

Видовой состав микроорганизмов в исследуемом воздухе был представлен сарцинами (подавляющее большинство), часто встречались диплококки, стрептококки. Реже высевались палочковые формы, еще реже — плесень.

Наряду с определением числа микроорганизмов, в ряде случаев в воздухе определялось содержание углекислого газа и число пылинок, взвешенных в воздухе. Полученные при этом данные совпадают с данными других авторов (А. И. Шафир и П. А. Коузов, 1948).

Является также интересным вопрос о чистоте наружного воздуха, поступающего по вентиляционной системе в помещение.

Было проведено несколько анализов воздуха на территории 8-й больницы в летний период. Микроорганизмов обнаружено значительно меньше, чем другими авторами (Д. И. Хорошанская, 1941; А. И. Шафир, 1945), которые также исследовали наружный воздух.

В ясную безветренную погоду в 1 м³ воздуха при анализах найдено от 126 до 580 микроорганизмов, при сильном ветре — до 2000.

ВЫВОДЫ:

1. Зимой воздух обследованных трех операционных блоков, если не включалась механическая вентиляция, в большинстве случаев сильно загрязнен микроорганизмами. Летом их бывает в 2 раза меньше, чем зимой.

2. При механической вентиляции операционной комнаты с шестикратным обменом воздуха в час микробная обсемененность воздуха снижается зимой в 5—6 раз, а в летнее время — в 2—3 раза.

3. Необходимо повысить качество предупредительного надзора над вентиляционной техникой лечебных учреждений и требовательность в эксплуатации вентиляционных систем и установок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куликова Л. А. Экспериментальное изучение и санация воздушной среды детских и больничных учреждений. Дисс., 1953, рукопись, Ленинград. — 2. Лебедев Ю. Д. Гигиена и санитария, 1957, 3, 55—59. — 3. Матвеева В. В. Количество микроорганизмов в воздухе некоторых помещений и пути оздоровления воздушной среды. Дисс., 1954, рукопись, Саратов. — 4. Силиваник К. Е. Гигиена и санитария, 1956, 11, 15. — 5. Строительные нормы и правила, ч. II, Москва, 1954. — 6. Хорошанская Д. И. Гигиена и здоровье, 1941, 2, 28. — 7. Шафир А. И. и Коузов П. А. Гигиена и санитария, 1948, 4, 9, — 16. — 8. Шафир А. И. Микробиологический метод гигиенического исследования воздуха, изд. Военно-медицинской Академии, Ленинград, 1945.

Поступила 25 июня 1957 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

О ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ РЕЗЕРПИНОМ

*Канд. мед. наук А. П. Карпата, канд. мед. наук А. И. Левин,
Г. Х. Лазиди, В. М. Волкова*

Из Криворожской клинической специализированной больницы
(главврач — А. Г. Шумаков)

Среди большого количества терапевтических средств, предложенных для лечения больных гипертонической болезнью, в последние годы все большее распространение получают препараты из корней раувольфии

серпентины. Но многие вопросы применения этого препарата не совсем выяснены.

Под нашим наблюдением находилось 26 больных гипертонической болезнью, лечившихся резерпином. Среди них было 17 мужчин и 9 женщин. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 40 лет — 2, от 41 до 50 — 4, от 51 до 60 — 13, и старше 60 — 7 человек. Давность выявления заболевания у большинства была сравнительно небольшой: у 16 человек меньше 5 лет, у 8 — до 10 лет, и только в двух наблюдениях она превышала 10 лет.

У подавляющего большинства обследованных (24 человека) была медленно прогрессирующая форма гипертонической болезни. Только у двух больных заболевание могло быть отнесено к прогрессирующей, злокачественной форме.

Все лечившиеся резерпином находились во второй стадии заболевания. Из них 10 в фазе А, и 16 — в фазе Б.

У 7 человек систолическое давление превышало 220, и у 11—200.

Уровень диастолического артериального давления был больше 120 у 5, и больше 100 — у 16 человек. По степени устойчивости артериальной гипертонии больные распределялись следующим образом: ригидная — 10 человек и стабильная — 16 больных. Одним из нас (А. П. Карапата) для разграничения степени ригидной и стабильной гипертонии предложена проба с внутривенным вливанием бромида натрия. При ригидной гипертонии после вливания в вену 10 мл 10% бромида натрия артериальное давление снижается до нормы или ее верхних пределов. При стабильной гипертонии артериальное давление во время проведения этой пробы не падает до нормальной величины.

Со стороны сердечно-сосудистой системы у наших больных, кроме гипертрофии левого желудочка, как правило, наблюдались явления атеросклероза аорты, более и менее выраженной хронической коронарной недостаточности, атеросклеротического кардиосклероза. Только у одного больного в анамнезе был инфаркт миокарда.

Электрокардиографическое исследование обнаружило у большинства больных умеренное отклонение электрической оси влево, у 7 человек наблюдались явления перегрузки левого желудочка, у одного — рубцовые изменения после перенесенного инфаркта передне-бокового отдела левого желудочка, у трех человек отмечались единичные экстрасистолы желудочкового происхождения. Баллистокардиографические изменения соответствовали второй — третьей степени по Брауну. Наиболее часто встречалось уменьшение высоты волны *I*, слияние волн *H* и *I*, увеличение волн *K*, *L*. Венозное давление у большей части больных было в пределах верхних границ нормы. У 9 больных цифры его превышали 120 мм водяного столба. Скорость кровотока, определяемая магнезиальным методом, колебалась в пределах от 11,8 до 28,4 сек. Определение насыщения артериальной крови кислородом, проведенное у 19 больных, показало, что у 6 из них насыщение было в пределах нормы (выше 93%), и у 13 ниже нормы (ниже 93%). Следует отметить, что время восстановления исходного насыщения кислородом артериальной крови после физической нагрузки у большинства больных было удлинено. Эти данные могут свидетельствовать о скрытой сердечно-сосудистой недостаточности у обследованных больных, что подтверждается также укорочением времени задержки дыхания у большинства обследованных.

У значительной части больных наблюдались более или менее выраженные явления вегетативной неустойчивости. У одного больного были остаточные явления после тромбоза средней мозговой артерии.

Явлений нефроангиосклероза, а также функциональной недоста-

точности почек установлено не было. Точно также сколько-нибудь выраженных признаков гипертонической ретинопатии не было. Обычно наблюдались симптомы Гвиста и Салюса.

Резерпин первоначально мы применяли по 0,25 мг 3 раза в день. Сразу же выяснилось, что не все больные одинаково переносят такую дозировку. У некоторых из них (6 человек) на 2—6 день такого лечения ухудшилось самочувствие, появлялась общая слабость, усилились головные боли и боли в области сердца, головокружение. Можно думать, что у части больных ухудшение состояния связано со значительным и сравнительно быстрым падением уровня артериального давления. После уменьшения дозировки резерпина самочувствие больных улучшалось (уменьшались головная боль, головокружение и боли в области сердца); артериальное давление при этом несколько повышалось. Учитывая это, первоначальная дозировка резерпина в дальнейшем была уменьшена вдвое и увеличивалась каждый раз индивидуально. У части больных ухудшение самочувствия в начале лечения не сопровождалось снижением уровня артериального давления. Видимо, здесь был иной механизм побочного действия препарата.

Следует отметить, что в первые дни лечения резерпином при измерении артериального давления каждый час, на протяжении 6 часов, после приема внутрь 0,25 мг резерпина, не обнаруживалось сколько-нибудь выраженного падения кровяного давления. К концу же лечения (через 20—30 дней) почти у всех больных наблюдался гипотензивный эффект. Систолическое давление снизилось у 25 больных (до 20 мм — у 6 чел., от 21 до 30 мм — у 9 чел., от 31 до 40 мм — у 5 чел., свыше 40 мм — у 5 человек) и не изменилось только у одного больного. Одновременно с этим диастолическое давление уменьшилось у 22 больных (до 20 мм — у 16 чел., от 21 до 30 мм — у 5 чел., от 30 до 40 мм — у 1 чел.). В 4 наблюдениях уровень диастолического давления остался исходным. Таким образом, у большинства больных было умеренное падение артериального давления. Сравнительно небольшое снижение давления может быть объяснено тем, что при оценке гипотензивного действия резерпина за исходные величины нами брались наиболее низкие цифры артериального давления, из наблюдавшихся до начала лечения.

Сколько-нибудь выраженных сдвигов ЭКГ и БКГ после лечения резерпином мы не наблюдали.

Снижение высокого венозного давления было отмечено у 7 из 9 больных. У части больных наблюдалось ускорение скорости кровотока. Значительное повышение насыщения артериальной крови кислородом было у 15 больных. У 7 человек это повышение достигало лишь нижних границ нормы. У 2 больных, у которых лечение резерпином не дало заметного терапевтического эффекта, величина насыщения кислородом крови оставалась низкой. Время восстановления насыщения кислородом артериальной крови после нагрузки нормализовалось у 18 больных.

Время задержки дыхания увеличилось у 15 больных, однако у 12 из них оно все же продолжало оставаться относительно укороченным.

Для оценки эффективности того или иного гипотензивного средства следует учитывать не столько выраженность его гипотензивного действия, сколько способность нормализовать уровень артериального давления. Если подойти к оценке гипотензивного действия резерпина с этой точки зрения, тогда картина будет выглядеть несколько иначе. Нормализация уровня систолического давления наблюдалась в 13, а диастолического в 12 случаях, то есть у половины леченных больных. К тому же добавим, что 10 чел. из них были в стадии II А (с ригидной гипертензией).

Из 16 больных в стадии II Б (со стабильной гипертензией) только

у 3 нормализовалось артериальное давление. Любопытно отметить, что у 2 больных после вливания в вену бромида натрия артериальное давление кратковременно снизилось до нормы, а в процессе лечения резерпином у них ни разу не было отмечено нормального давления. Ни в одном из двух случаев со злокачественной формой гипертонической болезни сколько-нибудь выраженного гипотензивного эффекта не наблюдалось.

Необходимо отметить, что и достигнутый нормальный уровень артериального давления после месячного курса лечения резерпином держится недолго. Уже в день выписки он часто повышался до исходных цифр.

Переходя к оценке изменений самочувствия больных после приема резерпина, следует указать, что из 18 больных, отмечающих головную боль, у 8 она исчезла, у 9 наблюдалось уменьшение ее интенсивности, и лишь у 1 человека осталась без изменений. Из 20 человек у 10 отмечалось исчезновение болей в области сердца и у 8 — значительное уменьшение их интенсивности. Исчезновение головокружения после приема резерпина отметили 5 больных из 13, у 7 больных уменьшилась степень головокружения. Значительное улучшение сна было отмечено у 24 человек.

Во время приема больными резерпина можно было наблюдать и побочное его действие. Брадикардия была отмечена у 5 человек, ознобы и набухание слизистой носа — у 4, сухость во рту — у 5, сонливость — у 2, появление сыпи, общая слабость, перебои в области сердца — соответственно у одного больного.

Таким образом, резерпин, снижая артериальное давление у части больных II стадией гипертонической болезни, все же не приводит к длительному и стойкому снижению артериального давления после месячного курса лечения. В изложенной оценке гипотензивного действия резерпина мы не одиноки. После «резерпинового увлечения» (Волчкова, С. К. Киселева) начинают высказываться более осторожные суждения (Л. М. Бехтеева). Поэтому не удивительно, что в последнее время взят курс, с одной стороны, на длительное применение препаратов рауфольфии (Мартелли) и, с другой, — на комбинацию их с ганглиоблокирующими, сосудорасширяющими и другими средствами (Вилькинс, Форд, Фратс).

ЛИТЕРАТУРА

1. Тареев Е. М. Сов. мед., 1952, 1. — 2. Карапата А. П. Клиническая медицина, 1955, 4. — 3. Михнев А. Л., Карапата А. П. Физиологический журнал, 1955. — 4. Волчкова С. К. Клиническая медицина, 1957, 3. — 5. Киселева С. К. Клиническая медицина, 1957, 1. — 6. Бехтеева Л. И. Клиническая медицина, 1956, 6. — 7. Group H. R. Clinical Ballistocardiography. New York, Macmillan, 1952.

Поступила 13 сентября 1957 г.

СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СЕРДЦА

Л. В. Дановский

Из 2-го терапевтического отделения (зав. — Л. В. Дановский) Ленинградской городской больницы (главврач — Н. Ш. Хасанов)

Нами наблюдался больной с картиной тяжелого ревматического перикардита, у которого на секции в околосердечной сумке обнаружен массивный геморрагический выпот.