

лярный душ или хвойные ванны), как правило, они не получали. Большинство исследованных страдало хроническими холангиогепатитами и язвенной болезнью. Исключение составили 59 больных сахарным диабетом, у которых сахар крови определяли только в связи с однократными сеансами электрического поля УВЧ. Для контроля двукратно (с интервалом 45 мин., без электропроцедуры) исследовали сахар в крови натощак у 17 чел., в том числе у 8 с сахарным диабетом. У 15 больных содержание сахара за указанное время не изменилось. У 2 больных сахарным диабетом наблюдалось незначительное изменение гликемии: повышение (на 15 мг%) и понижение (на 7 мг%).

Под влиянием однократных процедур содержание сахара крови натощак у 76 больных увеличилось, у 71 уменьшилось, у 13 осталось без изменений. Ввиду такого неопределенного результата мы при статистической разработке данных разделили всех больных по исходному уровню гликемии на 3 группы: с гипогликемией (ниже 80 мг% — 20 чел.), нормогликемией (80—120 мг% — 81 чел.) и гипергликемией (больные сахарным диабетом — 59 чел.).

В связи с однократными процедурами электрического поля УВЧ наблюдалось достоверное повышение содержания сахара в крови натощак при исходной гипогликемии. Между тем у больных сахарным диабетом произошло статистически значимое понижение уровня гликемии.

Следует вкратце остановиться на группе больных сахарным диабетом. У 23 из них было легкое и у 36 — среднетяжелое течение заболевания, при этом инсулинорезистентных форм диабета не было. На фоне индивидуально разработанной для всех больных диеты (№ 9) 28 чел. получали инсулинотерапию, 11 — сульфаниламидные препараты. Исследования мы проводили утром натощак до назначения указанных препаратов. Из общего количества больных только у 11 после сеанса электрического поля УВЧ уровень гликемии нарастал. Заслуживает внимания одно наблюдение, когда после однократной процедуры у больной сахарным диабетом со среднетяжелым течением заболевания (больная 3., 44 лет) наступило заметное улучшение состояния, что позволило отменить инсулинотерапию (40 ед.). Однако указанную процедуру она перенесла плохо: появилась выраженная слабость, головокружение, обильное потоотделение. После этого в течение 2,5 лет больная не прибегает к инсулину, но в последнее время периодически принимает 1—2 таблетки букарбана.

В другой группе исследованных (44) изучалось влияние электрического поля УВЧ на характер гликемических кривых после двойной нагрузки глюкозой (по 50 г). При этом существенной разницы сахарных кривых по сравнению с первым исследованием не было выявлено. Между тем в связи с курсовым лечением указанными процедурами на фоне диеты и (у части больных) водных процедур у большинства больных улучшилось состояние с исчезновением или уменьшением симптомов основного заболевания. При поступлении на лечение у всех наблюдались различные отклонения в показателях гликемических кривых, а у 8 были выявлены диабетонидные кривые. В процессе лечения наметилась тенденция к улучшению характера кривых. Так, при первом исследовании кривые были двугорбыми у всех 25 больных, при повторном — только у 18, диабетонидные — соответственно у 8 и 2. Отмечено также уменьшение гипергликемического (у 13) и постгликемического (у 10) коэффициентов.

Мы склонны связывать указанные изменения гликемии с осцилляторным эффектом, ибо процедуры выполнялись в олиготермическом режиме. Отечественная физиотерапевтическая школа придерживается концепции рефлекторного влияния физических агентов, одновременно не умаляя значения гуморального звена. Известно, что токи высокой частоты повышают активность надпочечников с последующим гипергликемическим эффектом. При исходной нормо- и гипергликемии это, очевидно, может привести к стимуляции компенсаторных сахарорегулирующих механизмов, включая центральное звено. Не исключена возможность прямого действия электрического поля УВЧ на островковый аппарат поджелудочной железы и ферментную систему активации инсулина.

УДК 616.379—008.64—616.341

Кандидаты мед. наук Л. Н. Валенкевич, О. И. Яхонтова (Ленинград). О функциональном состоянии тонкого кишечника у больных сахарным диабетом

Мы обследовали 58 больных сахарным диабетом (38 мужчин и 20 женщин в возрасте от 20 до 60 лет). У 12 из них была легкая форма заболевания, у 36 — средняя и у 10 — тяжелая. Активность энтерокиназы и щелочной фосфатазы изучали в дуоденальном содержимом, так как их активность в кале зависит в первую очередь от функционального состояния толстого отдела кишечника и кишечной микрофлоры. Активность энтерокиназы определяли методом Шлыгина, щелочной фосфатазы — методом Фоминой, Михлина, Шлыгина. Для контроля методик исследовали активность этих ферментов в дуоденальном содержимом 18 здоровых лиц. Активность энтерокиназы при спонтанном сокоотделении составляла у них от 67 до 340 ед. (в среднем 136 ± 19 ед.), активность щелочной фосфатазы — от следов до 45 ед. (в среднем $16,0 \pm 3,1$ ед.).

При сахарном диабете выявлено снижение активности ферментов у 28 из 58 больных, причем активность энтерокиназы была снижена у 22 больных, а щелочной фосфатазы — у 12.

Активность энтерокиназы оказалась сниженной у 2 больных с легкой формой заболевания (в среднем до 137 ± 30 ед.), у 14 со среднетяжелой (107 ± 18 ед.) и у 6 с тяжелой (98 ± 16 ед.). Активность щелочной фосфатазы у больных легкой формой заболевания была в пределах нормы (в среднем $14,7 \pm 3,9$ ед.); снижение ее обнаружено у 8 больных со среднетяжелой формой (в среднем до $13,0 \pm 6,8$ ед.) и у 4 с тяжелой (в среднем до $13,0 \pm 3,5$ ед.).

Таким образом, у обследованных больных отмечена прямая зависимость ферментативной функции тонкого отдела кишечника от тяжести основного заболевания. При копрологическом исследовании у 10 больных выявлено небольшое количество непереваренных мышечных волокон, у 4 — небольшое количество нейтрального жира и значительное количество жирных кислот. По-видимому, поносы, часто наблюдающиеся у больных сахарным диабетом, зависят не только от снижения внешнесекреторной функции поджелудочной железы и от нейро-эндокринных нарушений всасываемости, но и от снижения ферментативной активности тонкой кишки.

УДК 616—003.282—616.12—008.331.1—616.714/716—616.831

Е. К. Валеев (Казань). Эхоэнцефалография при диагностике ликворной гипертензии

Различные черепно-мозговые повреждения могут привести к развитию гипертензионного или гипотензионного синдромов. При осмотре больных иногда клинически бывает трудно определить наличие того или иного синдрома. Измерение же ликворного давления путем люмбальных пункций не всегда возможно. Нередко всем больным без определения внутричерепного давления назначают дегидратационную терапию, которая при гипотензионном синдроме противопоказана.

Для диагностики ликворной гипертензии в остром периоде и в ближайшие дни мы применили у 72 больных метод одномерной эхоэнцефалографии — озвучивание ультразвуком головы больного отечественным эхоэнцефалографом ВНИИМП «ЭХО-11». В последующем всем больным производили люмбальную спинномозговую пункцию с измерением ликворного давления манометром Клода. В горизонтальном положении давление колебалось от 15 до 30 мм водяного столба.

Гипертензионный синдром на эхограммах характеризуется появлением ряда дополнительных сигналов, в основном мощным импульсом с широким основанием от боковых желудочков. При ликворной гипертензии происходит как бы «расправление» боковых желудочков, и они устанавливаются перпендикулярно ходу ультразвукового луча. Вторым отличительный признак — расщепление срединного эха в связи с получением отдельных импульсов от стенок III желудочка; при этом расстояние между ними должно быть более 7 мм. Раздвоенное срединное эхо возникает преимущественно в резидуальном периоде черепно-мозговой травмы, при явлениях медленно нарастающей гидроцефалии.

Наш опыт применения эхоэнцефалографии позволяет рекомендовать ее для широкого использования в клинике с целью выявления ликворной гипертензии.

УДК 616.71—018.46—002—616.12—002.3

Л. В. Харин, Е. И. Бизикин, И. Н. Казимирова, Ф. Х. Гайнанов (Уфа). Абсцессы сердечной мышцы при остром гематогенном остеомиелите

Гнойное поражение сердечной мышцы наблюдается довольно часто, но абсцедирование ее встречается редко. Абсцессы миокарда чаще всего являются патологоанатомической находкой. Причиной появления гнойных очагов служат септические эмболии или контактный переход с перикарда и эндокарда гнойного воспаления на миокард. Возможно распространение гнойного процесса по лимфатическим путям.

Приводим наше наблюдение.

Б., 11 лет, был доставлен в отделение гнойной хирургии Республиканской клинической больницы 30/VIII 1967 г. 21/VIII ребенок получил ушиб левого плеча, 24/VIII поднялась температура (до $39-40^\circ$), появилась отечность и резкая болезненность в левой руке. 25/VIII мальчик был госпитализирован в районную больницу с диагнозом: острый гематогенный остеомиелит левого плеча. 26/VIII произведена пункция верхней трети левого плеча. Из иглы под давлением выделилось около 30—50 г гнойно-геморрагического экссудата. Поднадкостничный абсцесс вскрыт, рана дренирована до кости. Одновременно больному вводили пенициллин, стрептомицин, сердечные и общеукрепляющие средства, витамины. И все же состояние больного прогрессивно ухудшалось.

При поступлении состояние крайне тяжелое: температура 40° , бред; от пищи больной отказывается, много пьет. Тоны сердца приглушены, пульс 150, слабого наполнения, АД 85/40, дыхание 54, рассеянные мелкопузырчатые влажные хрипы, больше в правом легком. Печень, почки и селезенка не пальпируются. Умеренно выраженная ригидность затылочных мышц, симптомы Данцига и Менделя положительные. Припухлость, отечность на левом плече, в области локтя и предплечья. В средней трети плеча язвущая рана 10×2 см с гнойным отделяемым.