

3—5 и более раз, что и регистрируется микроамперметром (одно деление шкалы гальванометра соответствует силе тока в  $0,36 \cdot 10^{-6}$  А).

У каждого нашего больного электропроводимость кожи регистрировалась в 24 точках с обеих сторон.

Под нашим наблюдением находилось 223 больных с различными формами хронического холецистита, у которых проведено свыше 500 исследований.

Изменение электрокожной проводимости менее чем вдвое мы считали в пределах ошибки метода. Увеличение электрокожной проводимости в 2—3 раза от исходной величины мы считали умеренным, а в 4—5 и более раз — резким увеличением. Для оценки степени изменения электрической проводимости мы сравнивали данные измерения в разных точках кожи с показаниями, полученными на коже предплечья, которую мы считали индифферентным участком, фоном.

При анализе результатов мы обращали главное внимание на следующие три основные зоны:

1. Зона патологического очага, куда входили данные определения электрической проводимости в точках V, VI и VII ребер справа, правого подреберья, пилородуоденальная точка и точка на уровне пупка справа.

2. Симметричная зона — аналогичные точки с левой стороны. Указанные зоны соответствуют сегментам D<sub>8</sub>—D<sub>10</sub>.

3. Зона иррадиации, включающая область 2 ребра, ключицы, плечевого сустава, плеча, над- и подлопаточной области справа.

Исследования показали, что чем тяжелее воспалительный процесс в желчных путях, тем обычно в большей степени увеличивается электрокожная проводимость в соответствующих кожных сегментах.

При улучшении состояния больных электрокожная проводимость снижается, при обострении холецистита, как правило, увеличивается. При помощи гальваноаппарата возможно судить о результатах терапии.

### **Х. С. Ахмерова, Р. Г. Камалова (Казань). Опыт применения стероидных гормонов в комплексном лечении ревматизма и некоторых других заболеваний у детей**

Из 33 больных ревматизмом в активной форме в 1958—60 гг. 20 получали кортизон и 13 — АКТГ. Миокардит наблюдался у 5 человек, эндомиокардит с недостаточностью митрального клапана — у 1, эндомиокардит с комбинированными пороками — у 23, панкардит с комбинированными пороками — у 4. Суставные проявления (полиартрит, полиартралгия) отмечались у 16 детей. Лишь 5 детей заболели ревматизмом впервые.

Нарушение кровообращения I ст. наблюдалось у 4 больных, II ст. — у 16, без нарушения кровообращения было 13.

Кортизон назначался обычно после безуспешного применения других средств, начиная с 75—100 мг в сутки, в течение 10—12 дней, затем доза постепенно снижалась до поддерживающей ( $1/4$  первоначальной дозы) на протяжении 4—8 недель.

АКТГ давался по 10—40 ед. в сутки по 3—4 недели до получения эффекта.

Наряду с гормональной терапией, больным назначали салцилаты, комплекс витаминов, рациональное питание, ограниченно — жидкости и соли, антибиотики, лечебную гимнастику и др.

Почти у всех получавших кортизон или АКТГ улучшались общее состояние, настроение, аппетит, сон, исчезала одышка, снижалась температура. РОЭ значительно снижалась или становилась нормальной к 4—20 дню от начала лечения, причем у 10 затем наблюдалось небольшое кратковременное ускорение РОЭ на 6—18 день.

У 25, то есть у большинства больных, наблюдалось уменьшение или исчезновение проявлений миокардита, громче становились тоны сердца, сократились или вернулись к норме границы сердца, уменьшился или исчез систолический шум, исчезли экстрасистолия, тахикардия.

Суставные проявления (полиартрит, полиартралгии) обычно снимались в первые же дни терапии. Лишь в одном случае полиартрит, сопровождавшийся обильной уртикарной сыпью по всему телу, периодически обострялся на фоне лечения кортизоном. Отмечалось влияние гормональной терапии и на течение эндокардита.

Улучшение общего состояния особенно было заметно у больных с сердечной недостаточностью II ст., когда гормональная терапия проводилась на фоне лечения сердечно-сосудистой декомпенсации общепринятыми средствами (строфантин, конваллотоксин, наперстянка, кордиамин, камфара, кофеин, новурит, диакарб), причем эффект от кортизона наступал значительно быстрее, чем от АКТГ.

У этих больных с улучшением общего состояния наступало быстрое уменьшение отеков, асцита, уменьшение печени. Лишь у 3 на фоне лечения кортизоном ухудшилось общее состояние, увеличилась печень, появились асцит, отеки, исчезнувшие, однако, при продолжении курса лечения кортизоном.

Во время лечения отмечались некоторые побочные явления: тахикардия — у 6 больных, бессонница — у 2, возбуждение — у 1, умеренное повышение АД во время лечения — у 3 и после лечения — у 2, эйфория — у 1, уртикарная сыпь — у 2, сахар

в моче до 0,05% был у 2. Резко снизилось количество выделяемой мочи в течение первых 2—4 дней лечения лишь у 2 больных.

У 2 больных значительно повысилось количество выделяемой мочи в первую неделю лечения. Лунообразное лицо было у 2 больных, избыточное прибавление в весе — у 6.

У 8 больных, получавших гормональную терапию, наблюдались повторные атаки ревматизма в течение двух последующих лет.

Кортизон применялся нами и для лечения экссудативного диатеза у 7 детей с кожными его проявлениями.

Отек, мокнутие и гиперемия наблюдались у 5 больных, у 2 были себоррея волосяной части головы, гиперемия и шелушение кожи на щеках и упорные опрелости. У 5 больных отмечалась эозинофилия — от 12 до 16%.

В 3 случаях кортизон применен в количестве 25 мг в сутки в течение 6—10 дней до получения клинического эффекта. В связи с рецидивом на 3-й день после отмены кортизона у одного из этих больных проведен повторный курс лечения, а последующим четырем кортизон давался более длительно: по 25—75 мг в сутки 15 дней, затем по 12—25 мг в сутки 10 дней.

У одного из этих больных через месяц после отмены кортизона наблюдался рецидив заболевания, который легко поддавался повторному курсу лечения.

Наряду с гормональной терапией, все больные экссудативным диатезом получали и местное лечение, витамины, рациональное питание, а при показаниях — антибиотики. На 2—5 день лечения наступил явный клинический эффект в 6 случаях: зуд становился менее выраженным, улучшился сон, кожные проявления исчезли полностью к 9—10 дню.

Больные под наблюдением оставались до 4 месяцев, причем рецидивов не отмечалось.

Гормональная терапия применялась нами и у 5 детей с тяжелыми формами бронхиальной астмы с ежедневными приступами (у одного приступы наблюдались до 11 раз в сутки). До гормонотерапии эти дети лечились общепринятыми средствами (адреналин, эфедрин, солутан и т. д.).

На фоне общеукрепляющего лечения кортизон применялся у 4 детей, преднизон — у одного. Суточная доза кортизона колебалась от 25 мг до 75 мг, по мере достижения терапевтического эффекта доза постепенно снижалась. Курс лечения длился от 10 до 32 дней. Один больной получал преднизон по 10 мг в сутки 15 дней.

Лечение было эффективным у 4 больных. Приступы астмы прекратились в первые же сутки и в период пребывания в клинике (20 дней — 3 месяца) не возобновлялись. Улучшились настроение, сон, аппетит. Больные прибывали в весе. В легких значительно уменьшались сухие и влажные хрипы. Полностью исчезли характерные аускультативные явления в легких к 7—10 дню и к концу 2-й недели лечения. Только у одного с двусторонней хронической интерстициальной пневмонией, с легочно-сердечной недостаточностью II ст. эффект был неполный — приступы стали значительно реже, но полностью не прошли. У одного через 3 месяца наступил рецидив.

Гормональная терапия применялась также и в комплексе лечения 13 больных геморрагическим капилляротоксикозом и 3 — с болезнью Верльгофа. Давность заболевания была от 3 дней до 2 месяцев.

У двоих АКТГ по 20—40 ед. в сутки в течение 15—20 дней эффекта не дал.

Лечение же кортизоном (от 50 до 75 мг в сутки в течение 18—20 дней) у 6 человек прошло с хорошим эффектом. Улучшение наступало на 3—5-й дни лечения. Исчезали боли в животе, суставные боли и геморрагии не возобновлялись.

Лечение преднизолоном проводилось 5 больным (20 мг в сутки первые 5—7 дней, в дальнейшем доза постепенно снижалась до 5 мг в сутки). Общий курс лечения составлял 3—4 недели. Эффект от лечения наблюдался у 4 больных. И лишь у одной больной с тяжелой рецидивирующей формой капилляротоксикоза с явлениями нефрита, несмотря на лечение в течение 2 месяцев, наблюдались многократные рецидивы заболевания, и явления нефрита были стойкими.

С хорошим эффектом гормональная терапия проводилась у 3 больных с болезнью Верльгофа.

#### **Л. Х. Мавзютов (Аксубаево, ТАССР). Опыт премедикации и введения противошоковых жидкостей при полостных операциях под местным обезболиванием**

Нами в 1959 г. проведено 18 операций (аппендэктомий — 4, лапаротомий — 3, резекций желудка — 6, прочих операций — 5) под местным обезболиванием 1/4% раствором новокаина по методу «ползучего инфильтрата» по А. В. Вишневскому с премедикацией препаратами фенотиазинового ряда и введением противошоковых жидкостей во время операции.

Премедикацию проводили бромом внутривенно и кофенином подкожно (при плановых операциях) в течение 3—4 дней, барбитуратами и внутримышечным введением смеси промедола, аминазина, димедрола и новокаина, а также морфина и атропина за 2 ч. до операции.

Перед началом операции пульс в большинстве случаев учащался до 90—100 (у 12),