

колебаний кривой (I ст. А) и появлении патологических комплексов не более, чем в  $\frac{1}{3}$  (I ст. Б).

Влияние дыхания проявляется в увеличении волн на вдохе и уменьшении на выдохе.

После физической нагрузки амплитуда систолических волн изменяется как в сторону повышения, так и в сторону понижения.

Легкая физическая нагрузка не оказывает существенного влияния на большинство временных расстояний волн БКГ. Однако отмечается уменьшение времени гемодинамической систолы НК.

Гемодинамическая систола НК находится в тесных временных соотношениях с фазой напряжения желудочков QH. При запаздывании QH — НК нередко укорачивается, и, наоборот, при ускорении QH — НК увеличивается.

Под влиянием пробы с нагрузкой БКГ в большинстве случаев остается нормальной, и лишь у отдельных лиц наблюдается ухудшение кривой.

#### Асп. В. А. Сунцов (Саратов). Эозинофилы крови и мокроты при бронхиальной и сердечной астме

Ввиду сложности диагностики бронхиальной и сердечной астм, особенно в случаях смешанных астм, у пожилых людей, мы определяли эозинофилы в крови и мокроте, спиральи Куршмана, кристаллы Шарко — Лейдена и клетки сердечных пороков в мокроте при данных заболеваниях, используя этот метод для дифференциальной диагностики астм.

Нами обследовано всего 49 больных бронхиальной и 46 с сердечной астмой во время приступа, и из них соответственно 41 и 37 вне приступа.

Эозинофилия крови при бронхиальной астме во время приступа встречается значительно чаще, чем при сердечной, что статистически достоверно. При сердечной астме во время приступа преобладают эозинопения и полное отсутствие эозинофилов, что редко при бронхиальной астме.

Эозинофилия крови при бронхиальной астме наблюдалась лишь при неосложненных ее формах. При легочно-сердечной недостаточности и бронхоэктатической болезни у больных бронхиальной астмой найдено нормальное или пониженное содержание эозинофилов.

При сердечной астме эозинофилия крови найдена у отдельных больных только с ревматическими пороками сердца, реже — во время приступа, чаще — вне приступа.

Разность показателей была равна 35,1%, средняя ошибка разности — 9,4%, что свидетельствует о существенности различия. Во время и вне приступа у больных бронхиальной астмой существенной разницы в содержании эозинофилов обнаружить не удалось.

Разность показателей составляла при этом 0,1%, средняя ошибка разности — 10,3%, что указывает на статистическую недостоверность различия. Вне приступа большой разницы в содержании эозинофилов крови больных бронхиальной и сердечной астмой обнаружить не удалось, что подтверждено статистически.

Эозинофилы в мокроте при бронхиальной астме во время приступа встречаются в 7 раз чаще, чем при сердечной, что статистически подтверждено. Вне приступа существенной разницы в содержании эозинофилов в мокроте при бронхиальной и сердечной астме обнаружить не удалось.

При бронхиальной астме во время и вне приступа большой разницы в содержании эозинофилов в мокроте не найдено. Разность показателей была равна 11,1%, средняя ошибка разности — 9,3%, что подтверждает случайный характер различия. При сердечной астме как во время, так и вне приступа значительных различий в содержании эозинофилов не обнаружено. Разность показателей была равна при этом 6%, средняя ошибка разности — 5,1%, что указывает на статистическую недостоверность различия.

Эозинофилы в мокроте при бронхиальной астме найдены лишь при неосложненных ее формах, а при сердечной астме — только у больных с ревматическими пороками сердца.

Кристаллы Шарко — Лейдена найдены лишь у 5 больных, а спиральи Куршмана — у 7 из 45 больных бронхиальной астмой во время приступа.

Клетки сердечных пороков во время приступа при сердечной астме встречались как правило, а при бронхиальной астме — в виде исключения, что статистически достоверно.

Вне приступа клетки сердечных пороков также чаще обнаруживались при сердечной астме, чем при бронхиальной, что подтверждается статистически.

#### Ю. О. Фурман (Нижний Тагил). Лечение стенокардии двухсторонней перевязкой внутренних грудных артерий

Операция перевязки внутренней грудной артерии (Фиески) проста по выполнению, не требует специального инструментария и обезболивания. Из осложнений во время операции возможны повреждение плевры и ранение внутренней грудной артерии. Осторожное проведение операции гарантирует от осложнений.

Наш материал охватывает 26 пациентов. Мужчин было 22, женщин 4. До 40 лет был 1 больной; до 50 лет — 13; до 60 лет — 9, старше — 3.

Болели до 1 года 2 человека, до 3 лет — 7, до 5 лет — 7, до 10 — 5 и свыше — 5.

У 8 пациентов в прошлом были инфаркты миокарда, подтвержденные на ЭКГ.

Из 26 больных у 18 стенокардия подтверждалась клинически и на ЭКГ. У большинства были ежедневно многократные приступы стенокардии, которые ненадолго купировались валидолом или нитроглицерином. 16 больных переведены для оперативного вмешательства из терапевтических отделений.

Всем пациентам сделана операция Фиески под местной анестезией с применением нейролепгических средств. Первым 10 больным мы делали два отдельных разреза кожи во втором межреберье у грудины, остальным были сделаны сплошные разрезы без мостика над грудиной. У одного во время перевязки левой внутренней грудной артерии шелком была перерезана артерия. Кровотечение остановлено прижатием артерии к ребру. Кровотокающая артерия перевязана в первом межреберье. Каких-либо других осложнений во время операции и после нее мы не отмечали.

Хороший результат получен у 19, удовлетворительный — у 5 и плохой — у 2. Срок наблюдения — от 3 до 15 месяцев.

К хорошим результатам мы отнесли исчезновение явлений стенокардии; к удовлетворительным — значительное урежение приступов, к плохим — отсутствие эффекта.

У 2 больных с плохими результатами после операции при повторных исследованиях обнаружена рефлексорная стенокардия (у одной — калькулезный холецистит, у другого — хронический гипацидный гастрит).

#### Асп. В. М. Карпицкая (Ярославль). Влияние препарата пчелиного яда КФ<sub>2</sub> на холестерин крови при гипертонической болезни

Было исследовано 32 больных, из которых 13 — со IIa ст., 15 — со IIb и 4 — с IIIa ст. гипертонической болезни (16 женщин и 16 мужчин). От 20 до 30 лет был 1 больной, до 50 — 19 и старше — 12.

Препарат КФ<sub>2</sub>, изготовленный Е. Л. Фишковым, вводился подкожно 1-й день — 0,5 мл, 2 — 0,75 мл, 3 — 1 мл, 4 — 1,5 мл, 5 — 2 мл, а затем через день по 2 мл. На курс лечения — 20 инъекций. Инъекции переносились хорошо, лишь местно отмечались небольшие инфильтраты, рассасывающиеся самостоятельно или после применения грелки. Иногда наблюдалась субфебрильная температура. И только у 2 больных лечение пришлось прекратить ввиду резкой местной реакции.

Лечение проводилось только препаратом пчелиного яда. Больные находились на общем больничном режиме, получали стол № 10.

Во время лечения у большинства наблюдалось значительное улучшение: уменьшались головные боли, головокружение и шум в голове, понижалось АД, улучшался сон, больные чувствовали себя бодрей, что нередко наступало после первых инъекций препарата.

После лечения улучшение наступило у 26. Однако при повторном исследовании, проведенном у 28 больных через 1,5—2 месяца, вполне удовлетворительным состояние оставалось только у 5, 14 чувствовали себя так же, как и до лечения, 9 — несколько лучше, чем до лечения.

Исследование крови на содержание холестерина производилось до введения препарата, к концу лечения и у 28 больных через 1,5—2 месяца после него. Снижение уровня холестерина после курса лечения отмечено у 13, повышение — у 15, без особых изменений (колебания  $\pm 20$  мг%) он остался у 4. Через 1,5—2 месяца уменьшение количества холестерина (по сравнению с данными до лечения) было у 9, повышение — у 13 и без изменений — у 6 больных. Понижение и повышение содержания холестерина можно было наблюдать в любой стадии заболевания.

#### Ю. Л. Бутов (Харьков). Морфологические изменения в шейных отделах блуждающих нервов, узловатых ганглиях и шейных симпатических узлах при гипертонической болезни

Обследовано 12 мужчин и 6 женщин (от 30 до 62 лет), погибших от гипертонической болезни, подтвержденной на секции. Продолжительность заболевания (по анамнезу) — от 4 до 20 лет. Во всех случаях отмечены высокие цифры АД — 220—140 (максимальное) и 139—90 (минимальное). Непосредственной причиной смерти у 10 больных была сердечная недостаточность, у 5 — кровоизлияние в головной мозг и у 3 — уремия.

Материал фиксировался в 12% нейтральном формалине. Целлоидиновые и замороженные срезы окрашивались гематоксилин-эозином, пикрофуксином, тионином по Нисслю, импрегнировались серебром по Бильшовскому и Бильшовскому — Гросс. Ганглиозные узелки изучались с учетом их гистологических и возрастных особенностей (Ю. М. Жаботинский).

Изучение нашего материала показало, что при гипертонической болезни в шейном отделе блуждающих нервов, в узловатых ганглиях и шейных симпатических узлах пре- и постганглионарными волокнами возникают многообразные дистрофические, деструктивные и компенсаторные процессы.