

(витамин Е по 1 чайной ложке 2 раза в день, витамин С в настое шиповника, витамин В₁₂ в инъекциях, поливитамины в драже, гематоген и рыбий жир). Проведено 3 пробных курса лечения хлоридином и сульфодимезином по инструкции лаборатории токсоплазмоза института им. Гамалея (хотя никаких данных о токсоплазмозе выявлено не было).

8/X-61 г. беременность закончилась рождением живого здорового ребенка мужского пола — 3400,0. Поскольку кожная проба, поставленная с токсоплазмином, оказалась отрицательной и больная профилактически получала витамины с 5-й недели беременности, можно полагать, что в предупреждении ихтиоза в данном случае сыграла какую-то роль витаминизация.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атаев А. Журн. акуш. и жен. бол., 1929, январь. — 2. Nadine G., Smith a. Northop Beach. A. M. A. Journ. dis. Child., 1959, v. 98, № 2.

Поступила 23 мая 1961 г.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Доц. Г. А. Гельфер (Горький). Опыт применения новокаиновой блокады по В. И. Казанскому при стенокардии

В. И. Казанский в 1952 г. предложил вводить 0,5% раствор новокаина в количестве 80 мл для анестезии преаортального сплетения путем пункции переднего средостения через яремную ямку.

Мы применили с 1957 г. этот метод 56 больным стенокардией в возрасте от 30 до 69 лет (мужчин — 45, женщин — 11).

Лечение начиналось через 1—2 недели после поступления в клинику, когда устанавливалось, что обычной сосудорасширяющей и противоболевой терапией, а в ряде случаев и внутривенной новокаиновой блокадой не удавалось ликвидировать болевой синдром.

У 49 больных после первой блокады отмечено прекращение или временное облегчение приступов обычно на 1—2 суток. Прекращение приступов или значительное облегчение у большинства больных наступало лишь после 4—5 процедур. Применение блокады прекращалось, если после двукратного ее производства стенокардические приступы не возобновлялись. Большинству больных проводилось по 6—7 блокад. Если после 2—3 блокад не наступало положительного результата, то дальнейшее применение их оказывалось нецелесообразным.

Интервалы между повторными блокадами устанавливаются в зависимости от частоты приступов и степени побочного влияния новокаина. Так, если явления новокаиновой интоксикации наступали после повторных процедур, то промежутки между ними удлинялись до 3—4 дней; первые 2 блокады производились через день, а при частых приступах — 2 дня подряд. Кроме того, при явлениях интоксикации уменьшалось, как это рекомендует Ф. Е. Остапюк, количество вводимого каждый раз новокаинового раствора до 50—40 мл, вместо 80 мл. Если удлинением промежутков между инъекциями и уменьшением дозы новокаина не удается предотвратить явления интоксикации, то дальнейшее применение блокады следует прекратить, так как новокаиновая интоксикация сама приводит к возобновлению приступов. Нам пришлось прекратить применение загрузинной анестезии из-за повышенной чувствительности к новокаину одному больному после первой же процедуры и 3 после второй; из-за ухудшения состояния — одному после второй блокады и двум — после первой. Ряд больных отмечал после блокады небольшое ощущение тяжести за грудиной, степень и длительность которого зависели от нервного статуса больного. У большинства это ощущение проходило через 0,5—1 ч. Почти у половины больных вскоре после блокады отмечались легкое головокружение и небольшая слабость, которые проходили через 15—30 мин. Других осложнений на 282 блокады отмечено не было.

Эффект лечения расценивался как хороший, если приступы стенокардии и другие внесердечные симптомы, их сопровождающие, прекращались. В группу с удовлетворительным эффектом отнесены больные, у которых выраженные, частые приступы в покое или при небольшом напряжении сменялись легкими, кратковременными болевыми ощущениями при физическом или нервном напряжении.

Для более правильной оценки наблюдений результаты лечения учитывались раздельно при разных формах стенокардии (по классификации М. С. Вовси). Наши больные по результатам лечения распределяются следующим образом:

Форма грудной жабы	Результаты лечения			
	хороший	удовлетворительный	без эффекта	итого
Стенокардия (напряжения и покоя) на почве венечного атеросклероза	25	13	3	41
Стенокардия рефлекторного происхождения	2	1	—	3
Психогенного происхождения	—	3	3	6
Вегетативно-дискинетического (климактерического) происхождения	—	2	4	6
Всего	27	19	10	56

Положительный результат наблюдается чаще у тех больных, у которых острая коронарная недостаточность связана с органическими изменениями венечных артерий, причем эффект зависит от степени поражения артерий. Хороший результат наблюдался у больных и в ишемической стадии атеросклероза.

Больные, страдающие грудной жабой, вызванной коронаросклерозом третьей стадии, с недостаточностью кровообращения, тяжело переносят загрузочную анестезию. Этот метод лечения у них не эффективен и не показан.

Лечение оказалось успешным и у больных со стенокардией рефлекторного генеза: из 3 больных у двух припадки стенокардии полностью прекратились, а у одного наступило улучшение — резкое уменьшение силы и частоты приступов. Следует отметить, что лучший и более стойкий эффект достигается комбинацией загрузочной и паранефральной блокад.

Загрузочная новоканновая блокада оказалась несравненно менее эффективной при грудной жабе ангионевротического генеза, возникшей в результате психотравмы и длительного нервного перенапряжения, а также вегетативно-дискинетического (климактерического) происхождения.

Результаты лечения прослежены у 33 больных. Приступы возобновились через 11—15 дней у 5, через 1—2 месяца — у 8. Отсутствие приступов и хорошее самочувствие установлены через 3—6 месяцев у 12, через 8—12 месяцев — у 4, свыше 1 года — у 4. Повторное лечение, проведенное 7 больным, выписавшимся в хорошем состоянии, вновь оказалось успешным.

М. Г. Мамиш (Казань). О динамике глутатиона в венозной крови при гипертонической болезни

Определялось содержание в венозной крови общего глутатиона, восстановленного и окисленного, у 87 (мужчин — 27, женщин — 60) больных гипертонической болезнью (I ст. — 26, II — 28 и III — 33). Больные были в возрасте от 19 до 70 лет.

Общий глутатин определялся по Габбе и восстановленный — по Бланшетьер и Бине.

Исследования проводились по поступлении в клинику, повторно через 10—12 дней и затем перед выпиской. Однократно исследовано 2 больных, дважды — 61 и 4 раза — 24.

У больных I ст гипертонической болезни отмечались снижение общего глутатиона, умеренное уменьшение восстановленного и умеренное повышение окисленного.

При II ст. также снижено содержание общего глутатиона, выражено уменьшение восстановленного и повышение окисленного.

При III ст. наблюдалось резкое уменьшение общего и восстановленного глутатиона и повышение окисленного.

При улучшении общего состояния больного и снижении АД в результате лечения выявляется тенденция к понижению содержания окисленного глутатиона и повышению восстановленного.

Доц. М. Б. Рафалович и канд. мед. наук С. П. Мельничук (Ставрополь на Кавказе и Пятигорск). Состояние функции внешнего дыхания при гипотонической болезни

При гипотонической болезни ведущими являются жалобы на головные боли, головокружения, повышенную физическую и психическую утомляемость, повышенную