

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 гипертония — 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 синтез гиппуровой кислоты, 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 В₆).

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.

Кальций, кальций в желудочном соке находятся в теснейшей зависимости от уровня этих же элементов в крови. При беременности в сроки 3—6 месяцев кальций в желудочном соке резко падает, а в крови уровень кальция остается неизменным (нормальные цифры кальция в желудочном соке — 4,5—6,5 мг%, калия — 30—57 мг%, натрия — 160 мг% — при определении пламенным фотометром).

При нарушении кальциевого обмена, как при гиперпаратиреозе, содержание кальция в желудочном соке возрастает.

Значительное увеличение кальция, а также калия в желудке наблюдается при почечной недостаточности и продолжает увеличиваться по мере развития заболевания, при азотемии и уремии. Кальций в желудке возрастает также при хроническом остеомиелите огнестрельного происхождения.

Повышенное содержание кальция в желудочном соке при почечной недостаточности объясняется тем, что при ней развивается так называемый нефрогенный остеопороз (А. В. Русаков). Остеопороз в данном случае вызван тем, что при ацидозе организм теряет свои основные валентности, черпая их из костной ткани (А. В. Русаков, С. А. Рейнберг и др.).

При ахилии содержание натрия в желудочном соке повышено (В. Н. Смотров и С. А. Васильев, М. Г. Соловей, Гофмейстер и Альбрехт — 1953).

Из сказанного явствует, что желудочные железы принимают участие в водном и минеральном обмене организма.

И. З. Горелов (Ленинград). Изменение клинико-гематологических показателей у больных хроническим миелозом, леченных миелосаном и гормональными препаратами

Мы сообщаем о результатах лечения миелосаном 50 больных хроническим миелозом (26 мужчин и 24 женщины).

Большинство (38) были в возрасте от 26 до 50 лет. Длительность заболевания с момента выявления была от 6 месяцев до 7 лет.

Ранее уже лечились рентгеновыми лучами 17, эмбихином и уретаном — 9, радиоактивным фосфором — 2 больных.

У 5 больных была начальная или переходная (по классификации С. Б. Гейро, 1955); у 41 — вторая; у 4 — третья (терминальная) стадия. У 6 больных была сублейкопеническая форма хронического миелоза. При поступлении общее состояние было удовлетворительным у 21, средней тяжести — у 21, тяжелым или крайне тяжелым — у 8 больных.

Лечение обычно начинали с миелосана; в дальнейшем (по мере необходимости) применялись другие средства — трансфузия крови, гемостимулин, АКТГ, кортизон, половые гормоны.

Лечились миелосаном 48 больных, из них 9 получали первоначальные дозы по 1—3 мг в день, 6 — по 4 мг, 25 — по 6 мг, 8 — по 8 мг. Большие дозы (8—10 мг в день) применялись у 2 больных с выраженной сплено-мегалией и гиперлейкоцитозом (до 340 000).

По мере улучшения общего состояния, уменьшения селезенки, печени и снижения числа лейкоцитов дозы миелосана снижались до 4—2 мг в день и ниже. Такие дозы продолжали давать до выраженного снижения числа лейкоцитов, строго следя за градиентом их падения. В процессе лечения придавалось большое значение постепенному (литическому) снижению числа лейкоцитов.

В конце лечения у 7 больных, у которых наступила клиническая ремиссия, но количество лейкоцитов оставалось повышенным (50 000—73 000), мы не стремились уменьшить число лейкоцитов до нормы. С учетом наступления у этих больных клинической ремиссии лечение миелосаном отменялось или проводилось лечение поддерживающими дозами миелосана по 2 мг через день или 2 раза в неделю в течение 2—3 недель.

У 5 больных с сублейкемической и лейкопенической формами лейкоза в фазе обострения миелосан применялся в небольших дозах (1—4 мг в день) в комбинации с трансфузиями крови, АКТГ и кортизоном.

Миелосан в небольших дозах (2—4 мг) был также применен у 4 больных с начальной и переходной стадией болезни.

Общая доза миелосана на курс лечения колебалась от 88 до 482 мг.

В результате лечения у большинства (43 больных) общее состояние улучшилось: уменьшились или исчезли общая слабость, потливость, головные боли, головокружения, боли в костях и селезенке; нормализовалась температура. Наряду с этим, уменьшились или исчезли одышка, сердцебиение, боли в области сердца, кашель; улучшился аппетит, больные прибавили в весе; исчезла раздражительность; больные становились уравновешеннее; нормализовался сон.

У больных с эндокринно-половыми нарушениями отмечались уменьшение или прекращение приливов жара к лицу и парестезий (у 14), улучшение потенции (у 13), нормализация менструального цикла (у 3).

На основании наших наблюдений мы пришли к следующим выводам:

1. В результате лечения миелосаном и гормональными препаратами у большинства (40 больных) достигается клиническая ремиссия и значительное гематологиче-