

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. Закиев (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.