

Итак, ранее наблюдавшийся повышенный уровень кетонемии после лечения радиододом-131 в большинстве случаев снизился и сохранился в норме. Это совпадало с улучшением состояния б-ных, постепенным исчезновением клинических проявлений заболевания, восстановлением работоспособности и в ряде случаев практическим выздоровлением.

Приведенные результаты исследования свидетельствуют о возможности использования определения ацетоновых тел в крови как одного из объективных показателей эффективности лечения радиододом при этом заболевании.

М. М. Орлина, А. И. Овсянникова, В. С. Хайдура (Куйбышев-обл.). О функции печени при атеросклерозе

Исследовано 64 больных (мужчин 38, женщин 26): от 31 года до 50 лет было 16, от 51 года до 70 лет и старше — 48. Все больные разделены на 2 группы: с нормальными размерами печени, без недостаточности кровообращения (43) и с увеличенной печенью вследствие недостаточности кровообращения, связанной с наличием у них атеросклеротического кардиосклероза (21).

В первой группе проба Квика и гликемическая кривая оказались нарушенными у 23, уробилинурия выявлена у 36. У половины обследованных отмечалось уменьшение количества альбуминов с одновременным увеличением глобулинов. У этого же количества больных имелась гиперхолестеринемия, лецитиново-холестериновый коэффициент был ниже единицы, что является показателем активного атеросклеротического процесса. Гипопротромбинемия выявлена у 23 чел. Пробы с викасолом и дикумарином были нарушены у половины б-ных. Билирубин, остаточный азот в крови у всех б-ных был в пределах нормальных показателей. У 16 чел. имелась выраженная клиническая картина атеросклероза коронарных мозговых, периферических артерий с атеросклеротическим кардиосклерозом. У всех имелась гипопротромбинемия, уробилинурия, положительная проба Квика. Отмечалось увеличение глобулиновых фракций со снижением альбумино-глобулинового коэффициента. Лецитиново-холестериновый коэффициент был ниже единицы.

У б-ных 2 группы также выявлено нарушение отдельных функций печени.

Доц. В. С. Трефилов (Ленинград). Газы крови и гемодинамика при некоторых хронических неспецифических легочных заболеваниях

Под наблюдением было 28 б-ных, из них эмфиземой легких и хроническим бронхитом — 17; эмфиземой легких и бронхиальной астмой — 7 и бронхоэктатической болезнью — 4. Мужчин 18, женщин 10. До 40 лет было 3 больных, от 40 до 50 лет — 17 и от 50 до 55 лет — 8. Исследовались газы крови, жизненная емкость легких; артериальное и венозное давления, частота пульса и дыхания, скорость кровотока и количество циркулирующей крови, проводилась капилляроскопия.

В нетяжелых случаях хронических легочных неспецифических заболеваний газовый состав крови и показатели гемодинамики не отклоняются от средних цифр нормы.

При более выраженных явлениях легочной недостаточности, при отсутствии признаков нарушения кровообращения наблюдается небольшое снижение процента насыщения кислородом крови и увеличение содержания CO_2 как в артериальной, так и в венозной крови. Увеличивается количество циркулирующей крови, по-видимому, за счет мобилизации крови из депо, несколько повышается сосудистый тонус, вследствие чего венозное и артериальное давления, измеряемые на периферии, или остаются в норме, или несколько повышаются, ускоряется кожное капиллярное кровообращение.

Все эти факторы способствуют лучшему снабжению кислородом тканей организма при создавшихся условиях гипоксемии и гиперкапнии у хронических легочных больных. Под влиянием нарастающих эндо- и экзогенных вредных моментов состояние гиперфункции кровообращения в дальнейшем, при длительности хронического заболевания легких, сменяется периодом гипофункции кровообращения. В этих случаях гемодинамические величины оказываются ниже нормальных. Вследствие нарушения механизма легочной вентиляции, затруднения легочного капиллярного кровообращения, гипоксемии с нарушением питания миокарда, работа сердца оказывается недостаточной, наступает замедление тока крови как в малом, так и в дальнейшем — в большом кругу кровообращения, значительно увеличивается количество циркулирующей крови за счет присоединившейся сердечной недостаточности.

Доц. К. В. Истомина и орд. Т. В. Коневцева (Саратов). О применении пчелиного яда при бронхиальной астме

Врач Е. Л. Фишков приготовил масляный раствор пчелиного яда, выделив две фракции: КФ_1 и КФ_2 .

Мы применяли эти препараты в виде стерильного раствора в масле; 1 мл раствора КФ_1 содержал 3 ед. пчелиного яда, а 1 мл раствора КФ_2 — 12 ед., но по силе действия 12 ед. КФ_2 равнялись 3 ед. КФ_1 . За единицу принимается количество яда, полученного от одной пчелы, в среднем — 0,0002.

Лечение проводилось согласно инструкции Минздрава СССР от 10/IX-55 г. Количество инъекций у отдельных б-ных колебалось от 8 до 16, в среднем — 12; общее количество примененного пчелиного яда было от 9,75 до 27,75 мл, в среднем — 17,75 мл.

Лечение применялось у 24 б-ных (19 женщин и 5 мужчин). Большинство б-ных были старше 40 лет. Показателями действия пчелиного яда были уменьшение силы и количества приступов.

У 19 б-ных наблюдалось улучшение, из них у 8 значительное: приступы совершенно прекратились за 6—10 дней до выписки из клиники; у 5 б-ных эффекта не было.

У 5 больных после введения КФ₁ и КФ₂ имелась местная реакция (зуд, незначительная боль, покраснение и инфильтрация на месте инъекции), которая через 1—4 дня исчезла, и дальнейшее применение КФ не сопровождалось реакцией.

Со стороны красной крови у всех б-ных наблюдались колебания в пределах физиологических норм. Со стороны общего количества лейкоцитов никакой закономерности выявить не удавалось.

Таким образом, применение препарата КФ₂ может быть рекомендовано, наряду с другими методами, для лечения бронхиальной астмы.

В. А. Анисимова (Куйбышев-обл.). Об изменении сердечно-сосудистой деятельности и дыхания при болезни Боткина

По тяжести заболевания больные (в большинстве от 16 до 40 лет) распределялись следующим образом: легкое течение — у 13, средней тяжести — у 43, тяжелое — у 7 чел.

Жалоб со стороны сердца не было. У большинства в активном периоде болезни отмечались глухие сердечные тоны. АД в разгар болезни было пониженным у 33 чел., нормальным у 30, максимальное давление в тяжелых случаях снижалось до 80, минимальное до 40. Одновременное снижение максимального и минимального давлений отмечено в 48%, что свидетельствует о вовлечении в патологический процесс сердечной мышцы и сосудов.

В разгар желтушной стадии наиболее типична относительная брадикардия, которая наблюдалась у 55% б-ных, причем степень ее выраженности не зависела от количества билирубина в крови, то есть она отмечалась и в легких случаях болезни.

Наибольшие ЭКГ-изменения получены со стороны зубца Т, чаще всего отмечалось его снижение в нескольких или во всех отведениях, что свидетельствует о диффузно-дистрофических изменениях в сердечной мышце.

Нами проведены наблюдения над особенностями дыхательных движений у 35 б-ных (мужчин — 21, женщин — 14) болезнью Боткина.

Частота дыхания в разгар желтушной стадии колебалась от 10 до 28. Изменение ритма дыхания отмечено в разгар болезни у 26 чел. (беспорядочное дыхание у 20, волнообразное — у 5, Чейн-Стокса — у 1). Беспорядочность и волнообразность дыхания были выражены во время сна и у б-ных, у которых заболевание протекало тяжело с выраженными явлениями интоксикации, резкой желтухой и высокими цифрами содержания билирубина в крови, на ЭКГ и БКГ у них также были найдены большие патологические изменения.

Асимметрия дыхательных движений половин грудной клетки отмечена у 9 чел., из них у 7 — менее выраженная глубина дыхательных движений обнаружена с правой стороны, что связано с увеличением печени. Ступенчатость вдоха и выдоха наблюдалась у 21 чел., чаще она была выражена на фазе выдоха. В соотношениях вдоха и выдоха больших отклонений от нормы нами не отмечено. Во всех случаях определялась синхронность грудного и брюшного дыхания.

К моменту выписки отмечено исчезновение беспорядочного и волнообразного дыхания — у 14, асимметрии дыхательных движений у 5, ступенчатости вдоха и выдоха — у 7 чел. У некоторых б-ных небольшие изменения дыхания остались и в периоде выздоровления.

Баллистокардиографические исследования проводились у 56 больных в желтушный период (в фазе нарастания и спада желтухи) и в периоде выздоровления.

Большое количество патологических БКГ (III и IV степени) наблюдались в разгар желтушной стадии (11 чел.), а в фазу выздоровления количество их уменьшилось (до 2); менее выраженные изменения кривых (II степень) также чаще встречались в активный период болезни (28 чел.), тогда как нормальные БКГ (0 и I степени) чаще отмечались в периоде выздоровления. Изменения систолических и диастолических волн, выражающиеся в их увеличении, зазубренности, расщеплении, углублении или слиянии, наблюдались в разгар болезни у 45 чел., у большинства эти изменения волн исчезли в периоде выздоровления. Наибольшие изменения БКГ-кривых мы наблюдали в разгар желтушной стадии и при наиболее тяжелом течении болезни.

Ведущими факторами нарушения гемодинамических показателей при болезни Боткина, которые определяют формирование патологических БКГ, являются диффузно-дистрофические изменения миокарда и наличие сосудистых расстройств (артериальная и венозная гипотония).