

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 веса — у 6.

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

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

Отек, мокнущие и гиперемия наблюдалась у 5 больных, у 2 были себоррея волосистой 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 больного 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 преднизоном 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 (аппендицитомия — 4, лапаротомия — 3, резекция 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 кофеином 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),

иногда оставался без изменений (у 6). АД снизилось до 110/65 у 6, а у 12 осталось без изменений.

Начало операции для больного протекало незаметно. АпPENDЭКТОМИИ проходили совершенно безболезненно.

При резекции желудка перед потягиванием за малую кривизну, перед обработкой культи двенадцатиперстной кишки и др. внутривенно вводилась противошоковая жидкость (10 мл 40% глюкозы, 10 мл физиологического раствора, 10 мл 10% раствора бромистого натрия, 10 мл 96% спирта и 1 мл 1% раствора морфина). Больной вновь впадал в дремотное состояние. При длительных операциях введение противошоковой жидкости повторяли.

Больные даже при резекции желудка спокойно спали, при окликах просыпались и отвечали на вопросы, но совершенно не помнили хода операции и болей во время ее.

Погашение болевой чувствительности — второе ценное свойство метода. Больные не чувствуют болей. Если при операциях только под местной анестезией те или иные боли бывают в 20—25% всех случаев, то при премедикации и введении противошоковых жидкостей незначительные боли были только у 2 (из 18).

Больные после операции спали 8—10 часов, затем, после введения морфина, спали всю ночь.

Недостатком метода является то, что во время сна дыхание делается более поверхностным, кожные покровы, вследствие наступающей частичной гипоксии, бледнеют, против чего мы применяли вдыхание кислорода из наркозного аппарата с помощью маски. Это можно проводить и из кислородного баллона через редуктор или из кислородной подушки.

Некоторую лабильность АД, которую мы наблюдали во время операции, мы относим за счет аминазина. В 8 случаях максимальное АД колебалось от 100 до 115, в 6 оставалось в пределах нормы, в 2 снижалось до 80/60 и в 2 повышалось до 160/100. В последнее время мы заменили аминазин дипразином. У 4 больных наблюдалась неадекватная реакция: при незначительном раздражении больные просыпались, пытались двигаться. Так как их сознание было заторможено, вступить в контакт с ними было затруднительно. Это нужно иметь в виду при производстве операций.

М. Э. Ширяк (Казань). Предупреждение рвоты и болей в эпигастрии после апPENDЭКТОМИИ введением атропина

Как известно, при апPENDЭКТОМИИ под местной анестезией многие хирурги отмечали появление сильных болей в подложечной области и, иногда, рвоты в момент перевязки брыжейки отростка. Обращает на себя внимание частота рвот, тошнот и болей в области желудка в послеоперационном периоде.

Мы наблюдали за течением послеоперационного периода у 201 больного, которым произведена апPENDЭКТОМИЯ. У 87,4% больных в первые дни после операции были, помимо болей в области операционной раны, тошнота, рвота и боли в подложечной области. Многократная рвота и боли в эпигастрии были у 23,3% больных, рвота до 3 раз и боли в желудке — у 34,8% и тянущие боли в эпигастрии — у 29,3%.

Считая вышеуказанные расстройства следствием в основном пилороспазма, мы решили вводить оперированным больным сразу же после операции подкожно однократно 1 мл 0,1% раствора атропина (детям атропина вводилось меньше с учетом возраста).

В результате из 202 больных, получивших атропин, после операции многократная рвота и боли в области желудка были только у 7, боли и рвота до 3 раз — у 15. Тошнота и боли в эпигастрии беспокоили 5 человек, и у 175 (86,6%) тошнот, рвот и болей в эпигастрии не было.

Мл. науч. сотр. Н. А. Добротина (Горький). Диспротеинемия при пузырчатых дерматозах

В патогенезе пузырчатки большое место занимают токсические, дистрофические изменения и нарушение обмена веществ. Исходя из этого, нами изучались белки крови методом бумажного горизонтального электрофореза на аппарате ЭФА-1.

По диагнозам больные распределялись следующим образом: вульгарная пузырчатка — 7, отслаивающая пузырчатка — 2, вегетирующая — 2, герпетиформный дерматит Дюринга — 8, врожденная пузырчатка — 1 больной.

Женщин было 17, мужчин 3. Из больных пузырчаткой 8 человек было старше 55 лет, 2 — моложе 35 лет, и одна девочка — 3,5 лет. Все болели пузырчаткой, за исключением одной, от нескольких недель до 3—5 месяцев.

При пузырчатке на фоне гипопротеинемии резко снижены альбумины и повышены альфа-глобулины.

Кортисон обычно приводит к некоторой нормализации белковых фракций крови. О тяжести процесса можно судить по электрофорезу белка пузырной жидкости,