

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 насаживал бензин ртом, 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 ациклическостью 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 (36·10⁻⁶ 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

3—5 и более раз, что и регистрируется микроамперметром (одно деление шкалы гальванометра соответствует силе тока в $0,36 \cdot 10^{-6}$ А).

У каждого нашего больного электропроводимость кожи регистрировалась в 24 точках с обеих сторон.

Под нашим наблюдением находилось 223 больных с различными формами хронического холецистита, у которых проведено свыше 500 исследований.

Изменение электрокожной проводимости менее чем вдвое мы считали в пределах ошибки метода. Увеличение электрокожной проводимости в 2—3 раза от исходной величины мы считали умеренным, а в 4—5 и более раз — резким увеличением. Для оценки степени изменения электрической проводимости мы сравнивали данные измерения в разных точках кожи с показаниями, полученными на коже предплечья, которую мы считали индифферентным участком, фоном.

При анализе результатов мы обращали главное внимание на следующие три основные зоны:

1. Зона патологического очага, куда входили данные определения электрической проводимости в точках V, VI и VII ребер справа, правого подреберья, пилородуоденальная точка и точка на уровне пупка справа.

2. Симметричная зона — аналогичные точки с левой стороны. Указанные зоны соответствуют сегментам D₈—D₁₀.

3. Зона иррадиации, включающая область 2 ребра, ключицы, плечевого сустава, плеча, над- и подлопаточная области справа.

Исследования показали, что чем тяжелее воспалительный процесс в желчных путях, тем обычно в большей степени увеличивается электрокожная проводимость в соответствующих кожных сегментах.

При улучшении состояния больных электрокожная проводимость снижается, при обострении холецистита, как правило, увеличивается. При помощи гальванопальпации возможно судить о результатах терапии.

Х. С. Ахмерова, Р. Г. Камалова (Казань). Опыт применения стероидных гормонов в комплексном лечении ревматизма и некоторых других заболеваний у детей

Из 33 больных ревматизмом в активной форме в 1958—60 гг. 20 получали кортизон и 13 — АКТГ. Миокардит наблюдался у 5 человек, эндомиокардит с недостаточностью митрального клапана — у 1, эндомиокардит с комбинированными пороками — у 23, панкардит с комбинированными пороками — у 4. Суставные проявления (полиартрит, полиартралгия) отмечались у 16 детей. Лишь 5 детей заболели ревматизмом впервые.

Нарушение кровообращения I ст. наблюдалось у 4 больных, II ст. — у 16, без нарушения кровообращения было 13.

Кортизон назначался обычно после безуспешного применения других средств, начиная с 75—100 мг в сутки, в течение 10—12 дней, затем доза постепенно снижалась до поддерживающей ($\frac{1}{4}$ первоначальной дозы) на протяжении 4—8 недель.

АКТГ давался по 10—40 ед. в сутки по 3—4 недели до получения эффекта.

Наряду с гормональной терапией, больным назначали салицилаты, комплекс витаминов, рациональное питание, ограниченно — жидкости и соли, антибиотики, лечебную гимнастику и др.

Почти у всех получавших кортизон или АКТГ улучшалось общее состояние, настроение, аппетит, сон, исчезала одышка, снижалась температура. РОЭ значительно снижалась или становилась нормальной к 4—20 дню от начала лечения, причем у 10 затем наблюдалось небольшое кратковременное ускорение РОЭ на 6—18 день.

У 25, то есть у большинства больных, наблюдалось уменьшение или исчезновение проявлений миокардита, громче становились тоны сердца, сократились или вернулись к норме границы сердца, уменьшился или исчез систолический шум, исчезли экстрасистолы, тахикардия.

Суставные проявления (полиартрит, полиартралгии) обычно снимались в первые же дни терапии. Лишь в одном случае полиартрит, сопровождавшийся обильной уртикарной сыпью по всему телу, периодически обострялся на фоне лечения кортизоном. Отмечалось влияние гормональной терапии и на течение эндокардита.

Улучшение общего состояния особенно было заметно у больных с сердечной недостаточностью II ст., когда гормональная терапия проводилась на фоне лечения сердечно-сосудистой декомпенсации общепринятыми средствами (строфантин, конваллотоксин, наперстянка, кордиамин, камфара, кофеин, новурит, диакарб), причем эффект от кортизона наступал значительно быстрее, чем от АКТГ.

У этих больных с улучшением общего состояния наступало быстрое уменьшение отеков, асцита, уменьшение печени. Лишь у 3 на фоне лечения кортизоном ухудшилось общее состояние, увеличилась печень, появились асцит, отеки, исчезнувшие, однако, при продолжении курса лечения кортизоном.

Во время лечения отмечались некоторые побочные явления: тахикардия — у 6 больных, бессонница — у 2, возбуждение — у 1, умеренное повышение АД во время лечения — у 3 и после лечения — у 2, эйфория — у 1, уртикарная сыпь — у 2, сахар