

Гистологическое исследование кожного узла с наружной поверхности правого плеча. Эпидермис без изменений. Соединительная ткань и подкожная клетчатка содержат обильные клеточные элементы, то диффузно, то очагово. Клетки инфильтратов состоят в основном из недифференцированных элементов, встречаются лимфобласты, зрелые лимфоциты.

Диагноз: хронический лимфолейкоз. Из-за инфицирования кожных покровов диагноз изучением картины костного мозга не подтвержден. Лечение антибиотиками и преднизолоном улучшило состояние больной. Уменьшился зуд, температура снизилась до субфебрильной. Больная в удовлетворительном состоянии переведена для дальнейшего лечения в терапевтическое отделение.

УДК 616.24—616.12—008.331.1

ОБ ОБРАТИМОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Н. И. Чернышева и А. Л. Мальцева

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав.— проф. К. Г. Никулин) Горьковского медицинского института

Согласно литературным данным, в основе хронического легочного сердца лежит гипертензия малого круга кровообращения. Одним из косвенных путей диагностики легочной гипертензии является изменение фазовой структуры сердечного цикла в ответ на повышение давления в малом круге.

Наблюдение за динамикой фазовой структуры сердечного цикла в ходе комплексного лечения больных даст возможность установить изменения характера реакции сердца и тем самым хотя бы приблизительно подойти к решению вопроса о критериях обратимости легочной гипертензии.

Мы изучали фазовую структуру сердечного цикла у 58 мужчин и 32 женщин с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Нормальные показатели фазовой структуры сердечного цикла показаны в табл. 1.

Таблица 1

Число обследованных	Статистический показатель	Длительность фаз систолы, сек.								
		A _s	I _c	T	E	S _m	S ₀	ВСП	ИНМ	ИБ
63	М ±m	0,051	0,036	0,088	0,260	0,295	0,348	87,35	24,98	3,43
		0,0013	0,0013	0,0017	0,0026	0,0032	0,0031	0,494	0,425	0,077

У 53 больных исследования проведены и после курса комплексного лечения противовоспалительными, бронхолитическими, сердечными средствами, кислородом, гормонами.

Все больные по клиническим данным и вентиляционным показателям разделены на 3 группы.

В 1-ю гр. включены больные с легочной недостаточностью I ст., во 2-ю — с легочной недостаточностью II—III ст., в 3-ю — с легочно-сердечной недостаточностью.

Характер фазовой структуры сердечного цикла у больных всех 3 групп до и после лечения представлен в табл. 2, вентиляционные показатели — в табл. 3.

После курса комплексной терапии только в первой группе больных были однонаправленные и статистически достоверные сдвиги фазовой структуры, заключающиеся в укорочении фазы изометрического сокращения (I_c) и удлинении фазы изгнания (E) с одновременным нарастанием внутрисистолического показателя (ВСП) и увеличении индекса Блюмбергера (ИБ). У всех больных этой группы отмечалось клиническое улучшение: стихание воспалительного процесса, прекращение приступов удушья, улучшение вентиляционных показателей, уменьшение бронхиального сопротивления.

Во 2-й гр. больных сдвиги после лечения оказались менее выраженными и не были однозначными. По средним данным фаза I_c, до лечения удлиненная, после

Таблица 2

Число больных	1-я группа			2-я группа			3-я группа							
	до лечения		после лечения	до лечения		после лечения	до лечения		после лечения					
	24			34			32							
	M ± m		P	M ± m		P	M ± m		P					
As	0,046	0,0029	0,042	0,0017	0,048	0,0021	0,042	0,0068	0,05	0,0029	0,050	0,0031	0,5	
Ic	0,047	0,0028	0,036	0,0032	0,052	0,0040	0,059	0,0027	0,2	0,045	0,0028	0,050	0,0048	0,5
T	0,093	0,0044	0,08	0,0059	0,10	0,0024	0,101	0,0035	0,5	0,10	0,0034	0,10	0,0070	0,5
E	0,231	0,0088	0,246	0,0040	0,245	0,0041	0,244	0,0044	0,5	0,220	0,0068	0,215	0,0088	0,5
Sm	0,278	0,0046	0,280	0,0059	0,290	0,0050	0,303	0,0055	0,1	0,267	0,070	0,265	0,0086	0,5
So	0,325	0,0047	0,324	0,0070	0,346	0,0045	0,345	0,0051	0,5	0,324	0,076	0,316	0,0090	0,5
ВСП	81,5	1,2	87,5	1,1	84,7	0,9	80,0	0,9	0,01	79,0	1,2	81,0	1,8	0,5
ИНМ	29,0	1,5	24,0	1,1	29,0	0,8	28,0	1,0	0,5	31,0	0,9	32,5	1,6	0,5
ИБ	2,89	0,19	3,7	0,27	2,8	0,10	2,69	0,15	0,5	2,5	0,10	2,6	0,21	0,5

Таблица 3

	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	до лечения		до лечения		до лечения	
	после лечения		после лечения		после лечения	
	M ± m		M ± m		M ± m	
ЖЕЛ, л	2,5	0,15	1,7	0,67	1,8	0,13
% к должной	71,6	1,0	50	1,3	55	2,3
МОД, л	9,2	0,53	8,9	0,43	7,7	0,21
% к должной	162	4,1	176	3,1	155	6,0
Полноц. О ₂ , мл	250	2,5	261	12,0	233	3,0
% к должному	121	2,9	137	1,6	122	3,4
КИ	28	31	34	19,5	36	2,5
МВЛ, л	33	2,5	19,5	0,9	22,5	2,5
% к должной	79,4	2,8	65	2,1	72	2,5
ДЭ	5,0	4,4	4,7	1,9	4,5	2,3
ФЖЕЛ	67%	4,6	59,8%	1,9	61,2%	0,21
Скорость вдоха, л/сек.	2,5	0,07	1,6	0,09	1,9	0,16
Скорость выдоха, л/сек.	2,3	0,06	1,3	0,08	1,7	0,16

лечения еще более удлинилась. Фаза изгнания, до лечения укороченная, после лечения не менялась. Однако эти изменения оказались статистически недостоверными.

Из 14 больных с исходным укорочением фазы изгнания у 7 после лечения она удлинилась, у 4 осталась без перемен, у 3 стала еще короче.

Укорочение изометрического сокращения и удлинение фазы изгнания после лечения выявлены у больных с хорошим клиническим эффектом.

У больных 3-й гр., у которых основные отклонения до лечения заключались в нарушении изометрического сокращения и укорочении фазы изгнания, после лечения изменения продолжительности последней (Е) не наблюдалось.

Исследования показали, что только у больных 1-й гр. под влиянием лечения нормализовалась фазовая структура сердечного цикла. У большей части больных 2-й гр. и у всех больных 3-й гр. положительной динамики не обнаружено. На основании этого можно предполагать, что фазовая структура сердечного цикла нормализуется лишь у больных с обратимой стадией легочной гипертензии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдалбекян С. Х. и др. Тр. Ереванского мед. ин-та, 1965.—2. Глотов К. В. Гигиена труда, 1965, 4.—3. Карпман В. Л., Савельев В. С. Физиол. журн. СССР, 1960, 3.—4. Коган Б. Б. и Злочевский П. М. XV Всесоюз. съезд терапевтов. М., 1962.—5. Назаров И. Л. Кардиология, 1964, 4.—6. Пенкович А. А. Тер. арх., 1964, 8; 1965, 10.—7. Сазонова Е. М. Тер. арх., 1960, 1.—8. Blumberg u. a. Verh. dtsch. Ges. Kreislauff., 21 Tag, 1955, 328—337.—9. Warembourg e. a. Arch. Mal. Coeur, 1963, 5, 567—573.—10. Iezek V. e. a. Cor et Vasa, 1964, 6, 2.—11. Баталов З. Folia med., 1966, 8, 4, 232—238.

УДК 616.988—616.91—616.61—616.1

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

В. И. Рощупкин

*Клиника инфекционных болезней (зав.—проф. В. Н. Лейман) Куйбышевского
медицинского института*

Мы изучали особенности поражения сердечно-сосудистой системы при геморрагической лихорадке с почечным синдромом в условиях Среднего Поволжья. Под наблюдением находилось 262 больных (92% из них — мужчины). На возраст от 25 до 45 лет приходилось 65,5% больных. Заболевание протекало легко у 29,5%, по типу средней тяжести — у 62,3%, тяжело — у 8,2% больных. У 2 больных, поступивших в крайне тяжелом состоянии, наступил летальный исход.

В течении заболевания мы выделяли 3 периода: общетоксический; геморрагических проявлений и почечной недостаточности; реконвалесценции. В течение I периода циркуляторные нарушения были обычными для острого лихорадочного инфекционного заболевания: приглушенность тонов сердца, умеренная тахикардия, АД с тенденцией к гипотонии.

Наиболее характерные изменения возникали во II периоде. Гипотонию в начале этого периода отмечают почти все исследователи, при этом американские авторы подчеркивают выраженный ее характер и даже выделяют как самостоятельную, гипотензивную фазу. Нами снижение АД до 100—90/50—60 зарегистрировано не более чем у 13,3% больных. Это существенно отличается от данных Э. А. Гальперина, обнаружившего гипотонию при дальневосточном геморрагическом нефрозо-нефрите у 81% больных. Более значительного снижения, равно как и коллаптоидного состояния, мы не наблюдали. Гипотония выявлялась чаще всего на 4—6-й день болезни, в дальнейшем давление в одних случаях выравнивалось, в других (55,7%) к 7—11-му дню болезни развивалось непродолжительное (на 1—3 дня) повышение максимального и минимального АД. Лишь в единичных случаях гипертензия затягивалась до 9—11 дней. АД повышалось у больных тяжелыми и среднетяжелыми формами, при легком течении болезни гипертензии не было. Повышение максимального и минимального давления регистрировалось примерно с одинаковой частотой. Характерно, что гипертензия развивалась обычно во второй половине периода почечных и геморрагических проявлений за 1—2 дня до появления полиурии, знаменовавшей завершение этой самой тяжелой фазы болезни и начало реконвалесценции. Наиболее вероятной причиной кратковременного повышения АД следует считать появление в крови прессорных веществ в результате деструктивных процессов в мозговом веществе почек.