

быстро приняли грозный характер, больной впал в коматозное состояние и умер.

Клинический диагноз: двустороннее поликистозное перерождение почек, двусторонние почечные камни, артериокардиосклероз, эмфизема легких, гипохромная анемия, истощение.

Патолого-анатомический диагноз: двустороннее поликистозное перерождение почек. Истощение. Инфаркт миокарда. Бурая атрофия печени. Отек легких. Общий артериосклероз. Кардиосклероз. Эмфизема легких. Синехии плевральных листков справа.

Почки весят каждая по 750 г (вместо нормальных 120—130 г) и обнаруживают большое сходство с виноградной кистью; с поверхности почек выбухает множество полушаровидных, различно окрашенных кист, величиной от горошины до сливы, а на разрезе они представляют полости, заполненные жидким содержимым, между которыми проходят довольно мощные соединительнотканые тяжи макроскопически с едва заметными прослойками почечной ткани.

Клинических признаков инфаркта миокарда, обнаруженного на секции, у больного не было. Возможно, что он развился в последние дни, когда больной находился в тяжелом состоянии уремической комы.

Следовательно, в некоторых случаях, как в нашем, диагноз поликистозных почек может быть поставлен без сложных манипуляций, на основании одних лишь клинических данных, если только вообще помнить о возможности наличия такого рода почечного заболевания

Поступила 20.VI. 1940.

И. А. ОБЕРМАН

К вопросу лечения несахарного диабета

Из пропед. терап. клиники (дир. проф. А. Г. Терегулов) Казанск. гос. мед. института

Можно было бы привести длинный список лекарственных препаратов, применявшихся эмпирически для лечения несахарного диабета, отражая этим неэффективность терапии.

Жевин (De Gowin) при сравнении их действия на больных пришел к выводу, что за исключением питуитрина разве только пирамидон, антипирин и аспирин оказывают некоторое действие, ослабляя чувство жажды и уменьшая количество мочеиспусканий, остальные же испробованные вещества не дают вообще никакого эффекта.

Особое место в лечении несахарного мочеизнурения занимает гормон задней доли гипофиза, антидиуретическое действие которого специфично. Из всех факторов, влияющих на водный обмен или на выделение почками воды, гипофизу приписывается главная роль (Сергин и Нусинбаум).

Предполагается, что гормон задней доли гипофиза, питуитрин Р, циркулируя в крови, обуславливает удержание воды тканями и стимулирует реабсорбционную способность эпителия мочевых канальцев почек. Применение его представляет вид заместительной терапии. Поэтому в случаях настоящего несахарного мочеизнурения, обусловленного отсутствием питуитрина в крови или недостаточным его выделением в кровь, введение его в организм больного оказывает быстрое действие, прекращая полиурию и жажду в несколько часов. Этим объясняется то, что питуитрин Р, предложенный в виде жидкого экстракта для подкожных инъекций, вытеснил все ранее применявшиеся при несахарном диабете симптоматические средства.

Подкожная инъекция жидкого экстракта питуитрина Р действует однако кратко временно, всего несколько часов, после чего у больного неизбежно нарастает диурез и возвращается жажда. Необходимость постоянного повторения инъекции представляет, по понятным причинам, одно из неудобств этого способа лечения. Поэтому ис-

следователи продолжают поиски других методов применения питуитрина. Так, с лечебной целью производились и производятся пересадки гипофиза человека, телят под кожу больного. Эффект получается временный вследствие дегенерации и рассасывания трансплантата.

Ряд экспериментаторов и клиницистов пробовал применять жидкий экстракт или порошок гипофиза и *reg. os.* Выводы получены разноречивые. Ордынский заключал порошек задней доли гипофиза в салоловую оболочку и, проверяя его действие при даче *reg. os.*, пришел к выводу, что для получения одинакового антидиуретического эффекта требуется увеличить дозу препарата примерно в 30 — 50 раз по сравнению с дозой при подкожном введении.

Наиболее удачной оказалась мысль американского автора Cushing вводить питуитрин в организм, используя большую всасывательную способность слизистой оболочки носа. В связи с предложением этого автора Блюмгардт проводил лечение введением в нос тампонов, смоченных жидким экстрактом питуитрина.

Наконец, в 1928 году А. и Л. Шуа предложили лечение несахарного диабета введением в нос порошка задних долей гипофиза. Ими получены хорошие результаты на 12 больных.

В нашем Союзе этот метод лечения получил применение с 1935 года в Институте экспериментальной эндокринологии. Имеется интересное сообщение Атабек об эффективности его применения на 52 больных с несахарным мочеизнурением.

Мы поставили себе задачу проверить эффективность интраназального лечения на материале нашей клиники препаратом, изготовленным согласно указаниям Института экспериментальной эндокринологии.

Порошок задних долей гипофизов, от крупного рогатого скота мы готовили сами. Разовую дозу в 0,05 делили пополам и давали осторожно втягивать в одну и другую ноздрю, повторяя это через равные промежутки времени 3-4-6 раз в сутки, в зависимости от качества серии препарата и тяжести случая.

Всего у нас было под наблюдением четверо больных с тяжелой формой несахарного диабета, один из которых длительно пользовался подкожными инъекциями питуитрина. У всех этих больных интраназальное лечение дало прекрасный эффект: действие препарата наступало не позже чем через час, выражалось в исчезновении жажды, появлении слюны, у некоторых — пота, уменьшении количества выделенной мочи; действие разовой дозы продолжалось в течение 4-6 часов. При систематическом введении порошка суточный диурез падал на 2-й, 3-й день до нормальных или близких к ним цифр.

Для иллюстрации приводим краткую историю болезни одного из больных. Б-ной Н., 34 лет, поступил с жалобами на сильную жажду, обильное выделение мочи, общую слабость, ощущение жара, плохой аппетит и недостаточный сон, прерываемый каждые 1 — 1½ часа жаждой и позывами к мочеиспусканию. Настоящее заболевание началось после брюшного тифа 20 лет тому назад. Кроме того, в анамнезе малярия, грипп, скарлатина.

Объективно: б-ной среднего роста, питание понижено. Кожа без особых изменений. Склеры субиктеричны, язык обложен толстым налетом, суховат. Нос, верхние дыхательные пути, легкие без особых изменений. Сердце: границы в пределах нормы, тоны чистые, пульс ритмичный, 72 удара в мин. Кровяное давление 95/50. Органы брюшной полости: желудочно-кишечный тракт без изменений, печень выходит из подреберья на 1 пп., безболезненна селезенка не прощупывается. Нервная система в пределах нормы. Моча: суточный диурез 10 — 12 литров, реакция кислая, удельный вес 1,002. Белка, сахара нет. Хлориды в моче — 0,2%. Функциональная проба по Зимницкому — колебания уд. веса в пределах 1,000 — 1,002, ДД = НД. Проба на концентрацию по Фольгарду при воздержании б-ного от питья жидкости в течение трех часов показала максимальный удельный вес в отдельной порции мочи равный 1,008.

Кровь морфологически без особых изменений. Хлориды в крови 581,2⁰/₁₀₀, сахар — 69⁰/₁₀₀, резервная щелочность по Ван-Слайку 48,3, остаточный азот 29,2⁰/₁₀₀, РВ — отрицательная. Рентгенологически гипофиз без изменений. Глазное дно без изменений.

Цветощущение нормально, сужения полей зрения не определяется. Больной в течение 20 дней находился на бессолевой диете, в результате чего суточный диурез уменьшился до 6 литров. Затем больной был переведен на общий стол, и ему назначено интраназальное лечение порошком гипофиза. Спустя час после первого приема порошка в дозе 0,05 больной отметил появление слюны во рту, выступивший впервые пот на лбу. За час мочи 28 см³ кислой реакции, уд. в. 1.010. За 2-е сутки лечения — диурез 3400 см³, уд. в. 1,004; за 3-е сутки — 1800 см³, уд. в. 1,005; в 6-е сутки — 1400 см³, уд. в. 1.008.

С этого дня за отсутствием порошка лечение было прекращено; появилась вновь жажда, нарастал диурез, достигши на 6-й день 6 литров.

За время пребывания больного в клинике интраназальное лечение повторялось 2

раза, причем от 2-й серии нашего препарата эффект был слабее, повидимому, потому, что при препаровке сырых гипофизов вместе с задними долями нами была оставлена ткань промежуточных долей. При назначении препарата в дозе $0,05 \times 6$ раз в сутки диурез падал медленно, и только на 12-е сутки он снизился до нормального уровня.

У остальных наших больных при интраназальном лечении также было получено субъективное улучшение и падение диуреза до нормального уровня.

Однако, в колебаниях удельного веса мочи проявлялись особенности каждого случая, в зависимости от степени нарушения концентрационной способности почек. Если в наиболее легком случае, у больного Т., с суточным диурезом в 10 литров максимум, удельный вес мочи во время лечения был равен 1,020, то в наиболее тяжелом случае заболевания, у больного А. с суточным диурезом до лечения в 24 литра в сутки, удельный вес мочи выше 1,003 во время лечения не поднимался.

Мы вели свои наблюдения до выпуска фабричного препарата. Наблюдения наши показали, хотя и на небольшом материале, эффективность интраназального лечения порошком гипофиза. Примененный затем фабричный препарат (гипофизоль) оказался равноценным по действию.

Снимается ли введением метода интраназального лечения терапия несахарного диабета подкожными инъекциями? По данным авторов, занимавшихся этим вопросом (Шуа, Атабек), интраназальное лечение недействительно при заболеваниях носа, ведущих к падению всасывательной способности его слизистой. С другой стороны, в тяжелых случаях с диурезом выше 20 литров рекомендуется комбинировать оба пути введения питуитрина.

Наше впечатление таково, что метод интраназального введения порошка заслуживает внимания, т. к. он эффективен и в то же время практически очень прост и удобен, освобождает больного от необходимости постоянных инъекций и постоянного посещения лечебного заведения.

Поступила 27. I. 1940.

Р. Г. БАКИЕВА

Случай воздушной эмболии после влагалищного кесарского сечения

Из акушерско-гинекологической клиники (дир. проф. И. Ф. Козлов) Казанского ин-та усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Воздушная эмболия представляет интерес как редкое и грозное осложнение, имеющее место в хирургической, акушерской и гинекологической практике. Из акушерской практики описаны случаи воздушной эмболии при предлежании последа (Крамер, Крукенберг, Финк и др.), особенно при лечении последнего комбинированным поворотом по Бракстон-Гиксу, при ручном отделении последа (Финк, Зенглер, Шлосман и др.), при гидрамнионе (Кнауэль), при разрывах шейки матки (Кнауэль), при кесарском сечении (Финк, Кнауэль), при эклампсии, наступившей после родов (Кнауэль Колиско) и, наконец, описан ряд случаев после нормальных родов на второй, пятый, восьмой и двенадцатый день (Ильин, Шестопал и др.). Ряд авторов приводит случаи воздушной эмболии при криминальных абортах.

Предварительным условием для воздушной эмболии в акушерских случаях Эмиль Кнауэль считает следующие моменты:

1. Наличие нетромбированных открытых вен на плацентарном месте или в области ранений. Такое состояние бывает чаще всего при предлежании последа, частичном отделении нормально сидящего детского места, при разрывах матки или при ее атоническом состоянии.

2. Зияние влагалищного входа, которое возможно при необычных положениях женщины (боковое, коленно-локтевое). О значении данного фактора в происхождении воздушной эмболии говорит сообщение Штро и Олингера о случае внезапной смерти от воздушной эмболии роженицы тотчас же после принятия коленно-грудного положения на седьмой день после нормальных родов.

3. Акушерские вмешательства, которые могут способствовать вхождению воздуха в полость матки. Рука, введенная в половые пути для операции, повышает давление воздуха, находящегося в половых органах и поддерживает поступление воздуха в открытые венозные сосуды.