

Из больных II гр. жаловались на боль в области сердца 28 человек, 30 — на сердцебиение при физической нагрузке. Боль и ломота в суставах наблюдались у 16 и носили непостоянный характер, появляясь при перемене погоды. Головная боль была у 5.

Из больных III гр. жаловались на боли в области сердца 49 человек, на сердцебиение — 38. У 17 наблюдались боль и ломота в суставах, у 16 повышенная утомляемость, у 29 общая слабость, у 9 субфебрилитет, у 6 — головная боль.

Из больных IV гр. 6 человек жаловались на изредка повторяющиеся боли в области сердца, 5 — на сердцебиение. У 4 были боль и ломота в суставах, особенно при перемене погоды.

Итак наибольшее количество жалоб предъявляют больные, находящиеся в после-приступной фазе, а наименьшее — те, у которых прошло более 3 лет после острой атаки ревматизма. Все это дает возможность утверждать, что ревматический процесс очень медленно затихает, и даже спустя 3 года после острой атаки он в какой-то мере продолжает существовать.

При измерении АД, венозного давления и скорости кровотока можно было установить патологические сдвиги лишь у больных I гр. Гипотония была у 72, венозная гипертензия — у 43, замедление скорости кровотока — у 24.

В более поздние сроки межприступного периода указанные сдвиги были редкими (у 2—3 человек).

Патологические сдвиги в показателях со стороны сердечно-сосудистой системы, наблюдающиеся, хотя и редко, через 2—3 года, заставляют нас увеличить срок диспансеризации при ревматизме до 3 лет.

#### Асс. К. И. Емелина (Саратов). Изменения функционального состояния печени у больных ревматизмом при комплексной терапии

Под наблюдением находились 50 больных рецидивирующим ревмокардитом, которые разделены на две равные группы как по численности, так и по характеру клинических проявлений заболевания. В группы не включались больные с резко выраженным нарушением кровообращения. Больным обеих групп проводилась противоревматическая терапия (салициловый натрий, пирамидон, пиразолидин, АКГТ и кортикостероидные гормоны), при необходимости — лечение кардиальными препаратами.

Больным одной группы, в отличие от другой (контрольной), кроме указанной выше терапии, в лечебный комплекс включались мероприятия по улучшению функционального состояния печени. Эти больные получали дополнительно к столу № 10 100—150,0 творога, аскорбиновую кислоту по 100 мг 3 раза, пиридоксин по 25 мг 2 раза, метионин 0,5 г 3 раза или 20% раствор холин-хлорида по 1 чайной ложке 3 раза в день, а также липокаин по 0,1 г 3 раза в день.

Функция печени изучалась с применением ряда проб: Квика — Пытеля, на синтетическую гиппуровую кислоту, определение протромбина крови, исследование белков сыровотки, коагуляционная проба Вельтмана, сулемово-осадочная реакция Таката — Ара.

Больные исследовались в первые дни пребывания в клинике и повторно, после трех-четырёхнедельного лечения. Анализ полученных нами данных показывает, что у больных рецидивирующим ревмокардитом наблюдается довольно выраженное нарушение функции печени, которое под влиянием антиревматического лечения несколько уменьшается.

Сопоставление полученных результатов по исследованию функционального состояния печени у больных рецидивирующим ревматизмом, получавших комплексную терапию, с результатами, полученными у контрольной группы больных, показывает преимущество комплексной терапии.

Исходя из сказанного, следует, что для предотвращения развития и прогрессирования хронического гепатита у больных рецидивирующим ревматизмом, наряду с антиревматической и кардиальной терапией, в лечебный комплекс необходимо включать липотропные вещества (творог, метионин, холин-хлорид), липокаин и витамины (С и В<sub>6</sub>).

#### М. Г. Соловей (Москва). Желудок и водно-минеральный обмен

Мы поставили целью исследовать: какова секреция желудка, когда в организм попадает много жидкости извне и когда ткани и кровь почему-либо перегружены жидкостью. Пользуясь купросульфатным методом, мы показали (16 случаев), что после резекции привратника, при водной нагрузке в 600 мл, когда вода быстро переходит в тонкий кишечник и подвергается всасыванию, снижается удельный вес крови и плазмы, белок крови уменьшается, гемоглобин и гематокрит падают (гидремия).

С другой стороны, при приеме ртутных мочегонных, до наступления диуретического эффекта, секреция в желудке значительно увеличивается. Другими словами, желудочные железы извлекают из ткани и крови в полость желудка избыточную жидкость. Эти данные подтверждены и экспериментально на собаках с фистулой желудка. Секреция желудка после инъекций меркузала отличается высокой кислотностью, повышенным содержанием хлоридов и примесью желчи.