

в процессе лечения усилилась изжога и боли в подложечной области, что побудило прекратить терапию плантаглюцидом в конце 2-й недели.

Таким образом, мы наблюдали положительные результаты при амбулаторном лечении плантаглюцидом хронических воспалительных заболеваний желчных путей и можем рекомендовать его для профилактики рецидивов в виде месячных курсов 2 раза в год. Ввиду увеличения числа аллергических холециститов и аллергических состояний при лечении холециститов антибиотиками, плантаглюцид приобретает особую ценность и может служить средством выбора при сочетании хронических холециститов с гастритами, колитами и язвенной болезнью при нормальной или пониженной кислотности.

УДК 616.379—008.64

**В. В. Талантов, Л. И. Анчикова, О. А. Салихова (Казань). О переводе больных сахарным диабетом с простого инсулина на пролонгированный типа «Ленте»**

Инсулин-цинк-суспензия (ицс) «Ленте» представляет собой смесь 70% инсулин-цинк-суспензии кристаллической (ультраленте) и 30% инсулин-цинк-суспензии аморфной (семиленте). Инсулин-цинк-суспензия аморфная начинает действовать через 1—1,5 часа, максимум действия проявляется через 5—7 часов и продолжается 10—16 часов, инсулин-цинк-суспензия кристаллическая дает первичный эффект через 6—10 часов, максимум активности наступает через 16—20 часов, длительность действия — до 28—36 часов, то есть основной период максимального эффекта аморфного инсулина заканчивается ко времени выраженного действия кристаллического.

Сложность перевода больного сахарным диабетом с обычного инсулина на пролонгированный заключается в том, что необходимо, не допустив гипогликемии, сохранить также и состояние компенсации эндогенного инсулина.

В связи с тем, что при лечении простым инсулином утренняя доза превышает 30% суточной, редко возможно обойтись одним ицс «Ленте», приходится комбинировать все с тем же простым инсулином, вводя их утром в одном шприце. В отличие от протамин-цинк-инсулина ицс «Ленте» может быть смешан с простым инсулином.

Основной вопрос — сколько ицс «Ленте» надо вводить?

Обозначим дозы при лечении одним простым инсулином (до перевода): утреннюю —  $a$ , во второй половине дня —  $b$ , суточную =  $a + b$ . Через  $x$  обозначим неизвестное нам количество ицс, которое состоит из 0,3 (30%) аморфного и 0,7 (70%) кристаллического ицс.

Очевидно, что в ицс «Ленте» основным компонентом с выраженным пролонгированным действием является ицс кристаллический, содержание которого в утренней инъекции должно равняться прежней дозе простого инсулина, вводившейся во второй половине дня, начиная с обеда и на ночь. Значит,  $0,7x = b$ ; тогда  $x = \frac{10}{7}b$ .

Итак, доза ицс «Ленте» должна равняться  $\frac{10}{7}$  дозы вводимого ранее во второй половине дня простого инсулина.

Доза простого инсулина ( $y$ ) будет равняться разнице между суточной дозой ранее вводимого инсулина и рассчитанной дозой ицс «Ленте»:

$$y = a + b - \frac{10}{7}b; \quad y = a - \frac{3}{7}b.$$

Т. е.  $y$  = дозе инсулина, вводимой ранее утром, за вычетом  $\frac{3}{7}$  дозы второй половины дня.

В десятках случаев мы с успехом пользовались этой формулой. В дальнейшем при сохранении гликозурии требуется индивидуализация доз, коррекция их по гликозурическому профилю до агликозурии и нормогликемии.

Пример. Больной скомпенсирован на 3 инъекциях инсулина в дозах: 40 ед. перед завтраком, 26 ед. перед обедом, 16 ед. перед ужином; суточная доза — 82 ед. При переводе на лечение комбинированным инсулином доза ицс «Ленте» должна равняться:  $\frac{10}{7}(26 + 16) = \frac{10}{7} \cdot 42 = 60$ ; доза простого инсулина:  $82 - 60 = 22$  ед.

УДК 616.61—002.3

**Л. М. Камаева, Е. В. Шахов, Н. Г. Балахонова (Горький). Особенности течения хронического пиелонефрита в пожилом и старческом возрасте**

Мы изучали особенности течения пиелонефрита в пожилом и старческом возрасте у 127 мужчин и 111 женщин. В возрасте 55—59 лет было 74 больных, 60—74 лет — 124, 75—90 лет — 40.

У 162 (70,7%) больных из 229 пиелонефрит был вторичным; у 49 (30,2%) он был обусловлен аденомой предстательной железы, у 71 (43,9%) была мочекаменная болезнь, у 12 (7,4%) — рак мочевого пузыря и у 8 (4,9%) — стриктура уретры. Прочие заболевания (патологически подвижная почка, гидронефроз и др.) обнаружены у 22 (13,6%) больных. Таким образом, особенностью течения пиелонефрита в пожилом и старческом возрасте является преобладание вторичного пиелонефрита на почве мочекаменной болезни и аденомы предстательной железы. При посевах мочи выделялась в основном культура кишечной палочки и протей.

Клинические симптомы первичного пиелонефрита были замаскированы патологией со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, нарушениями обмена веществ. У большинства больных заболевание протекало медленно и длительно не причиняло неприятных ощущений.

Из 229 больных с хроническим пиелонефритом у 65 (28,3%) в анамнезе не было указаний на заболевание почек. 18 (27,7%) больных поступили в стационар по поводу атеросклероза, 2 (3,1%) — по поводу гипертонической болезни, 4 (6,1%) — остро го аппендицита, 12 (18,5%) — по поводу пневмонии и т. д. Только внимательно проведенное клиническое обследование, развернутый анализ полученных клинических и лабораторных данных с учетом особенностей пожилого и старческого возраста дали возможность уточнить диагноз.

Клинические проявления хронического пиелонефрита у наблюдаемых нами больных были скудными и стертыми. У 28 (12,2%) отмечены боли в поясничной области, связанные в основном с наличием конкрементов в верхних мочевыводящих путях, у 29 (12,6%) — повышение температуры до субфебрильных цифр, у 56 (24,4%) — симптоматическая гипертония, у 68 (29,6%) — дизурические расстройства. В этой группе пиелонефрит был обусловлен, как правило, аденомой предстательной железы, раком мочевого пузыря, стриктурой уретры. Из других проявлений заболевания обращали на себя внимание симптомы общей интоксикации организма: быстрая утомляемость, головная боль, общая слабость, потеря аппетита с наличием у 44 (19,2%) больных токсической анемии. При исследовании мочи у этих больных выявлялась пиурия, которая почти у всех (99,3%) была выраженной. Частым спутником пиурии была микрогематурия, которая определялась у 128 (64,6%) больных. Непостоянно обнаруживалась умеренная протениурия (до 1%<sub>00</sub>), цилиндрурия. В 68,9% было понижение концентрации и в 19% — азотовыделительной функций почек, тенденция к полиурии.

Для хронического пиелонефрита у лиц пожилого и старческого возраста характерна асимметричность морфологических и функциональных нарушений, что хорошо выявляется при хромоцистоскопии, анализе мочи, собранной отдельно из почек, и рентгенологическом обследовании. У наших больных, обследованных этими методами, односторонность поражения констатирована в 82%. При обнаружении заболеваний, требующих хирургического лечения (аденома предстательной железы, мочекаменная болезнь, стриктура уретры и др.), необходимо раньше рекомендовать оперативное лечение, так как консервативные мероприятия в подобных случаях малоэффективны.

УДК 616—002.71

#### Канд. мед. наук. А. А. Ахметзянов (Казань). Изменения внутриорганной лимфатической сети при заражении микобактериями птичьего типа

Мы изучали морфологию внутренних органов и состояние лимфатической сети трахеи, легких, желчного пузыря, тонкой кишки с ее брыжейкой и червеобразного отростка у кроликов, внутривенно зараженных возбудителем птичьего туберкулеза.

Кроликов в возрасте от 4 месяцев до 1 года 2 месяцев заражали внутривенным введением туберкулезных микобактерий птичьего типа в дозе 0,1 мг на 1 кг веса. Животных умерщвляли через 24 часа, 5, 7, 13, 15, 20, 21, 30, 33 дня, 1,5, 2, 3, 4, 5, 7 месяцев. Исследование проводили на 21 подопытном и 60 здоровых кроликах методикой внутритканевой инъекции лимфатической сети с последующей фиксацией, обезвоживанием, просветлением, препарированием и изучением препаратов под бинокулярным микроскопом.

Туберкулез в эксперименте на кроликах, вызванный микобактериями птичьего типа, протекает остро и хронически, с резко выраженной реакцией со стороны лимфатической сети органов брюшной полости.

Остро протекающий туберкулезный процесс по типу Иерсен отличается стертой фазовостью и резко выраженным тромбозом лимфатической сети органов брюшной полости.

Вяло текущий процесс вначале характеризуется скоплением гистиоцитарных элементов в легких, лимфоидных клетках с массивными фокусами некроза в печени и селезенке, резкой гиперплазией ретикулярных клеток в брыжеечных узлах, незначительным лимфостазом в легких и выраженным тромбозом лимфатической сети органов брюшной полости.

В середине процесса (на 60—100-й день опыта) отмечается уменьшение пролиферации гистиоцитарных элементов и усиление инфильтрации лимфоидных клеток с при-