

В I ст. АД до лечения сном в среднем было 140/92, а после — 116/72; во II ст. соответственно 184/98 и 135/79, а в III ст.— 219/126 и 175/98.

В тех случаях, где терапия сном снимала мучительные субъективные симптомы, но не вызывала снижения АД или, наоборот, антигипертоническая диета, снижая АД, оставляла без облегчения субъективные проявления гипертонической болезни, мы проводили комбинированное лечение антигипертонической диетой и сном, варьируя эти методы индивидуально в каждом отдельном случае.

Комбинированный метод лечения был проведен у 80 больных и дал почти во всех случаях хорошие результаты.

Наблюдения над эффективностью иглоукалывания мы провели у 100 больных, в том числе в I ст.— у 27 (фаза «А»— 8, «Б»— 19), во II ст.— у 67 (фаза «А»— 15, «Б»— 42), и только у 6 — в III ст.

Для лечения иглоукалыванием подбирались больные преимущественно с церебральными симптомами и явлениями стенокардии.

Мы применяли тормозной метод и чаще первый его вариант (после введения иглы до места она оставлялась в теле на 30—40 мин, иногда с вращением ее через каждые 15—20 мин).

Курс состоял из трех 10-дневных циклов ежедневных сеансов иглоукалывания (с охватом в среднем 4—5 точек) с 10-дневными перерывами между циклами. После трех курсов больному назначался трехмесячный перерыв, затем снова повторялся такой же курс.

Если в период трехмесячного перерыва состояние больных ухудшалось, иглоукалывание назначалось ранее намеченного срока.

Мы использовали в зависимости от состояния больных в различных комбинациях рекомендованные точки: на голове, на руках, на ногах и несколько реже применялись точки на туловище.

За сеанс пунктировали обычно от 3 до 5 точек, комбинируя ручные, ножные, головы или туловища, в зависимости от состояния больных. В тех случаях, где у больных превалировали какие-либо болезненные симптомы (регионарные головные боли, головокружение, стенокардия и др.), мы добавляли дополнительно соответствующие точки.

Если при лечении акупунктурой отмечалось, что воздействием на какие-то точки больше снижалось АД, то в эти точки делались ежедневные уколы.

Результаты лечения иглоукалыванием у больных в I и II стадиях гипертонической болезни были вполне удовлетворительными и в отношении снижения АД и особенно в улучшении субъективного состояния больных, несмотря на то, что основная масса этих больных лечилась в амбулаторных условиях.

В I ст. (27 больных) АД до лечения в среднем равнялось 145/88. После 10-дневного цикла ежедневных сеансов АД снизилось до нормального уровня (в среднем 118/75).

Во II ст. (67 больных) АД для всех больных до лечения в среднем равнялось 197/111. После лечения оно снизилось в среднем до 156/97.

Наши наблюдения показали, что АД в I и II ст. чаще снижалось постепенно, в редких случаях сразу (последнее в основном в I ст.).

В III ст. (6) АД под влиянием иглоукалывания мало изменялось, а у некоторых больных даже не давало тенденции к снижению, хотя все эти больные проводили лечение в стационаре.

Все вышеизложенные методы лечения были эффективными в начальных стадиях (I-II) гипертонической болезни и оказывали менее положительное гипотензивное действие в третьей склеротической стадии гипертонической болезни.

Из всех испытанных нами методов лечения наиболее выраженным гипотензивным действием обладает диетотерапия, на втором месте по эффективности оказалась терапия сном и менее эффективно иглоукалывание.

Доц. В. А. Тихонравов, мл. науч. сотр. В. В. Оржешковский, Т. П. Соловьева и Т. И. Шиляева (Сочи). Гликемические кривые у больных инфекционным неспецифическим полиартритом, леченных АКТГ, кортизоном, пиразолидином и салицилатами

В настоящее время, когда при лечении больных инфекционным неспецифическим полиартритом широко применяются гормональные препараты, в литературе встречаются указания, что кортизон и адренокортикотропный гормон снижают толерантность к углеводам (Р. М. Птуха, 1958; Кон и др., 1948; Спрег и др., 1950) и могут усиливать проявление скрытого диабета (Боланд — 1951). Последнее и побудило нас заняться настоящим исследованием.

Определения уровня сахара натощак проводились у 117 и гликемические кривые — у 109 больных. Женщин было 61, мужчин — 56; в возрасте от 17 до 64 лет. Давность заболевания до года была у 21 больного, от 1 до 5 лет — у 54, от 5 до 10 лет — у 18, свыше 10 лет — у 24. У 18 человек была эксудативная фаза, у 88 — эксудативно-пролиферативная и у 11 — фиброзно-анкилозирующая. Функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата (по А. И. Нестерову) I ст. были у 48 боль-

ных, 2 — у 50 и 3 — у 19. У большинства больных температура была субфебрильной, а у троих — фебрильной. РОЭ у большинства была значительно повышенна (до 30—60 мм/час), и только у 8 — нормальной.

Получали АКТГ 32 человека (по 40 ед. в сутки с последующим постепенным снижением до 20 ед., всего на курс лечения — 425—1200 ед.), кортизон — 32 человека (внутримышечно по схеме: 1-й день по 100 мг 3 раза, 2-й день — по 100 мг 2 раза и, начиная с 3-го дня, по 100 мг 1 раз, затем доза постепенно уменьшалась до 75—50—25 мг в сутки; всего на курс лечения — 1000—3000 мг); пиразолидин получали 30 человек (по 0,1—0,15) 3—4 раза в день, всего 10—16,0 на курс лечения; салициловые препараты назначались по 1,0 5—6 раз в сутки; всего на курс лечения до 180,0. Все больные находились на стационарном режиме и, в зависимости от показаний, получали сердечные средства, физиотерапевтические процедуры на суставы, лечебную гимнастику.

Гликемическая кривая оценивалась по своему характеру и по величине гипергликемического (ГК) и постгликемического (ПГК) коэффициентов.

Исследования показали, что уровень сахара натощак до, в процессе и после лечения остается в пределах нормы, а также не появляется сахар в моче. Однако гликемические кривые у 91,7% больных имеют отклонения от нормы, что вместе с высоким значением гипер- и постгликемических коэффициентов свидетельствует о серьезном нарушении углеводного обмена. При лечении АКТГ и кортизоном во время применения больших дозировок наблюдается уменьшение толерантности к углеводам, но к концу лечения отмечается тенденция к нормализации гликемических кривых. При лечении пиразолидином в некоторых случаях отмечается тенденция к ухудшению гликемических кривых, что, наряду с клиническими данными, может свидетельствовать о неблагоприятном действии пиразолидина на функции патологически измененной печени у некоторых из этих больных. Лечение салициловыми препаратами не оказывает заметного влияния на уровень сахара крови и характер гликемических кривых у этих больных.

Е. С. Троицкая (Москва). Клиника тиреотоксикоза в пожилом возрасте

В настоящее время среди больных эндокринологического отделения больницы им. С. П. Боткина значительно чаще стал встречаться тиреотоксикоз у пожилых людей. Так, за 1958 и 1959 гг. из 450 больных, госпитализированных по поводу тиреотоксикоза, в возрасте от 40 до 60 лет оказалось 230, а 60 лет и старше — 35 (7 мужчин и 28 женщин). У всех 35 больных тиреотоксикоз протекал в тяжелой форме или был средней тяжести. Часто больные доходили до крайнего истощения и адинамии. Холестерин крови чаще понижался. В тяжелых случаях имелся и тиреотоксический гепатит.

Гипергликемия и глюкозурия наблюдались только у двух больных (в одном случае — сочетание тиреотоксикоза с сахарным диабетом, в другом — тиреотоксическая глюкозурия).

Грубых нарушений со стороны функции почек не отмечалось.

Наблюдалась непостоянная лейкопения с относительным лимфоцитозом.

Степень увеличения щитовидной железы колебалась от II до III, чаще диффузно-узлового характера, встречались и тиреотоксические аденомы.

Глазные проявления были выражены в 60% случаев.

Наблюдались повышенная раздражительность и эмотивность, дрожание рук, потливость, бессонница, иногда субфебрилитет.

Основным этиологическим фактором возникновения тиреотоксикоза являлись психотравмы, отрицательные эмоции, редко инфекционные заболевания (грипп, ангину, воспаление легких). У женщин иногда возникновение тиреотоксикоза удавалось связать с климаксом.

Терапия тиреотоксикоза у пожилых людей та же и ведется по тем же правилам, что в среднем возрасте. Из наблюдавших 35 больных 31 получал радиоактивный йод в дозе 6—8 милликури, и только 4 было предложено оперативное лечение.

Как правило, больные выписывались с улучшением.

И. Н. Закиев (Миякинская райбольница БашАССР). К клинике бензиновых пневмоний

I. Шофер Н., 42 лет, ранее ничем не болевший, обратился с жалобой на легочное кровотечение (до стакана), появившееся через 3 часа после попадания в дыхательные пути через рот этилированного бензина. Кровотечение повторялось несколько раз небольшими порциями. Кашля, одышки нет, отмечает боли за грудиной.

Осмотрен через 4 дня после аспирации бензина. Справа в межлопаточном пространстве — незначительное укорочение перкуторного звука и бронхиальное дыхание с крепитацией. Пульс — 52, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушенны. РОЭ — 12 мм/час, Л — 8050, температура тела нормальная.

Рентгеноскопия. Справа в среднем поле определяется средней интенсивности немогоменное затемнение, примыкающее к корню, который расширен.

Лечился амбулаторно. Назначены сульфаниламиды и хлористый кальций.