

развивается выраженный синдром Иценко — Кушинга, ибо этот эффект получен ценою гипофункции или атрофии надпочечников.

Так как кортикостероиды лишь изменяют реакции организма в направлении, противоположном тому, которое развивается в результате болезни, но не уничтожают ее причину, следует проводить комплексную терапию. Наиболее рациональным является комбинирование кортикостероидов с резехином и общеукрепляющими и десенсибилизирующими средствами (витамины С, В₁₂, В₁, гемотрансфузии и др.). Такое лечение стимулирует защитные силы организма, улучшая функциональную способность нервно-эндокринной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bollet A. J., Bunim. JAMA, 1955, v. 16.— 2. Conner S. K. Ann. Rheumat. Diseases, 1957, 1.— 3. Dubois E. L. JAMA, 1956, 5.— 4. Harvey. Цит. по Вест. AMH СССР, 1959, 5, 10.— 5. Galli T., Lamedice G., Lotti G. Reumatismo, 1957, 9, suppl. 1.— 6. Rosen P. S., Carter A. J., Dauphinee J. A., Gornall A. G., Ogryzlo M. A. Canad. Med. Assoc. J., 1956, 7.— 7. Siegenthaler u. Hegglin. Цит. по Derm. Wchschr., 1957, Bd. 136, H. 43, S. 1153—1183.— 8. Zietz E. Derm. Wchschr., 1959, Bd. 140, H. 44.

Поступила 11 июля 1960 г.

ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ-ТЕРАПИЯ НЕКОТОРЫХ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ¹

Доц. Г. З. Мухамедияров

Кафедра кожных и венерических болезней (зав. — проф. Я. Д. Печников)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В последние годы врачи различных специальностей начали проявлять большой интерес к одному из методов китайской народной медицины — лечению иглоукалыванием и прижиганием — чжень-цзю-терапии.

В советской дерматологической литературе опубликована работа Б. А. Беренбейна, в которой автор сообщает о положительных результатах при лечении акупунктурой 30 больных кожными болезнями (нейродермиты, чесука, экзема, дерматит Дюринга).

Чжу Лянь (5) делится своим небольшим опытом чжень-цзю-терапии экземы, невродермита, крапивницы, чешуйчатого лишая и других кожных болезней.

Желая проверить практическую ценность иглоукалывания и прижигания при лечении кожных заболеваний, мы испытали этот метод у 45 больных, страдающих зудящими дерматозами, главным образом невродермитами и различными формами экземы.

Мы пользовались исключительно тормозным (успокаивающим) методом лечения. Вне зависимости от тяжести, распространенности и продолжительности заболевания мы не прибегали к комбинированным методам терапии; лечение проводилось только иглоукалыванием и прижиганием.

В каждый сеанс применялось иглоукалывание с последующим прижиганием в 4—8, а иногда и 10 активных точках. Иглы вводились в точки как вблизи очагов поражения, так и в отдаленные, преимущественно в так называемые общеукрепляющие точки, как-то: Хе-гу, Гао-хуан, Цюй-цзэ, Цзу-сань-ли и т. д.

Возраст больных был от 14 до 64 лет.

Мужчин было 12, женщин 33.

¹ Доложено на заседании Казанского научного общества дерматовенерологов 18 февраля 1960 г.

Больных с экземой было 23 человека. 18 больных страдали хронической экземой в форме ограниченных и диффузных очагов поражения на гладких и волосистых участках кожи. У 5 из них экзематозный процесс находился в состоянии резкого обострения (краснота, отек и мокнутие).

У одного больного была диагностирована распространенная острая экзема, а у 4 — микробная.

Больные с экземой почти в самом начале лечения, обычно после 3—4 сеансов иглоукалывания и прижигания, начинают отмечать значительное уменьшение зуда. В дальнейшем, наряду с резким уменьшением чувства зуда или полным его исчезновением, становится заметным постепенное уплощение инфильтративных отложений и рассасывание высыпных элементов экземы.

В случае острой экземы клиническое выздоровление наступило после 14 сеансов чжень-цзю-терапии. Примерно в такие же сроки исчезли явления обострения и в 5 случаях хронической экземы.

При хронических формах экземы, особенно при локализации на волосистых частях кожи и нижних конечностях, для полного разрешения потребовалось гораздо большее количество сеансов иглоукалываний и прижиганий. Хотя и при такой локализации экземы первыми признаками улучшения состояния больного является успокоение зуда, но обратное развитие экзематозных изменений идет медленнее и заканчивается после более продолжительного лечения. При хронической экземе клиническое выздоровление обычно наступает, в среднем, после 30 сеансов чжень-цзю-терапии.

Во всех четырех случаях микробной экземы этот метод не дал положительных результатов, и после 12—13 сеансов чжень-цзю-терапии больные были переведены на обычные методы лечения.

Лечение иглоукалыванием и прижиганием оказалось совершенно безуспешным и в случае острой диффузной стрептодермии.

Наиболее эффективной оказалась чжень-цзю-терапия при лечении всех 17 случаев ограниченного и диффузного хронического невродермита. Больные в первую очередь отмечают уменьшение зуда. Исчезновение болезненных изменений на коже у разных больных происходило в различные сроки, рассасывание папул и инфильтрации становилось заметным уже вскоре после начала лечения.

У 9 наших больных очаги хронического ограниченного невродермита локализовались в различных участках кожного покрова: на задней и боковых поверхностях шеи, в больших складках, в области гениталий и т. д. Раньше всего рассасывались очаги на шее, лице, туловище и верхних конечностях. Кожа волосистых покровов, нижних конечностей и гениталий освобождалась от невродермита с некоторым опозданием, но к концу курса лечения обычно болезненные явления исчезали повсеместно.

У 8 больных, страдавших диффузным и диссеминированным хроническим невродермитом, чжень-цзю-терапия дала такие же хорошие результаты, как и при ограниченном невродермите.

Успех от иглотерапии наблюдался и в трех случаях красного плоского лишая. У одного больного с хронической почесухой Гебры (*Prurigo mitis*) в процессе лечения резко уменьшился мучительный зуд и прекратилось высыпание новых папул.

При лечении иглоукалыванием и прижиганием нами не отмечено никаких серьезных осложнений. Кратковременное головокружение возникло у двух больных при первом сеансе лечения. Выяснилось, что эти больные явились на лечение неотдохнувшими после ночного дежурства. В происхождении такого рода осложнений немаловажное значение, по-видимому, имеет, помимо реактивного состояния, и количество

первоначально вводимых игл. Поэтому мы начинаем лечение введением не более двух игл.

В заключение необходимо указать, что при иглоукалывании улучшение или полное исчезновение патологических изменений на кожных покровах, как правило, сопровождается улучшением сна и аппетита, повышением тонуса организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беренбейн Б. А. Вест. венерол. и дермат., 1960, 2. — 2. Гращенко Н. И., Кассиль Г. Н. и др. Журн. невропат. и псих., 1959, 10. — 3. Ефименко В. Л. Там же. — 4. Русецкий И. И. Журн. невропат. и псих., 1959, 10; Казанский мед. журн., 1959, 2. — 5. Чжу Лянь. Руководство по современной чжень-цзю-терапии.

Поступила 3 марта 1960 г.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ГИПОТЕНЗИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ПРИ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Проф. А. М. Фой

(Саратов)

Проблема борьбы с поздним токсикозом беременности все еще продолжает оставаться одной из наиболее актуальных.

Не считая применение при позднем токсикозе новейших средств гипотензивного действия мерой патогенетической терапии, мы, на наш взгляд, не должны отказываться от их использования в качестве дополнительного лечебного приема.

Уменьшение гипертензии, обусловленной нефропатией, хотя бы на протяжении 10—12 ч. в сутки, что сравнительно легко обеспечивается целым рядом лекарственных средств, допускающих возможность сравнительно длительного их использования, приводит к улучшению общего состояния больных, снижает интенсивность головных болей и нередко дает возможность довести беременность до благополучного естественного конца. На такой точке зрения стоят в настоящее время И. П. Парфенов, Beck, Dumitrescu, Desmond, Rogers, Lindley a. Moyer, Duffy, Bond, Rappaport-Goldfarb, Pascu и многие другие.

За последние годы мы, придерживаясь этих позиций, широко использовали на фоне тщательного лечебно-охранительного режима, терапии сном и лечения $MgSO_4$ при обслуживании лиц, переносящих поздний токсикоз, такие средства гипотензивного действия, как резерпин (у 44 больных), гексоний (у 56), апрессин (у 50). Надо признать, что эти средства сравнительно редко не оказывают гипотензивного действия, однако оно почти всегда ограничивается не более чем 3—4 ч. положительного эффекта, что требует 2—3-кратного ежедневного применения. Наибольшей гипотензивной активностью отличаются гексоний и апрессин, быстро снижающие в среднем на 4—4,5 ч. АД на 10—20 мм (М. И. Анисимова, В. Н. Кирсанова). Апрессин нами назначался по 10—20 мг 3—4 раза в день перорально в течение 7—8 и даже 10 дней, а резерпин — по 0,1 2—3 раза в день на протяжении 5—10 и иногда даже 15 дней. Никаких отрицательных влияний на беременных, рожениц и новорожденных при подобной терапии мы не замечали, хотя в литературе приводятся данные о возможности появления у страдающих гипертонической болезнью олигурии под влиянием апрессина и сонливости под влиянием резерпина (С. К. Киселева, Г. Г. Лебедев и др.). Вероятно, эти осложнения связаны с большей длительностью применения этих