

гом. У каждой больной необходимо учитывать ее индивидуальные особенности. Гормонотерапия должна составлять одно из звеньев в цепи комплексного лечения, направленного к восстановлению нарушенных функций нейрогуморальных систем (Е. И. Кватер). Применяя гормоны, необходимо периодически проверять эстрогенную насыщенность организма. Всегда надо также помнить о противопоказаниях к назначению гормонов. Больных с патологией климакса нельзя лечить по упрощенной схеме. Наша схема, повторяю, является только ориентировочной. Не надо забывать и об общеукрепляющей терапии и физических методах, хорошо зарекомендовавших себя при лечении патологии климакса: гальванический воротник по Щербаку, шейно-лицевая гальванизация и трансназальный новокаиновый ионофорез по Г. А. Келлату — М. Д. Черняховской.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Арсеньева М. Г. Пробл. эндокринол., 1960, 2.— 2. Благосклонная Я. В. Там же, 1957, 1.— 3. Кватер Е. И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии, М., 1956.— 4. Лесной С. К. Акуш. и гинек., 1958, 4.— 5. Хавин И. Б. Пробл. эндокринол., 1959, 6.— 6. Цирульников М. Л. Акуш. и гинек., 1947, 5.— 7. Graff E. Klimakterische Beschwerden. Wien, 1924.— 8. Hoffmann F. Die Sexualhormontherapie in der Gynäkologie. Leipzig, 1959, III Aufl.

Поступила 2 февраля 1961 г.

### ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОБЫ ГИДРОФИЛЬНОСТИ ТКАНЕЙ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Проф. Е. Н. Короваев и Н. Н. Гимадеев

Детское отделение Республиканской клинической больницы ТАССР (главврач — Ш. В. Бикчурин) и кафедра госпитальной педиатрии (зав.— проф. Е. Н. Короваев)  
Казанского медицинского института

Проба на гидрофильность тканей по Мак-Клюру, сводящаяся к внутрикожному введению 0,2 физиологического раствора и наблюдению за временем рассасывания образовавшегося при этом волдыря, уже применялась при ревматизме у детей (О. К. Кучайте), причем было показано ее ускорение в остром периоде ревматизма до 15—40 минут, тогда как в норме время ее колеблется от 30 мин. у грудных детей до 52 мин. — в старшем возрасте (М. С. Маслов). Наиболее значительное ускорение ее наблюдалось при бурном ревматическом полиартрите и при тяжелом течении острого периода с выраженными явлениями недостаточности сердца.

Учитывая данные Колтыпина и его школы, полученные при некоторых аллергических заболеваниях у детей, и недостаточное изучение этого вопроса при ревматизме, мы провели наблюдения по этой методике у 47 детей в возрасте от 6 до 15 лет по следующим формам ревматизма: сердечная (7), сердечно-суставная (19), суставная (3), нервная (18). Нервная форма у 2 больных сочеталась с поражением сердца и суставов и у одного — с поражением сердца.

Подавляющее большинство больных (40 из 47, или 85,2%) имело при первичном исследовании значительно ускоренную пробу Мак-Клюра (не дольше 30 мин.), причем резкое ускорение (от 10 до 20 мин.) наблюдалось более чем у половины (26 из 47, или 55,3%).

Значительное ускорение этой пробы наблюдалось при всех формах ревматизма, причем степень ускорения была большей у поступивших в первые дни болезни, чем с более длительным сроком заболевания и подвергавшихся лечению до поступления в клинику.

Проба эта длительно сохраняется ускоренной у больных с активной фазой поражения сердца не только при декомпенсации сердечной деятельности, но и при отсутствии последней.

При суставной форме ревматизма без заметного поражения сердца рассасывание волдыря уже при поступлении больного в стационар протекало медленнее, чем при сердечно-суставной форме.

При нервной форме ревматизма проба Мак-Клюра была выражена не одинаково, в зависимости от наличия или отсутствия поражения сердца или суставов. В тех случаях, когда хорея протекала без поражения сердца и суставов, проба Мак-Клюра была менее отклонена от нормальных цифр и скорее нормализовалась. При сочетании же хореи с полиартритом или ревмокардитом проба Мак-Клюра давала резкое отклонение от нормы, которое длительно сохранялось.

Суммируя наши наблюдения, можно отметить, что ускорение этой пробы является одним из чутких показателей нарушения жизнедеятельности организма больных ревматизмом, а нормализация ее позволяет судить о положительной динамике болезненного процесса и наступлении клинического выздоровления.

1. Колтыпин А. А. Учебник острых инфекционных болезней детского возраста, 1935. — 2. Маслов М. С. Диагноз и прогноз детских заболеваний, 1948. — 3. Скучайте О. К. В кн.: Сердечно-сосудистая патология при заболеваниях органов дыхания и ревматизме у детей. Под ред. Ю. Ф. Домбровской, 1959.

Поступила 16 февраля 1961 г.

## ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

А. И. Шварева и Г. О. Зубаирова

Кафедра госпитальной педиатрии (зав. — проф. Е. Н. Коровая) и кафедра  
отоларингологии (зав. — проф. Н. Н. Лозанов)

Рассматривая ревматизм как инфекционно-аллергическое заболевание, естественно предполагать в его патогенезе аллергическую перестройку реактивности организма, связанную в частности с нарушениями функции центральной нервной системы.

Одним из перспективных методов изучения ее функционального состояния является электроэнцефалография (ЭЭГ). Мы и предприняли изучение особенностей электроэнцефалограмм у детей-ревматиков. До настоящего времени такого рода наблюдения немногочисленны. Так, И. А. Бронзов (1956) при исследовании ЭЭГ у взрослых больных ревматизмом и инфекционным неспецифическим полиартритом нашел взаимосвязь между клиническими особенностями течения этих заболеваний и характером электрической активности коры головного мозга: оказалось, что острые формы заболевания характеризуются высоким уровнем электрической активности коры, подострые, вяло протекающие формы — снижением уровня электрической активности и что для всех клинических форм характерны медленные волны. И. И. Ходакова (1959) изучала состояние электрической активности коры головного мозга у детей при хорея в течение лечения удлинением сна и обнаружила значительные изменения в ЭЭГ в виде дизритмии корковых потенциалов или снижения электрической активности с преобладанием медленной активности, особенно при затяжных рецидивирующих формах заболевания.

Нами в клинике при исследовании и лечении детей различного возраста, больных ревматизмом, использовался четырехканальный электроэнцефалограф опытного завода АМН СССР с чернильной записью. Применялись моно- и биполярные отведения с симметричных участков затылочной, теменной и лобной областей. Во время записи ребенок находился в экранированной затемненной камере. В качестве раздражителя применялось освещение в 12—15 люксов в течение 4—5 сек.

В связи с тем, что ЭЭГ детей имеет целый ряд особенностей, предварительно была обследована группа из 29 здоровых детей тех же возрастных групп. Мы ограничили этим количеством детей, так как данные ЭЭГ, полученные при их исследовании, совпали с данными других авторов (А. Б. Коган и Н. В. Штайнбух, 1950; F. A. Gibbs а. E. Z. Gibbs, 1941; П. И. Шпильберг, 1953; и др.).

В I группе детей (от 3 до 7 лет) альфа-ритм имел частоту 7,5—10 колебаний в секунду, амплитуду 20—30 микровольт, выражен в большинстве случаев непостоянно. Хорошо выявляются бета-колебания. Постоянным компонентом ЭЭГ являются медленные волны частотой 2—6,5 колебаний в секунду амплитудой 20—40 микровольт.

Во II группе (дети от 8 до 12 лет) частота альфа-ритма колебалась от 8 до 11,5 в сек. У большинства детей он был выражен постоянно, быстрые колебания выявлялись умеренно, медленные волны регистрировались лишь у некоторых детей.

В III группе (дети от 13 до 16 лет) частотная характеристика и выраженность ритмов соответствовали ЭЭГ взрослого.

Было исследовано 95 больных в активной фазе ревматизма в возрасте: 1) от 3 до 7 лет — 19, 2) от 8 до 12 лет — 55 и 3) от 13 до 16 лет — 21. В каждой возрастной группе обследованы больные: а) с поражением сердца (с пороком и без порока), б) с поражением других систем и органов (хорея). Тяжесть клинической картины (по Киселю) учитывалась в каждом конкретном случае.

Электроэнцефалография производилась через несколько дней после поступления больного в клинику и в ряде случаев повторно, в процессе лечения.

При анализе ЭЭГ учитывались наличие или отсутствие составных компонентов ЭЭГ, регулярность регистрируемых ритмов их частота, амплитуда, реакция на световое раздражение.

В I гр. обследовано 15 больных с поражением сердца, причем 5 без порока, 10 с пороком сердца и 4 — с хореей. В ряде случаев поражения сердца комбинировались с полиартритом. Изменения в электрической активности коры головного мозга при сердечной форме выявлены у 9 больных. Они выражались в отсутствии альфа-ритма. В некоторых случаях выявлялись отдельные редуцированные альфа-волны или