшился сон. Установилось ровное, спокойное самочувствие. У двух больных наступило состояние эйфории, несоответствовавшее объективным данным.

Только в одном случае мы не получили никакого эффекта.

Для иллюстрации положительного результата приводим историю болезни.

Больная В-ва, 38 лет, служащая, находилась в клинике с 31/V по 20/VI-1933 г. с диагнозом *insuf. v. mitralis, stenosis ostii venos. sinistri*. Жалобы на сердцебиение, головокружение, потемнение в глазах, одышку, отеки верхних конечностей, общую вялость, апатию, отсутствие аппетита, сжимающие боли в области сердца. Такое состояние длится уже 2 месяца. Больная с 1923 г. после последних родов, во время которых заметила одышку и отеки. С тех пор одышка держится; *menpes*—норма.

Последние 4 года не беременеет.

Больная среднего роста, астенического телосложения, подкожный жировой слой почти отсутствует, слизистые и склеры субиктеричны, губы синюшны, небольшие отеки на ногах и веках. Со стороны легких — ослабленные дыхательные шумы в нижних отделах обеих легких. Граница абсолютной тупости сердца увеличена во всех размерах. Тоны — систолические и диастолические шумы у верхушки „кошачье мурлыканье“, кровяное давление 95—45. Печень увеличена, болезненна. В течение 17 дней в клинике больная соблюдала покой, получала сердечные средства, отеки уменьшились, но слабость, головокружение, сердцебиение, плохой сон — остались. После первого введения 5 к. см. гравидана больная ночь спала очень крепко. Утром встала с хорошим самочувствием; после второго введения гравидана почувствовала прилив бодрости и сил, выписалась для продолжения амбулаторного лечения гравиданом. Отеков к этому времени уже не было. Бодрость возрасла, восстанавливалась быстро работоспособность, почувствовалась резкое половое возбуждение. Дальнейшее наблюдение показало стойкость полученного эффекта, вскоре больная приступила к своей работе, так как полностью исчезли головокружения, апатия, плохой сон и другие неприятные ощущения (интересно отметить, что больная в течение 4-х лет не беременела, через 2 месяца после лечения забеременела). Всего гравидана было введено 50 к. см. (вместе с амбулаторным лечением).

Полученное улучшение касалось в основном субъективного состояния больных; высота кровяного давления, частота пульса не подвергались значительным изменениям под влиянием гравидана. Последующее сходжение отеков, уменьшение печени и границ сердца, застой в малом кругу,

Здесь, как и в группе декомпенсированных артериосклеротиков, мы относим за счет применявшихся обычных сердечных средств. По нашим наблюдениям при наличии расстройств кровообращения, назначение одного только гравидана не приводит, как этого и можно было ожидать, к устранению декомпенсации; гравидан также не имеет никакого эффекта на диурез; в этом нас убеждают поставленные специальные наблюдения над больными с хроническими нефритами и нефрозами.

В группе сердечных больных мы также наблюдали появление полового возбуждения под влиянием гравидана у двух больных.

Ни в одном случае мы не наблюдали каких-либо отрицательных явлений, в том числе и в условиях обострения Эндокардита, у которых после применения гравидана не отмечалось ни температурной ни др. реакций, что и соответствует нашим наблюдениям и при других заболеваниях, где такие реакции также наблюдаются редко.

Таким образом, комбинация гравидана с сердечной терапией оказывается весьма целесообразной, способствуя в силу благотворного воздействия гравидана на общее состояние больного — скорейшему наступлению компенсации.

Последняя группа больных, где мы применяли гравидан, охватывает 34 больных с различными заболеваниями. Малочисленность больных в каждой группе не позволяет делать определенных выводов. Мы отметим только влияние гравидана на диабетическую гликозурию в 3-х случаях. Под нашим наблюдением было три диабетика, из них один случай *Diabete maigre* и два случая *Diabete gras*. В обоих последних случаях, под влиянием гравиданотерапии, наступило значительное уменьшение гликозурии. Этот факт имеет, несомненно, известный теоретический интерес. Клиника давно установила тесную связь между гипофизом и поджелудочной железой. Известно развитие панкреатогенного диабета у акромегаликов, значительные изменения ПДГ при юношеском диабете, появление отчетливой гипогликемии у лиц с гипофизарной недостаточностью, что видел Wilder, между тем применение экстрактов ПДГ давало самые разноречивые данные:

Ewans, Bomes, Johns и др. после длительного применения экстрактов ПДГ видели гипергликемию, Horsters — снижение сахара крови, а Bernstein и Failla не находили никаких изменений углеводного обмена. Подобная разноречивость была вызвана отсутствием стандартизованных препаратов, обладавших не одинаковыми свойствами. Ясность внесли работы Haussay с его сотрудниками а затем Gelling и Schikawa. Им было показано, что гипогликемизирующие животные легко впадают в гипогликемию и необычно чувствительны к инсулину, и что панкреатогенный диабет резко усиливается после введения ПДГ. Bohm, Lusche, Neudelman, Heschler наши, что введение пролана интравенно или люмбально вызывают стойкую гипергликемию благодаря рефлексу на адреналовую систему.

В двух наших случаях, как было сказано, наблюдалось уменьшение гликозурии. В случае юношеского тяжелого диабета не было эффекта в смысле уменьшения гликозурии. Не пытаюсь объяснить причину этой парадоксальной реакции на гравидан у наших диабетиков — можно высказать лишь предположение о наличии в моче беременных веществ, обладающих гипогликемическими свойствами.

Anselmino и Hoffmann в своей недавно опубликованной работе сообщают, что ими было выделено панкреатотропное вещество, снижающее сахар крови, вызывая разрастание инсулярного аппарата.

Опыт наш мал. Можно лишь указать, что исходя из теоретических соображений необходимо соблюдать осторожность у диабетиков, особенно при наличии резко выраженного ацидоза, так как работы тех же Anselmino, Hoffmann'a, Funk'a

говорят, что в моче имеется гормон ПДГ, вызывающий появление ацетоновых тел в крови при сгорании в организме жиров.

Мы наблюдали положительный эффект в 4-х случаях с плюригландулярными расстройствами, но далеко не в одинаковой степени. У одной больной с легкой гиперфункцией щитовидной железы и аменореей появились отсутствующие мenses, у другой больной—амбулаторной, не обследованной клинически,—наряду с общим улучшением самочувствия исчез целый ряд нервных явлений, восстановились мenses, появилось libido sexualis, атрофия же грудных желез и поседение волос—остались без изменения.

Как и д-р Ба д ю л мы наблюдали положительный результат в нескольких случаях с неврастеническим состоянием и в 2-х случаях tabes dorsalis в смысле значительного восстановления работоспособности и улучшения общего состояния.

В заключение мы остановимся на вопросе стойкости получаемого улучшения. Мы не имели возможности следить за всеми больными, прошедшими через нашу клинику. Часть больных были опрошены и оказалось что полученное улучшение держалось далеко неодинаково, колеблясь от нескольких недель до 1 года.

Выводы.

1. Применение гравидана у ряда больных, с различными страданиями вызывает у большинства общую им всем благотворную реакцию со стороны нервнопсихической сферы, выражающуюся в улучшении общего самочувствия, в повышении трудоспособности больных, в подъеме сил и бодрости, улучшении сна и аппетита. Наряду с этим отмечается у большинства больных появление или усиление libido sexualis и потенции. Отрицательные результаты, в смысле отсутствия всякого эффекта, наблюдались нами в 20% всех случаев.

2. При холецистопатиях во многих случаях отмечается положительное влияние на болевой синдром. Изменение химизма желудочного содержимого, картины крови, температуры и др. во всех группах не представляет никаких закономерных колебаний.

3. Особо благоприятный результат от применения гравидана был получен у больных с артериосклерозом и климаксом. Но и в этой группе изменения объективного статуса не идут параллельно с общим улучшением субъективных расстройств.

4. В случаях с расстройством компенсации сердечно-сосудистой системы,—применение гравидана может иметь место в качестве подсобного лечения к основной кардиальной терапии: наступающее быстрое улучшение общего состояния, сна и аппетита является, несомненно, благоприятным обстоятельством для восстановления компенсации.

5. Необходимо строго индивидуализировать дозировку препарата и интервалы между инъекциями, избегая шаблона в назначении лечения.

6. Эффект от применения гравидана в большинстве случаев наступает быстро—спустя 1—3 инъекции. При отсутствии эффекта от указанной дозировки продолжать лечение не показано.

7. Не наблюдается серьезных осложнений и угрожающих явлений при гравиданотерапии, в силу чего применение его в пределах употребляемых нами доз может считаться практически безопасным.

8. Местная реакция при введении гравидана отсутствует. Очаговая и общая реакции наблюдаются очень редко.

9. Стойкость полученного улучшения при гравиданотерапии подвержена индивидуальным колебаниям.