

К первым двум мы относим атрофию и сморщивание клеток с гиперхроматозом и пикнозом ядер, набухание клеточных тел с различной степенью хроматолиза, кариоцитоллизом и кариопикнозом, а также гидрошическую, коллоидную дистрофию и зернисто-глыбчатый распад клеточных тел. В нервных волокнах наблюдается вся гамма дистрофических процессов — от повышенной аргирофилии с варикозными вздутиями до распада проводников. Гибель клеток сопровождается гиперплазией сателлитов с образованием остаточных узелков.

К компенсаторно-приспособительным процессам можно отнести гипертрофированные нейроны, двудерные и двудыршковые клетки, разрастание клеточных отростков с расширением межнейронных связей; в миелиновых волокнах — возникновение коллатералей и колб роста.

Наиболее существенные изменения развиваются в афферентном звене периферической нервной системы, менее страдает эфферентное звено: преганглионарные симпатические и парасимпатические волокна, а также клетки шейных симпатических ганглиев с постганглионарными проводниками.

При сопоставлении наблюдений с различными вариантами течения и исходов гипертонической болезни существенных отличий в поражении нервной системы отметить не удалось.

Следует согласиться с мнением авторов, исследовавших вегетативную нервную систему при гипертонической болезни, что обнаруженные в ней изменения не специфичны для этого заболевания и развиваются вторично на почве сосудистых поражений, приводящих к циркуляторным расстройствам и гипоксии в нервных центрах и волокнах, длительного функционального перенапряжения нейронов, а также патологических процессов, разыгрывающихся в иннервируемых органах, о чем могут свидетельствовать картины так называемой «ретроградной дегенерации» клеток.

Дистрофические и деструктивные процессы в нервных центрах и волокнах играют, видимо, существенную роль в патогенезе функциональных и органических изменений в сосудистой системе и паренхиме внутренних органов.

М. С. Бакуменко (Москва). Некоторые данные об уровне холестерина и холестерин-эстеров у больных хроническим алкоголизмом

Общий холестерин определялся по методике Энгельгард-Смирновой у 205 больных хроническим алкоголизмом, в том числе у 55 — в состоянии острой алкогольной интоксикации. Холестерин-эстеры определялись у 76 больных по методике с петroleйным эфиром. Большинство (186 из 205) были в возрасте до 50 лет и 19 больных — свыше 51 года.

113 человек злоупотребляли алкогольными напитками в течение 10 лет, 62 — в течение 15 лет, 30 — в течение от 16 до 35 лет.

Уровень общего холестерина у 128 из 205 хронических алкоголиков как в трезвом состоянии, так и в состоянии острой алкогольной интоксикации нормален (от 150 до 190 мг%). Гиперхолестеринемия (от 191 до 384 мг%) отмечена у 42, гипохолестеринемия (ниже 150 мг%) — у 35. Уровень свободного холестерина колебался от 23 до 179 мг%, уровень эстеров холестерина — от 5 до 196 мг%. У преобладающего большинства (у 57 из 76) уровень свободного холестерина оказался выше нормы, а эстеры холестерина — ниже нормы. (Для свободного холестерина норма 37—75 мг%, для эфиров холестерина — 108—129 мг%.)

Показатель эстерификации у 68 из 76 больных был сниженным и лишь у 8 был в пределах нормы. Снижение эстеров холестерина и низкий показатель эстерификации у большинства больных хроническим алкоголизмом следует объяснить значительным повреждением паренхимы печени, именно ее эпителиальной ткани, поскольку единственным гепатотропным фактором в течение ряда лет у этих больных являлся алкоголь. Высокие цифры свободного холестерина также указывают на угнетение процессов эстерификации холестерина в печени.

Асс. Т. М. Лучко-Харина (Харьков). К клинике межприступного периода ревматизма у взрослых

Изучение межприступного периода ревматизма имеет очень большое значение, так как с окончанием острой атаки ревматизма болезнь не прекращается, а продолжает прогрессировать, изменяя лишь темп своего течения.

Для изучения межприступного периода проводилось наблюдение над больными в различные сроки от острой атаки ревматизма.

В послеприступную фазу — до 6 месяцев после выписки из стационара (I гр.) исследовано 83 человека, от 7 месяцев до года (II гр.) — 67, от года до трех лет (III гр.) — 64, после 3 лет — 17 (IV гр.).

В возрасте до 40 лет был 81 человек и старше — 19.

Без пороков сердца было 13 человек, с недостаточностью митрального клапана — 73, с комбинированным пороком сердца — 14.

Из больных I гр. 71 жаловались на боль в области сердца, 64 — на сердцебиение после физической нагрузки и в покое, 15 — на повышение температуры непостоянного характера (до малых субфебрильных цифр), 10 — на головную боль.