

лудка и повышенная кислотность желудочного сока, сохраняются отрыжка и изжога. В ходе медикаментозного сна у больных рассматриваемой группы углубляются функциональные нарушения печени, что выявляется белковыми пробами, уробилинурией и ограничением антиоксидантной функции печени. Восстановление функций печени (до исходного) у них происходит значительно позже прекращения дачи снотворных, но это восстановление никогда не достигает физиологического уровня.

Еще более устойчивы нарушения функций печени при язвенной болезни у больных этой группы на поздних стадиях ее развития, когда в двенадцатиперстной кишке складываются глубокие анатомические изменения. При этом у больных нередко нарастают симптомы хронического гепатита, холецистита, холангита или ангиохолита. Применение таким больным любого вида медикаментозного сна неизбежно ухудшает их состояние: усиливаются диспептические явления, развивается анорексия, рвота сопровождает каждый прием пищи, боли лишь притупляются.

Расстройства функций печени углубляются (по отношению к исходным) и остаются таковыми еще длительное время после прекращения дачи снотворного. Не у всех больных они, равно как и секреция желудка, восстанавливаются до исходных спустя даже несколько месяцев. Рубцевания язвы не происходит. У этих больных надолго задерживается период „выхода из сна“, вследствие замедления выведения барбитуратов из организма. Лечение условнорефлекторным сном болеющих язвенной болезнью с выраженным поражением печени менее эффективно, чем без него, но тем не менее оказывается в какой-то степени облегчающим. Однако, функции печени остаются нарушенными, иногда более исходного, заживление язвы происходит редко.

Вторая группа наблюдаемых больных язвенной болезнью характеризовалась выраженными явлениями невроза. Лечение указанных больных медикаментозным сном (удлиненным и прерывистым) сопряжено с определенными трудностями, — у них не удается обычно получить достаточной глубины сна. Вместе с тем в процессе терапии заметнее становятся функциональные расстройства печени, или они развиваются у тех больных, у которых до лечения не выявлялись. Надо полагать, что лечение медикаментозным сном этих больных приводит к углублению у них невротического состояния. Последнее же обуславливает усиление нарушений в регуляции суточной ритмической динамики функций печени.

Результаты лечения больных язвенной болезнью этой группы медикаментозным сном не отличаются от таковых при других методах лечения, а иногда и уступают им. В противоположность этому условнорефлекторный сон всегда приводит к улучшению состояния больных язвенной болезнью, протекающей на фоне выраженного невротического состояния. Часто имеют место нормализация функций желудка и рубцевание язвы. Функция печени восстанавливается.

У болеющих язвенной болезнью без явных поражений печени и невротических явлений (третья группа) функции печени в ходе лечения медикаментозным сном лишь несколько снижались, в зависимости от дозы применяемых снотворных. После прекращения приема снотворных и в последующее время можно было наблюдать улучшение функций желудка, часто — рубцевание язвы и восстановление функций печени. Эффективным у всех больных было лечение условнорефлекторным сном. Однако, болевой синдром у них устранялся быстрее и надежнее с помощью глубокого медикаментозного сна, после чего стихали и другие проявления болезни.

#### **Е. М. Хитрова (Хлебниково, Московской области). Применение промедола в комплексном лечении больных язвенной болезнью**

Под наблюдением было 83 больных (мужчин — 79 и женщин — 4). Подавляющее большинство (78%) были в возрасте от 20 до 40 лет. Длительность заболевания до года была у 23, до 3 лет — у 27, до 5 лет — у 12, до 10 лет — у 10, и более 10 лет — у 11.

Все больные имели симптом ниши, которая документировалась на прицельных снимках. С язвой двенадцатиперстной кишки было 60, с язвой желудка — 20, у 3 больных язвы были одновременно и в желудке, и в двенадцатиперстной кишке. Все больные получали комплексное лечение, слагавшееся из диетотерапии, назначения седативных средств, гемотрансфузий и промедола, на фоне длительного постельного и полупостельного режима и обязательного обеспечения лечебноохранительного режима. Всем больным назначался витамин „С“, преимущественно парэнтерально. Особое внимание обращалось на режим питания.

Больные получали бром с кофеином. Часть больных получила 1—2 гемотрансфузии одноименной группы крови в дозе 175—225 мл на трансфузию. Отмечалось исключительно благоприятное действие переливаний крови на течение процесса.

Промедол вводился подкожно по 1 мл 1% раствора 1—2 и реже — 3 раза в день. Инъекции промедола производились за 30—60 мин до обычного времени появления болей. В большинстве случаев это предупреждало возникновение болей или смягчало их интенсивность. По мере стихания болей количество инъекций сокращалось до 1 раза в день и, при положительных клинических и рентгенологических данных, прекращалось. На курс лечения больной получал от 10 до 48 инъекций.

При лечении промедолом наблюдались побочные явления в виде головокружений и головных болей, что вынуждало в таких случаях отменять промедол. Из 23 боль-

ных с язвой желудка (из них 3 с комбинированной локализацией) исчез симптома ниши у 16; из 63 больных с язвой двенадцатиперстной кишки (из них 3 — с комбинированной локализацией) рубцевание язвы установлено у 48.

Таким образом, добавление промедола к другим средствам комплексной терапии оказывает лишь симптоматический (обезболивающий) эффект; в отношении же исчезновения симптома ниши и предупреждения рецидивов — оно не дает особых преимуществ по сравнению с другими средствами.

### **В. И. Филиппчик, Е. Л. Блонштейн (Минск). Пенициллинотерапия псориатической эксфолиативной эритродермии**

Псориатическая эксфолиативная эритродермия является генерализованным тяжелым заболеванием организма, остро возникающим у больных псориазом.

Патогенез этого страдания, как и псориаза, до сих пор не ясен. Лечение представляет собой большую трудность и проводится симптоматически, длительно, с применением десенсибилизирующих и других средств. Нами в течение последних семи лет при лечении псориатической эксфолиативной эритродермии с успехом применялась пенициллинотерапия. За этот период времени проведено лечение 14 мужчин, в возрасте 22—30 лет. Пенициллин разводился на 0,25% растворе новокаина из расчета 100 тысяч ед. на 1 мл и вводился два раза в сутки (через 12 часов) по 500 тысяч М. Е. внутримышечно с 5 мл крови, взятой из вены больного.

Одновременно проводилось местное лечение и внутрь назначались препараты кальция, поливитамины, применение которых без пенициллинотерапии дает лишь незначительное улучшение при этом заболевании.

Лечение проводилось в течение 6—7 недель и, как правило, заканчивалось полным выздоровлением. Одновременно за этот период исчезали и все проявления псориаза. Побочных явлений и осложнений при этом мы не отмечали.

Заболевание не рецидивировало в течение около года.

Таким образом, пенициллинотерапия, по описанной методике, при лечении псориатической эксфолиативной эритродермии заслуживает внедрения в повседневную врачебную практику.

### **А. Я. Браиловский (Харьков). Лечение гнездного и тотального облысения**

Больные с гнездной плешивостью лечились внутривоковой новокаиновой блокадой. Теплый 0,5% раствор новокаина в дозе не более 10—20 мл вводился 62 больным непосредственно в очаги облысения методом „ползучего инфильтрата“. Курс лечения состоял из 7—10 внутривоковых блокад с 7—8-дневными промежутками.

Излечение достигнуто у 45 больных, значительное улучшение — у 4, улучшение — у 5, эффект отсутствовал у 8. Рост волос начинался уже после 2—3 блокад. Для полного эффекта как правило, достаточно одного курса лечения длительностью 40—55 дней.

Проверка отдаленных результатов (сроки наблюдения от 6 месяцев до 2 лет) подтвердила стойкость хорошего эффекта у 34 больных из 38; у 4 зарегистрированы рецидивы (через 4—7 месяцев после клинического выздоровления), причем повторное лечение новокаиновыми блокадами дало хороший результат.

По нашему мнению, действие новокаиновой блокады при гнездной плешивости заключается в нормализации нарушенных кортико-субкортикальных отношений и восстановлении нарушенной трофики кожи.

Больные тотальной и универсальной алопецией лечились биохинолом в сочетании с псориазином. Биохинол вводился внутримышечно по обычной методике, курсовая доза не превышала 50 мл. Псориазин применялся в виде ежедневных легких втираний в очаги облысения.

Лечению было подвергнуто 38 больных с длительностью заболевания от 7 месяцев до 5 лет и более. Значительное улучшение было достигнуто у 10, улучшение — у 13, эффект отсутствовал у 14, у одного было отмечено ухудшение.

У большинства для достижения эффекта потребовалось 1—2 курса биохинола и втирание псориазина на протяжении 4—5 месяцев. Рост волос обычно начинался во второй половине первого курса лечения либо в конце его.

Контрольные осмотры, произведенные в сроки от одного года до двух и более лет, показали, что у 14 эффект лечения был стойким. У остальных 5 больных волосы вновь выпали (у 2 из них повторное назначение курса лечения биохинолом и псориазином привело к положительному результату).

Механизм описанного действия биохинола и псориазина можно объяснить тем, что они, являясь слабыми раздражителями нервной системы, способствуют восстановлению нормальной трофики пораженной кожи.