

## Г. А. Ковалева (Ленинград) Об изменениях условнорефлекторной деятельности у больных гипертонической болезнью

Было обследовано 20 больных гипертонической болезнью (18 женщин и двое мужчин), в возрасте от 30 до 65 лет, и 5 здоровых женщин. По клинической картине заболевания к I стадии относилось 7, ко II — 10 и к III — 3 человека.

Регистрация сердечно-сосудистой реакции производилась методом плетизмографии, дыхания — с помощью пневмографа и капсулы Марей, слюнной реакции — посредством каплеписца, позволяющего отмечать очень малые количества слюны.

В качестве безусловных раздражителей применялись в одной группе клюквенный раствор, вводимый в рот с помощью капсулы Лешли — Красногорского, а в другой группе — прикладывание к предплечью термодиска с льдом (величина термодиска  $3 \times 3$  см). Условным раздражителем в обеих группах служил звук метронома. При этом метроном с частотой 120 ударов в мин. являлся положительным раздражителем, а метроном с частотой 30 или 60 ударов — дифференцировочным раздражителем.

В исследованиях с пищевым подкреплением было обнаружено, что введение 3—5 мл клюквенного раствора здоровым лицам сопровождалось изменением сердечно-сосудистой системы (незначительным учащением пульса, уменьшением амплитуды пульсовых колебаний, сужением сосудов), дыхания (чаще в сторону замедления), а также выделением определенного количества слюны, почти постоянного для каждого человека.

У больных гипертонической болезнью, наряду с изменениями дыхания, сходными с изменениями дыхания у здоровых лиц, введение клюквенного раствора вызывало более интенсивные и разнообразные изменения сердечно-сосудистой системы (сужение и расширение сосудов, замедление и учащение пульса). Диапазон колебаний величины слюноотделения у больных был также более широким и менее постоянным, чем у здоровых лиц. Сердечно-сосудистая реакция на применение холода была у больных более резкой, по сравнению с такой же реакцией у здоровых. Изменение дыхания на температурный раздражитель было малозаметным как у здоровых, так и у больных.

Скорость образования условных рефлексов зависит от стадии заболевания. Сердечно-сосудистые рефлексы быстрее образовывались у больных I и II стадий, в то время как у больных III и у некоторых больных II стадии заболевания первые признаки проявления условнорефлекторных изменений наблюдались через 40—50 сочетаний. Кроме того, условнорефлекторные изменения сердечно-сосудистой системы у больных ранних стадий были гораздо интенсивнее, чем у здоровых, и особенно у больных III стадии. У последних условные и безусловные сердечно-сосудистые рефлексы характеризовались: большим латентным периодом, малой величиной и значительной длительностью.

Несколько иное соотношение рефлексов имелось при выработке дифференцировки. У больных I и II стадий дифференцировочное торможение слюнной, дыхательной и сердечной реакций вырабатывалось постепенно, как и у здоровых лиц, тогда как в отношении сосудистой реакции этого не наблюдалось. В последнем случае дифференцировка образовывалась с трудом и не всегда можно было видеть полную и прочную дифференцировку. У больных III стадии и у тех больных II стадии, у которых положительные условные рефлексы были незначительными и непостоянными, дифференцировка, наоборот, ко всем рефлексам образовывалась легко.

Трудности угашения сосудистой ориентировочной реакции и выработки дифференцировки свидетельствуют не только об усилении процесса возбуждения, но и об ослаблении тормозного процесса в этих стадиях заболевания.

## В. Д. Афанасьева (Магадан). Белки и белковые фракции в сыворотке крови при гипертонической болезни

Производилось исследование белковых фракций в сыворотке венозной крови у 142 и в сыворотке артериальной крови — у 6 больных гипертонической болезнью. Одновременно у 23 здоровых определялись белковые фракции.

По формам клинического течения болезни распределялись следующим образом: с мозговой формой было 55, с почечной — 8, со смешанной — 7, с сердечной — 72 больных, из которых у 15 были нарушения кровообращения второй и третьей степени. При сердечной форме второй и третьей стадий количество общего белка в сыворотке венозной крови колебалось от 7,42% — в одном случае до 10,41% — у восьми больных, а в преобладающем большинстве количество общего белка было свыше 9%. При мозговой форме количество общего белка колебалось от 6,45% до 10,28% в одном случае, а в основном был он свыше 8% у преобладающего количества больных. У больных с смешанной формой белок колебался от 7,20 до 9,35%, и у больных почечной формой он варьировал от 6,45 до 8,92%.

Количество альбуминов при сердечной форме варьировало от 4,47 до 8,89%, в основном 6—7%, а количество глобулинов от 1,06 до 4,04%, в большинстве случаев в среднем составляло 2—3%. При остальных формах колебание альбуминов и глобу-

линов было почти в тех же пределах. В связи с колебаниями белковых фракций альбуминово-глобулиновый коэффициент изменялся от 1,13 до 8,0.

У больных с сердечной формой имеется значительное увеличение количества общего белка в сыворотке венозной крови. У больных с мозговой формой количество общего белка увеличено незначительно, а у больных с почечной и смешанной формами общий белок был в пределах нормы.

Альбумины увеличены у всех гипертоников от 5,86 до 6,61%, а количество глобулинов у них содержится в пределах нормы. Альбуминово-глобулиновый коэффициент при всех формах повышен, и особенно при почечной.

У 127 из 142 (90,6%) больных отмечено увеличение количества общего белка, у всех больных имеется увеличение альбуминов и альбуминово-глобулинового коэффициента, за счет увеличения альбуминов.

При одновременном исследовании следует отметить некоторое увеличение общего белка и альбуминов в сыворотке венозной крови, по сравнению с артериальной.

При исследовании белковых фракций в сыворотке крови одновременно определялся у одних и тех же больных холестерин (у 87), остаточный азот (у 112), аскорбиновая кислота (у 29), сахар (у 18), причем не установлено какой-либо зависимости между количеством белка и вышеуказанными биохимическими составными частями сыворотки крови.

Не установлено и параллелизма между уровнем количества белка и его фракций в крови и уровнем колебания артериального давления.

### М. Ф. Богатырев и Н. П. Трофимов (Хабаровск). Из практики лечения гнойных плевритов антибиотиками

Мы наблюдали 37 случаев гнойного плеврита у мужчин в возрасте от 18 до 33 лет.

Гнойные плевриты у них явились результатом осложнения следующих заболеваний: а) крупозной и очаговой пневмонии — 8, б) пневмонии, осложнившейся абсцессом легкого — 7, в) первичного абсцесса легкого — 6, г) пневмонии, осложнившейся экссудативным плевритом — 7, д) экссудативного плеврита, осложнившегося нагноением — 4, е) нагноившегося гемоторакса после проникающего ранения грудной клетки — 2. Первичные гнойные плевриты были у 2, и метастатический (эмболический) гнойный плеврит — у одного.

Диагноз гнойного плеврита был установлен: через 10 дней от начала заболевания — у 11, через 15 дней — у 5, через 20 дней — у 11, через 30 дней — у 7, через 2 месяца — у 2, через 3 месяца — у одного больного. Гнойных плевритов было 25, спонтанных пневмотораксов, осложнившихся нагноением, 2, пиопневмотораксов — 10.

У 5 больных абсцесс легкого сообщался через бронх, а у одного эмпиема плевры сообщалась с бронхом, то есть имелся (еще до лечения) плевро-бронхиальный свищ.

Из 37 случаев свободных эмпием было 19, из них: а) тотальных — 6, б) средних — 9, в) малых — 4; осумкованных эмпием — 18, из них: а) многокамерных — 5, б) однокамерных — 13.

Окончательный диагноз гнойного плеврита устанавливался на основании пункции плевральной полости.

У 19 больных производилось бактериологическое исследование плеврального пунктата, из них: у 2 флоры не обнаружено; у 3 обнаружен стафилококк, у 12 — стрептококк, у 1 — грам-отрицательная палочка, у 1 — смешанная флора.

Производилось удаление гноя с помощью повторных плевральных пункций и внутривнутриплевральное введение антибиотиков у 18 (из 37).

8 больных излечены с помощью торакотомии с резекцией ребра и дренированием по Субботину — Бюлау (через дренажную трубку в плевральную полость вводились антибиотики).

3 больных, у которых гнойный плеврит явился результатом осложнения после лобэктомии по поводу абсцесса легкого, в дальнейшем лечились пункциями плевры; после эвакуации плеврального содержимого вводились антибиотики.

7 больным производилась торакотомия с резекцией ребер с одновременной тампонадой плевральной полости по А. В. Вишневскому.

Одному больному применена операция Вишневского с одновременным вскрытием осумкованной эмпиемы и абсцесса легкого.

Кроме этих операций, в последующем одному больному дважды производилась торакопластика, и 2 больным проведены оперативные вмешательства с целью закрытия бронхиального свища.

Сроки лечения при острых эмпиемах были следующими: до 45 дней — 3, до 60 — 4, до 75 — 4, до 90 — 1, до 105 — 6, до 120 — 6, до 150 — 3, до 180 — 4, свыше 6 месяцев — 6 больных.

На нашем материале отмечены следующие исходы заболевания: а) массивные спайки плевры — у 15, б) массивные спайки с деформацией грудной клетки — у 13, (в ограниченный пневмосклероз с массивными спайками плевры — у 3, г) осумкованный пиопневмоторакс — у 3, д) значительная деформация грудной клетки с бронхиальным свищем и ограниченной остаточной полостью — у 3.