

ных, 2 — у 50 и 3 — у 19. У большинства больных температура была субфебрильной, а у троих — фебрильной. РОЭ у большинства была значительно повышена (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 (ПК) 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.

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

Основным этиологическим фактором возникновения тиреотоксикоза являлись психотравмы, отрицательные эмоции, редко инфекционные заболевания (грипп, ангина, 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 наблюдаемых 35 больных 31 получал радиоактивный йод в дозе 6—8 милликюри, и только 4 было предложено оперативное лечение.

Как правило, больные выписывались с улучшением.

### **И. Н. Закрев (Миякинская райбольница БашАССР). К клинике бензиновых пневмоний**

И. 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 приглушены. РОЭ — 12 мм/час, Л. — 8050, температура тела нормальная.

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

Лечился амбулаторно. Назначены сульфаниламиды и хлористый кальций.

Кровотечение не повторялось. Через неделю все рентгено-клинические явления в легких исчезли.

И. Шофер А., 33 лет, выпил около 200 мл водки, после этого при заправке машины насыпал бензин в рот, причем небольшое количество бензина попало в рот и дыхательные пути. В дороге произошла авария. С диагнозом «сотрясение головного мозга» госпитализирован в хирургическое отделение.

В отделении были необильные горловые кровотечения. Жаловался на боли в правой половине грудной клетки. Определяются притупление справа под ключицей и там же бронхиальное дыхание с мелкопузырчатыми влажными и сухими хрипами. Пульс — 104, удовлетворительного наполнения. РОЭ — 41 мм/час. Л. — 9800.

Рентгеноскопически под ключицей полость с тонкими стенками и дорожкой к корню. В среднем поле у корня обширное гомогенное затемнение средней интенсивности. В мокроте обнаружены микобактерии туберкулеза.

По нашему мнению, у больного, наряду с кавернозным туберкулезным процессом, была и бензиновая пневмония. Характер затемнения в прикорневой зоне не соответствует рентгенологической картине аспирационной пневмонии, наблюдающейся после легочных кровотечений, так как при них обычно определяются мелкоочаговые затемнения в нижних отделах легких.

За бензиновую пневмонию в данном случае говорит и то, что пневмонический фокус в правом среднем поле рассосался через 10 дней, а полость перестала определяться через 4 месяца после энергичной антибактериальной терапии.

### **Р. Б. Ахмеров и М. Ф. Богатырев (Уссурийск). О некоторых особенностях язвенной болезни у мужчин молодого возраста**

Язвенная болезнь у молодых мужчин протекает во многих случаях атипично, нередко с микросимптоматикой и даже бессимптомно (2,97%); обострение заболевания в большинстве случаев наступает вне зависимости от времени года, то есть атипичность сочетается с ацикличностью и асезонностью.

Язвенная болезнь желудка у молодых мужчин дает гораздо чаще, по сравнению с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, перфорации (25,4%) и кровотечения (3,8%). Поэтому для обеспечения ранней диагностики язвенной болезни у мужчин молодого возраста даже при незначительных гастритических симптомах (особенно при повторном обращении) нужно рентгенологическое исследование.

### **Канд. мед. наук А. М. Дадашьян, орд. Г. Н. Сорокина (Астрахань). Функция почек при хронических заболеваниях легких нетуберкулезной этиологии**

Нами исследовано функциональное состояние почек у 20 больных бронхоэктатической болезнью, 13 — бронхиальной астмой и 7 — абсцессами легких. Проба Зимницкого была нормальной у 12 больных, у 9 выявлены изогипостенурия и никтурия, и у 19 — никтурия. Проба Фонио проведена 31 больному. У 18 она оказалась нормальной, у 13 больных выявлено нарушение выделительной функции. Альбуминурия была у 8, микрогематурия — у 4, уробилинурия — у 17. Уровень остаточного азота был в норме у 39 и повышен у одного больного.

Проба Мак-Клюра и Олдрича была нормальной у 36 и ускорена у 4 больных.

Повторное обследование проводилось у 15 больных; проба Зимницкого оказалась нормальной у 8 больных (вместо 4), а никтурия выявлена у 7 больных (вместо 10). Проба Фонио при первом исследовании была нормальной у 10, а у 5 отмечалось нарушение выделительной функции. При повторном исследовании нарушение выделительной функции почек отмечено у 3 больных. Альбуминурия выявлена у двух больных и исчезла в процессе лечения. Уробилинурия при первом исследовании выявлена у 7, при повторном — у 5.

Полученные данные свидетельствуют о нарушениях функции почек (никтурия, изогипостенурия и нарушение выделительной функции) при хронических заболеваниях легких нетуберкулезной этиологии. Эти нарушения наиболее выражены при хронических нагноительных заболеваниях легких и менее — при бронхиальной астме.

### **Канд. мед. наук А. М. Ногаллер (Астрахань). Опыт применения гальванопальпации в диагностике хронического холецистита**

Принцип гальванопальпации был впервые предложен Кагане и в дальнейшем разработан Альбрехтом, Е. Т. Залкиндсоном, М. Н. Тумановским и др.

Через тело больного пропускается электрический ток чрезвычайно малой силы (36.10<sup>-6</sup>А), который больным совершенно не ощущается.

Путем перемещения активного электрода определяется электрокожное сопротивление на различных участках. В тех кожных сегментах, которые соответствуют поражению органа, наступает резкое уменьшение сопротивления электрическому току в