

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<sub>3</sub>. 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. Превалировали 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.

При сочетании язвенной и гипертонической болезни одновременно и значительно возбуждены оба отдела вегетативной нервной системы.

Изменения сосудистой системы, гемодинамики были типичными для страдающих гипертонической болезнью.

Примерно у половины больных были выраженные трофические расстройства (выпадение волос, ломкость ногтей, быстрое разрушение зубов), чаще у лиц с язвой желудка.

У 16 больных наблюдались массивные кровотечения и у 6 — прободение, что может быть поставлено в связь с поражением сосудистых стенок и нарушениями гемодинамики, характерными для гипертонической болезни. Осложнения чаще всего возникали при более тяжелых формах гипертонической болезни. У больных язвенной болезнью, развившейся на фоне гипертонической, число осложнений было больше.

При сочетании язвенной болезни с гипертонической в основном преобладает тяжелое течение как одного, так и другого заболевания, особенно при локализации язвы в желудке.

Клиническое течение язвенной болезни, к которой впоследствии присоединилась гипертоническая, большей частью бывает тяжелым и еще ухудшается после присоединения гипертонической болезни.

Развившаяся на фоне гипертонической болезни язвенная болезнь протекает с менее выраженными клиническими симптомами.

Обострения обеих заболеваний чаще протекают одновременно.

Направление лечения при сочетании этих заболеваний определяется преобладанием клинических проявлений того или другого из них.

#### Асс. Л. А. Серова (Свердловск). Геморрагическая форма паратифа Б.

Геморрагические формы брюшного тифа впервые были описаны в 1853 г. Рихтером. Для этих форм болезни характерны кровоизлияния в ткани, кровотечения из носа, десен, кишечника и обильная петехиальная сыпь. Болезнь протекает тяжело и обычно оканчивается летально. Встречается редко.

В инфекционной клинике Свердловского медицинского института за последние 10 лет был один больной с геморрагической формой паратифа Б в 1957 г. Этот случай интересен тем, что он проявился на фоне среднетяжелых и легких форм спорадических тифо-паратифозных заболеваний.

Б-ная О., 25 лет. В прошлом заболевания отрицает. Профилактической иммунизации против тифо-паратифозных заболеваний не подвергалась.

Заболела 7/IX утром: появились жар, боли в животе, двухкратный жидкий стул и неоднократная рвота. Продолжала работать. Принимала фталазол. Впервые обратилась к врачу 11/IX. В этот же день госпитализирована в дизентерийную больницу, где она находилась до 14/IX. Состояние было средней тяжести, но сознание ясное, температура 39—39,8°. 12/IX (6-й день болезни) появилась розеолезная сыпь. 14/IX больная переведена в инфекционную клинику. К этому времени состояние больной значительно ухудшилось.

При поступлении в клинику состояние больной тяжелое, сознание затемнено. Больная высокого роста, хорошего питания. Склеры инъецированы. На коже груди, живота и плеч обильная розеолезно-петехиальная сыпь. Тахипное (39 в 1 мин). Сердце в пределах нормы. Пульс 110, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. Кровяное давление — 90/50. Легкие без особенностей. Язык сухой, с кровотокающими трещинами и отпечатками зубов, покрыт толстым коричневым налетом. Живот мягкий, болезненный. Печень мягкая, выступает из подреберья на 2 см. Отчетливо пальпируется край мягкой селезенки. Стул 2—3 раза в сутки, жидкий, обильный. Дефекация и мочеиспускание произвольные. Менингеальных симптомов нет. В ночь на 15/IX бред преследования. В последующем — резкая адинамия. На туловище появилась обильная полиморфная геморрагическая сыпь с кровоизлияниями, а также сильная кровотоочивость из десен. На 12 день болезни появилось дыхание типа Чейн-Стокса, одышка усилилась до 45 в 1 мин, а сознание не прояснилось. Температура в пределах 39—40° все дни болезни.

На 6-й день болезни реакция Видаля с диагностикумом паратифа Б положительна в разведении 1/400. На 10-й день болезни из крови выделена культура паратифа Б.

Проводившееся лечение: левомецетин по 1,0—5 раз в день ежедневно, викасол 0,3% раствор по 5 мл внутримышечно в течение 4 дней, хлористый кальций внутрь, переливание плазмы, по 150 мл через день, и симптоматическая терапия.

На 13-й день болезни наступила смерть.

Данные вскрытия: гиперплазия пейеровых бляшек тонкого кишечника, гиперплазия лимфоузлов брыжейки и пульзы селезенки. Белый инфаркт селезенки. Множественные мелкоочаговые кровоизлияния в слизистую желудочно-кишечного тракта и под серозные оболочки внутренних органов. Тяжелая жировая дистрофия миокарда и печени. Токсический менингоэнцефалит.