

Из государственного Сестрорецкого курорта (главврач Н. А. Завадский) и И терапевтической клиники Ленинградск. гос. института для усовершенствования врачей (директор-проф. Я. А. Ловцкий).

К вопросу о клинических проявлениях симптомокомплекса артериосклероза в молодом возрасте.

И. Шулуто (Ленинград).

Считается установленным, что артериосклероз является весьма частым случаем пожилых людей.

По статистике Вейдта на материале одного большого страхового общества, артериосклероз является главной причиной смерти в старческом возрасте.

Все чаще и чаще в печати появляются сообщения, указывающие, что артериосклероз нередко встречается и в молодом возрасте. Так, Менкенберг, разрабатывая материал вскрытия павших на войне молодых людей в возрасте от 21 года до 30 лет, поразились огромным (44.5%) числом людей, у которых можно было отметить явления артериосклероза (цитирую по Плешу).

В работе Лихачевой и Барвиша, вышедшей из клиники проф. Ловцкого, приведены статистические материалы различных авторов, которые в основном повторяют приведенные выше данные Менкенберга.

На Сестрорецком курорте, где подавляющий контингент больных — неврологи, нам приходилось наблюдать довольно большое количество лиц молодого возраста (от 28 до 35 лет), где, наряду с явлениями функционального невроза, мы могли также отметить отчетливые проявления артериосклероза.

Материалом для настоящего сообщения нам служат больные Сестрорецкого курорта и ряд случаев, который нам удалось наблюдать при проведении диспансеризации рабочих. Эти больные нами наблюдались для более подробного изучения в клинике проф. Ловцкого. Таких больных на курорте у нас было 38 человек, среди диспансеризуемых больных — 8 человек. Сюда входят только те больные, у которых клиническая диагностика артериосклероза находила свое подтверждение в рентгенологической картине склеротических явлений со стороны аорты.

Чрезвычайно трудно дать общую клиническую картину для всех наших случаев. Она, по крайней мере со стороны субъективных моментов, чрезвычайно варьировала, проявляясь у различных больных по различному в зависимости от конституциональных особенностей больного, этиологических моментов, лежащих в основе данного заболевания, места поражения склеротическим процессом и т. д.

В нашем материале (46 чел.) клинический симптомокомплекс артериосклероза наблюдался у женщин в 3 случаях. Отметим при этом, что контингент больных, который проходил через наш прием, состоял преимущественно из мужчин.

По профессиональному признаку они распределяются следующим образом:

Занимающиеся умственным трудом (педагоги, врачи, инженеры, ответств. работники, учащиеся и канцелярские работники)	71 чел.
Квалифицированные рабочие (техники, мастера)	6 "
Занимающиеся физическим трудом (в условиях производства)	14 "

Военно-служащие 3 чел.

По возрасту наши больные распределяются следующим образом:

от 26 до 30 лет	10 человек
„ 30 „ 33 „	28
„ 33 „ 36 „	8

По конституциональному признаку (по Черноруцкому):

астеников	9 чел.
нормостеников	33 „
приближающихся к гиперстенич. типу 4 „	

Из перенесенных инфекций удалось отметить:

брюшной тиф в	14 случаях
сыпной „	6
суставной ревматизм	4 „
малярия	3
туберкулез	2
частые ангины и грипп	17

Кровяное давление: к моменту приезда на курорт только у 3-х больных можно было отметить повышение преимущественно за счет максимальной границы. Употребление алкоголя в незначительном количестве отмечается почти во всех случаях в более значительном количестве можно было отметить только в 4 случаях. Курение отмечалось у 41 человека. Материальные и жилищные условия жизни у наших больных можно признать вполне удовлетворительными.

Общая клиническая черта, почти во всех наших случаях — это совершенно ясный симптомокомплекс функционального невроза; отдельные жалобы, которые конечно, варьировали в каждом отдельном случае, были чаще всего на повышенную возбудимость, головную боль, головокружение, боли в области сердца, сердцебиение, пототделение и т. д. Как довольно частую жалобу, можно отметить чувство онемения, ползания мурашек в конечностях, в особенности при положении ноги на ногу, или же некоторые больные указывают, что при положении на боку немеет именно та половина тела, на которой они лежат. Часто выслушивались жалобы на быструю утомляемость ног (при ходьбе, стоянии). Так называемых явлений перемежающейся хромоты, описанной Шарко, мы у нашего контингента больных отчетливо не наблюдали. Довольно часто (почти в половине случаев) отмечалась одышка при быстром движении, подъеме на лестницу и т. д. В единичных случаях больные отмечали ослабление *libido sexualis*. Все приведенные жалобы по существу могли бы быть объяснены в неврозостений. Однако, объективные данные этой группы больных дают право подумать и об определенной заинтересованности сосудистой системы в клинической картине этого функционального невроза. При более подробном изучении этих больных удастся нередко еще отметить и нарушения в обмене веществ.

Следует отметить далее, как довольно частое явление, что эти больные выглядят значительно старше своего возраста. Несколько реже (в 12 случаях) мы отмечали наступление ранней седины. Последняя не имела своей типичной локализации. У одних мы наблюдали разбросанные единичные седые волосы на всей голове, у остальных седина была в виде ограниченных участков на висках и т. д.

Как частое явление, мы наблюдали выступление височных сосудов с типичной змеобразной извилистостью. Как постоянное явление, мы

1) Ввиду малочисленности больных мы не имеем возможности проследить зависимость этого заболевания от такого важного фактора как конституция.

отмечали пульсацию кубитальных сосудов при небольшом сгибе в локтевых сосудах, также с ясно очерченной змееобразной извилистостью. Перкуторные границы сердца в передних случаях указывали на незначительную гипертрофию левого желудочка. Сосудистый пучок перкуторно определялся расширенным. Загрудинная пульсация аорты отмечалась редко. Как редкое явление, можно было еще отметить развитую венозную сеть на крыльях носа. Пульс обладал известной лабильностью, что, повидимому, нужно увязать с явлениями функционального невроза. Стенка лучевой артерии наощупь в большинстве случаев не представляла особых отклонений от нормы и только в единичных случаях можно было отметить некоторую плотность ее.

Если в случаях, где мы находили перкуторные изменения со стороны аорты, пульсацию со стороны кубитальных сосудов, выраженную извилистость височных сосудов, отмечался еще систолический шум на аорте при опущенных руках и усиливающийся при положении по Сиротинину-Куковерову и, если мы отмечали к тому же акцент II тона на аорте, то мы с большой вероятностью высказывались за явления артериосклероза аорты. Принимая во внимание и потерю эластичности других сосудов (ясных, кубитальных), жалобы на ощущения тяжести в ногах, чувство их онемения, раннее старение, седину и т. д., можно, на наш взгляд, говорить о совершенно отчетливом симптомокомплексе артериосклероза.

Для иллюстрации приведем как пример одного нашего больного, который вначале находился у нас под наблюдением в Сестрорецком курорте, а затем нами еще дополнительно изучался в клинике.

Б-ной М-ев, 33 лет, Швейник-утожник. Заработная плата—250 рублей (живут втроем). На этом производстве он 12 лет, а до этого был учеником у портного. Поступил в клинику с жалобами на быструю утомляемость, сердцебиение, голово-кружение, головные боли, рассеянность, нередко чувство ползания мурашек по телу, частое чувство онемения конечностей, быстро мерзнут ноги, руки, нос, уши; потеет. В последнее время наблюдается ослабление *libido sexualis*. Курит. Умеренно употребляет алкоголь. Половая жизнь с 21 года, жеват, имеет 1 ребенка. 62-х летний отец здоров. Мать умерла 35 лет от туберкулеза легких. Из перенесенных заболеваний больной отмечает: с детства малярию; в 1919 году сыпной тиф, изредка грипп, ангина. Рост больного—161 см.; окружность грудной клетки 88 см.; вес 62 кг., правильного телосложения. Окраска кожных и слизистых нормальна. Губы и кончик носа слегка цианотичны и холодны наощупь. То же можно отметить в отношении конечностей. На крыльях носа видна сосудистая венозная сеть. Височные сосуды достаточно выделяются, плотноваты и змееобразно извилисты. Во рту единичные карозные зубы. Миндалины рыхлы. Длинный тип грудной клетки. Сердце: левая граница на соске; правая—по правой грудничной линии; верхняя—4 межреберье. Размеры (ортодиаграфически): $Lo=4,9$ см. (правая половина аорты 2,3; левая 2,6); $Mr=3$; $ML=7,9$. Пульсация всех отделов сердца—нормальная. У верхушки выслушивается нечеткий I тон и ясный II тон; на середине грудины выслушивается неясный систолический шум; во втором межреберье справа систолический шумок и небольшой акцент II тона. Пульсация кубитальных сосудов при сгибе в локтевых суставах. Загрудинная пульсация не определяется. Кровяное давление по RR—115/65. Легкие: перкуторные границы легких в пределах нормы, подвижность хорошая. Дыхание жесткое. Живот: пальпируется опущенная на 2 см. печень, гладкая, мягкая, безболезненная при пальпации. Несколько опущен желудок. Болезненных мест при пальпации полости живота не определяется.

Органы движения—без особых отклонений от нормы. Нервная и эндокринная системы: зрачки равномерны, хорошо реагируют на свет. Умеренный дермографизм. Рефлексы—норма. Щитовидная железа не увеличена. Больной выглядит значительно старше своих лет. Небольшая седина.

Рентгенологически: удлинение аорты и усиление ее тени. Небольшая гипертрофия левого желудочка. Легкие — норма.

Анализ крови: эритроцитов 4.500.000; гемоглобина 84%; лейкоцитов 4.200; эозинофилов — 1%; нейтрофилы палочковидные — 3%; нейтрофилы сегментированные 53%; лимфоциты — 39%; моноциты — 4%. Реакция Вассермана в крови и в спинномозговой жидкости — отрицательная.

Анализ мочи: удельный вес 1018. Белка, сахара — нет. В осадке: единичные эпителии мочевых путей, лейкоциты — 1-2 в поле зрения. Анализ кала: без особых отклонений от нормы. Яйца глист не обнаружены.

Рентгенограмма черепа: изменений со стороны турецкого седла не обнаружено.

Рентгенограмма кисти (правой) — отклонений не обнаружено.

Проба К в и к в (дневной диурез) 1075 уд. в. 1016 конц. NaCl 0,89%.

(ночной диурез) 600 " 1020 " 0,21%.

Выпито жидкости за сутки до 1500.

Основной обмен: повышен на 9%.

Сахарная кривая.

Натощак 97 ⁰ / ₁₀₀	После нагрузки 100,0 сахара			
	через 30 м.	через 60 м.	через 90 м.	через 120 м.
	170 ⁰ / ₁₀₀	143 ⁰ / ₁₀₀	—	122 ⁰ / ₁₀₀

Холестерин в крови 2,4%.

Билирубин — непрямая реакция — 3%; Сера — 1,2 мг %; Остаточный азот — 39,8%. Проба на кожную гидрофилию (Мак-Клюра) = 40 м.

Проба Фольгардта: Выпито натощак 1000 кс.

Через	1/2 часа	к-во мочи	уд. вес
		135	1023
"	1	нет	мочи
"	1 1/2	30	1016
"	2	175	1004
"	2 1/2	85	1001
"	3	375	1001
		800,0	

Температура тела за время пребывания в клинике колебалась между 36—36,6°C.

Остальные случаи по существу отличались немногим от только что приведенного больного. Жалобы и объективные данные со стороны сердечно-сосудистой системы в основном укладывались в то описание, которое мы приводили выше.

Лабораторные данные указывают, что здесь мы нередко встречаемся еще с некоторыми нарушениями в обмене веществ.

Нам в этой работе хотелось бы особенно подчеркнуть, что случаи, трактуемые в условиях амбулаторной практики как функциональные невротики, нередко протекают с одновременными явлениями артериосклероза. Последние в степени своего проявления могут находиться в теснейшей зависимости от самого функционального невроза. Но нельзя упустить из виду, что этот развившийся артериосклероз у функционального невротика, может быть и следствием совершенно иных причин и появившись может ухудшить течение явлений невроза. Далее в этих случаях надо помнить, что наряду с лечением неврастения необходимо лечить и развившийся артериосклероз. Возможно допустить, что ряд жалоб, которые весьма часто трактуются как проявление функционального невроза у этой группы больных, может быть в известной зависимости от явлений склероза. Артериосклероз, развившийся с молодых лет, обычно имеет тенденцию прогрессировать и довольно быстро изнашивать организм. Вот почему на него необходимо обратить самое сугубое внимание. В этом отношении

можно согласиться с существующей поговоркой, что человек имеет возраст своих сосудов.

Мы обычно привыкли ставить диагноз артериосклероз только в старшем возрасте, однако, тщательный разбор случая нередко его обнаруживает и в более молодом возрасте.

Терапия артериосклероза, так значительно выросшая за последние годы, для лиц более молодого возраста должна быть безусловно несколько иной, чем в пожилом возрасте. И возможность получения ощутимого эффекта от этой терапии в молодом возрасте более вероятна, чем в пожилом. Если еще принять во внимание, что эти люди находятся в расцвете творческих сил, то становится совершенно ясным, насколько важно изучение этого вопроса. И, конечно, мы упираемся в начало-начал — в уточнение диагностики этих случаев. Без этого невозможна никакая рациональная терапия. Мы ясно себе представляем, что как и приведенном примере, так и в описании наиболее характерных симптомов нет исчерпывающей клинической картины артериосклерозов. Мы и не претендуем на полную изложение этой клинической формы заболевания. Каждому клиницисту совершенно ясно, насколько эта клиническая картина в индивидуальных случаях может варьировать. К этому вопросу нужно максимально привлечь внимание врачей, чтобы более быстрыми темпами изучить особенности артериосклероза в молодом возрасте и помочь выявлению этиологических факторов, играющих особую роль в его раннем развитии. Совершенно справедливо указывает проф. Дольский, что особенно необходимо здесь выявить состояние эндокринной системы вообще и щитовидной железы в частности.

Областной институт переливания крови и гематологии НКЗ АТССР (директор К. С. Казаков, научный консультант проф. Н. К. Горяев, зав. клиническим отделением прив-доц. И. И. Цветков).

Переливание крови, консервированной на жидкости ИПК и 6% цитрате.

И. И. Цветков, М. А. Курицина и К. С. Казаков.

Всего лишь 5—6 лет тому назад переливание крови по Советскому союзу производилось в подавляющем большинстве случаев в виде цитратной крови от донора. Многочисленные приспособления, модификации, специальные приборы для непосредственного переливания крови от донора не нашли себе широкого применения и можно сказать быстро забываются в настоящее время. Главным неудобством переливания крови от донора служит то, что донор, являясь центральной фигурой в каждом отдельном переливании крови, требует больших затрат времени и представляет часто затруднение, чтобы его не только обследовать, но и получить в каждый нужный момент. С тех пор, как Балаховский и Владос в Центральном институте переливания крови были предложены способы заранее готовить кровь и хранить ее в консервированном виде, почти без изменения ее живых свойств, мы получили широкую возможность