

10 мм чаще отмечалось у лиц пожилого возраста. Значительное снижение диастолического давления после нитроглицерина оказалось только у лиц старше 50 лет.

У большинства артериальное давление, сниженное после приема нитроглицерина, в течение 10 мин не возвращалось к исходному уровню, но у лиц молодого возраста возвращение к исходным цифрам определялось чаще.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у практически здоровых людей нитроглицерин вызывает большее и более длительное снижение артериального давления у пожилых, чем у молодых.

Проба с нитроглицерином проведена и у 109 больных гипертонической болезнью (37 мужчин и 72 женщины). Возраст до 49 лет — 33, от 50 до 59 лет — 43 и старше 60 лет (60—84 года) — 33. По стадии болезни: I ст. — 36 больных, II ст. — 50, III ст. — 23.

Снижение систолического давления, не более 15 мм, отмечалось чаще у молодых. Понижение систолического давления на 16—25 мм чаще было у больных 50—59 лет. Понижение же систолического давления более чем на 25 мм чаще наблюдалось в пожилом возрасте.

Снижение диастолического давления менее 5 мм встречалось реже у пожилых. Снижение у них чаще наблюдалось более 5 мм.

У больных гипертонической болезнью нитроглицерин снижает главным образом систолическое давление, диастолическое же давление оказывается более устойчивым.

У подавляющего большинства при гипертонической болезни артериальное давление в течение 10 мин после нитроглицерина не возвращалось к исходному уровню.

Доктор мед. наук А. М. Елисеева (Иваново).

О некоторых сдвигах в обменных процессах у больных с рецидивирующими вялотекущими ревмокардитами

Для изучения биохимических показателей нами проведены наблюдения их в 57—58 гг. за 214 больными (таблица 1) ¹.

Таблица 1

	С 20 до 30 лет	С 21 года до 30 лет	С 31 года до 40 лет	Свыше 40 лет
Мужчин — 67	27	19	15	6
Женщин — 147	17	68	40	22
Всего—214	44	87	55	28

Нередко обнаруживались гипохромная анемия, небольшой лейкоцитоз, в ряде случаев со сдвигом влево, ускорение РОЭ от 25 до 50 мм/час.

При пробе Битторфа — Тушинского у большинства больных обнаружены ги-стиоциты.

Изменения в моче проявлялись в виде небольшой альбуминурии, микрогематурии, при наличии уробилина.

Общий белок сыворотки крови и белковые фракции исследовались у 106. Изменения общего белка в сыворотке крови наблюдались в сторону повышения лишь в единичных случаях (у 7 из 92). Изменения белковых фракций в сторону увеличения глобулинов наблюдались у 30 (27%).

Формоловая проба изучалась у 227 (по способу Гиляровского). У большинства она была отрицательной, и только у 18, с более тяжелым течением ревмокардита, — положительной. У этих же больных наблюдалось увеличение количества глобулинов.

Такие биохимические данные, как протромбиновый индекс и остаточный азот крови — показатели, главным образом, функции печени и почек, у подавляющего большинства больных не были изменены. Лишь в единичных случаях, при нарушении функции почек, отмечалось повышение содержания остаточного азота в крови.

Нами не было обнаружено выраженных изменений в углеводном обмене. Сахарная кривая определялась более чем у 200, причем весьма незначительные изменения наблюдались только у 48.

Изменения углеводного обмена, безусловно, имеются у больных ревматизмом, но для их выявления необходимы более тонкие методы.

¹ В разработке клинического материала принимали участие клинические ординаторы Н. Г. Ошуркова и Г. А. Серова.

Комплексная терапия — антибиотики, витамины, салицилаты, гормоны, переливание крови — давала хороший эффект. Явления ревмокардита и ревмосептические наслоения резко уменьшались.

Канд. мед. наук А. Г. Нихинсон (Омск).
О кардиальном рефлексе с верхних дыхательных путей

В работах всех известных нам авторов, занимавшихся изучением рефлекторных свойств верхних дыхательных путей, отсутствуют сведения об изучении рефлексогенных свойств носоглотки. Проведенными нами исследованиями установлено наличие большого количества нервных элементов, включая оформленные рецепторы, в тканях носоглотки, и можно предполагать, что и носоглотка является одной из рефлексогенных зон верхних дыхательных путей (в. д. п.)

Чтобы проверить это предположение, нами проведено исследование влияния холодового раздражения различных отделов в. д. п. (нос, ротоглотка, носоглотка) на ЭКГ. ЭКГ снималась в трех стандартных и трех грудных отведениях, в лежачем положении исследуемых. Холодовое раздражение осуществлялось или вдуванием струи воздуха из баллона на слизистую носа, миндалин, носоглотки (в носоглотку воздух подавался через тонкую резиновую трубку, введенную через нос), или прикладыванием к слизистой носа и к миндалинам металлической коробки диаметром в 7 мм и толщиной в 2 мм, через которую пропускалась холодная вода, а носоглотка орошалась холодной водой из специально сконструированной нами канюли. Всего исследовано 29 добровольцев, большей частью учащихся, молодого возраста. Все исследуемые предварительно обследовались терапевтами для исключения заболевания сердечно-сосудистой системы.

Мы применяли холодовое раздражение из тех соображений, что его эффект осуществляется при непосредственном участии высших отделов центральной нервной системы и, кроме того, потому, что холод — обычный повседневный раздражитель в. д. п., причем нередко имеет значение агента отрицательного влияния внешней среды на организм, а именно — холод может служить разрешающим фактором сенсibilизированного организма.

Проведенным исследованием выявлено, что в результате охлаждения слизистой носа, ротоглотки (миндалин), носоглотки наблюдается ряд изменений в ЭКГ. Отмечены изменения в зубце Т в пределах до 3 мм, укорочение интервала PQ, в отдельных случаях он не изменяется; изменение высоты зубца Р; интервал ST часто изменяется в сторону как увеличения, так и уменьшения, что нередко сочетается с отрицательностью и двухфазностью зубца Т_з. Изменения, в основном, сходны с описанными при общем охлаждении организма. Таким образом, установлено, что не только слизистая носа и ротоглотки (миндалины) являются рефлексогенными зонами, способными влиять на сердечную деятельность, но, не в меньшей степени, этими свойствами обладает и носоглотка. Поэтому правильно говорить не о назокардиальном или тонзиллокардиальном рефлексе, а о респирокардиальном рефлексе, исходящем из всего отрезка верхних дыхательных путей.

О. С. Радбиль (Казань). Особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки при сочетании ее с гипертонической болезнью

По нашим наблюдениям, сочетание язвенной болезни с гипертонической наблюдается в 5,6%, и поскольку оба заболевания весьма распространены, то в абсолютном выражении мы получаем значительный контингент лиц, страдающих одновременно этими двумя заболеваниями.

Подробно изучалось течение болезни у 50 лиц, имеющих такое сочетание.

Примерно две трети больных заболели вначале язвенной болезнью, а одна треть — гипертонической. Преобладали лица в возрасте 30—50 лет.

37 больных страдали язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и 13 — желудка.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у двух третей больных сочеталась с гипертонической болезнью второй стадии, у одной шестой части — третьей стадии. При язвенной болезни желудка примерно половина больных страдала гипертонической болезнью второй стадии и около трети — третьей стадии.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки чаще предшествовала гипертонической болезни, которая, в свою очередь, чаще предшествовала язвенной болезни желудка.

При обоих заболеваниях функциональные сдвиги в нервной системе близки по характеру.

Изучение системы медиаторов крови показало, что при сочетании язвенной болезни с гипертонической чаще, чем при каждой из них в отдельности, в крови наблюдается увеличение как адренэргических, так и холинэргических веществ. Увеличение содержания ацетилхолина в большинстве случаев было выражено больше, чем увеличение количества симпатина.