

У 138 чел. (мужчин — 29, женщин — 109) нормальное АД и отсутствие других симптомов гипертонической болезни наблюдались в течение 3 и более лет.

В возрасте до 20 лет было 10, от 21 до 40 — 50 и от 41 до 60 — 78 чел. У всех у них была I ст. заболевания.

У 66 женщин первые симптомы заболевания появились во время климакса, а спустя 2—5 лет все симптомы гипертонической болезни исчезли.

72 больных связывали заболевание с нервно-психическим перенапряжением, переживаниями, обусловленными смертью близких родственников или неурядицами в семейной жизни. В среднем систолическое давление в год взятия на учет было равно для мужчин 167, для женщин — 171 мм. При снятии с учета систолическое давление было соответственно равно 129 и 135 мм, т. е. в пределах нормы. Диастолическое давление снизилось у мужчин со 100 до 77, у женщин — со 102 до 76 мм.

Летальность составляла за эти годы при злокачественной гипертонии 6,06%, без нее — 5,24%.

Летальный исход при гипертонической болезни наблюдался преимущественно у лиц от 50 до 70 лет. 10 из 11 больных злокачественной гипертонией были в возрасте до 40 лет.

Причиной смерти у 44 больных было кровоизлияние в мозг, 9 больных умерли от инфаркта миокарда, 8 — от недостаточности кровообращения III ст. У 5 больных причиной смерти были злокачественные новообразования, у 3 — хронический лимфолейкоз, осложненный пневмонией, у одного — туберкулез легких. 8 больных злокачественной гипертонией умерли от уремии, двое — от кровоизлияния в мозг и одна — от недостаточности кровообращения III ст., осложненной двусторонней очаговой пневмонией.

Из 517 больных, посещающих кабинет в настоящее время, 148 с I, 318 — со II и 51 — с III ст. гипертонической болезни.

При взятии под наблюдение средний уровень систолического давления для больных с I ст. болезни был равен 169,53, со II — 194,47, с III — 206,37 мм; в конце наблюдения он понизился во всех стадиях (I — 146,08, II — 175,16, III — 201,87 мм). Однако для III ст. понижение систолического давления было статистически недостоверным, для I и II ст. — достоверным. Понижение диастолического давления также является статистически достоверным для I и II и недостоверным для III ст.

Средний уровень диастолического давления при взятии на диспансерный учет был равен: для I ст. — 98,72, для II — 109,02, для III — 114,42 мм. В конце наблюдения диастолическое давление равно соответственно 85,4; 94,53 и 110,5 мм.

Понижение систолического давления было более выражено при I ст. и менее — при III.

Диастолическое давление в процентах к исходному уровню снижалось так же, как и систолическое.

Систолическое АД снизилось у 382 больных (73,9%), у 81 (15,7%) осталось без изменения, у 54 (10,4%) отмечено его повышение.

Диастолическое АД снизилось у 372 больных (71,9%), осталось без изменений у 102 (19,8%) и повысилось у 43 (8,3%).

Эти показатели значительно лучше у больных с I, хуже — с III ст. заболевания.

Таким образом, у подавляющего большинства больных отмечено снижение систолического и диастолического давления; при этом, как правило, улучшалось самочувствие, исчезали или уменьшались жалобы.

Прогрессирование болезни за указанные годы наблюдалось у 52 больных (9,6%). Из 194 больных с I ст. у 30 болезнь перешла во II, у 2 — в III. Из 321 больного со II ст. переход в III отмечен у 20.

У подавляющего числа больных (502 — 90,4%), состоящих на учете в течение многих лет, прогрессирования заболевания не отмечалось. Этому способствовало систематическое амбулаторное лечение, а в необходимых случаях и стационарное, а также широкое проведение профилактических мероприятий (выполнение режима, трудоустройство, пребывание в санаториях, домах отдыха, санитарно-просветительная работа и пр.).

Остановка патологического процесса, отсутствие видимого прогрессирования его — яркий показатель необходимости действенной диспансеризации больных гипертонической болезнью.

УДК 616—022. 6—616. 12

Т. З. Гуревич, И. Я. Кармазин, В. И. Ровинский (Москва).
Поражение сердца при опоясывающем лишае

Следует учитывать возможность токсического поражения сердечной мышцы при опоясывающем лишае. В этом аспекте представляют интерес следующие наблюдения.

1. Л., 62 лет, в течение ряда лет страдал гипертонической болезнью II ст., атеросклеротическим кардиосклерозом. На фоне общего хорошего самочувствия в конце ноября 1964 г. возникли головные боли, через несколько дней появились герпетические высыпания по ходу тройничного нерва справа с распространением на лимб пра-

вого глаза. Одновременно больной отметил возникновение частых перебоев, а также болевые ощущения в сердце. При осмотре найдены тахикардия, выраженная экстрасистолия. Через несколько дней экстрасистолия исчезла, болевые ощущения в сердце не беспокоили.

7/XII в порядке контроля снята ЭКГ, на которой можно было установить острое нарушение кровообращения миокарда в передней и боковой стенках левого желудочка. Больной был госпитализирован, впоследствии у него ЭКГ-динамика была положительной.

2. У С., 68 лет, появление герпетических высыпаний по ходу межреберных нервов слева сопровождалось возникновением выраженной экстрасистолии на фоне частого, лабильного пульса и болевыми ощущениями в сердце и левой лопатке, а также ЭКГ-изменениями по типу острой коронарной недостаточности в сочетании с экстрасистолией.

Это дает право говорить о возможности поражения миокарда при заболевании опоясывающим лишаем. Клиническими признаками подобного поражения являются тахикардия и экстрасистолия, в меньшей степени — болевые ощущения в сердце.

3. У Э., 69 лет, в анамнезе инфаркт миокарда. В декабре 1964 г. появились резкие боли в сердце и левой половине грудной клетки. Боли не купировались нитроглицерином, несколько уменьшались после инъекции наркотиков. Высказано предположение о возможности повторного инфаркта миокарда. ЭКГ — без динамики. Температура в правой подмышечной впадине — $36,5^{\circ}$, слева — $38,5^{\circ}$. На 4-й день заболевания на коже левой половины грудной клетки появились отдельные герпетические высыпания, впоследствии ставшие обильными. При повторном ЭКГ-исследовании признаков острой коронарной недостаточности не было.

УДК 616. 833—002—031. 63—612. 14

Н. Д. Двойников и Е. П. Зайцев (Горький). Применение реографии для исследования периферических сосудов при пояснично-крестцовых радикулитах

Из 30 больных в возрасте от 29 до 64 лет у 13 болевой синдром преобладал справа, у 17 — слева. У 22 больных обнаружены определенные изменения на реограммах и осциллограммах нижних конечностей. Эти изменения оказались наиболее выраженными на стороне болевого синдрома. У 20 больных было установлено снижение осцилляторного индекса, уменьшение амплитуды реографической волны и сглаженность дополнительных волн на реограмме. Лишь у 2 больных нами были выявлены большое количество дополнительных волн на реограмме больной стороны и снижение АД на осциллограмме.

Данные реографии у большинства больных соответствовали осциллографическим показателям. Такой параллелизм вполне согласуется с представлениями, что изменения сосудистого тонуса при пояснично-крестцовых радикулитах имеют вторичный характер и обусловлены состоянием вегетативной иннервации сосудистой стенки.

У всех больных с резким болевым синдромом изменения на реограммах и осциллограммах оказались наиболее выраженными: у них обнаруживались явные признаки повышения сосудистого тонуса на стороне болевого синдрома и уменьшение кровенаполнения сосудов больной конечности.

У 8 больных при умеренно выраженном болевом синдроме были обнаружены те же явления, но в меньшей степени. У 2 больных этой группы были изменения по типу снижения сосудистого тонуса, что давало основание говорить о преобладании парасимпатических влияний.

У 7 больных со слабо выраженным болевым синдромом изменений на реограммах и осциллограммах не было выявлено.

Реография приобретает значение в установлении степени вегетативно-сосудистых нарушений при пояснично-крестцовых радикулитах. Этот метод, так же как и осциллография, может в известной степени служить объективным показателем выраженности болевого синдрома, обусловленного заболеванием пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы. Реография технически проста и не вызывает дополнительных болевых ощущений во время исследования.

УДК 616. 982. 15

Г. П. Тарасов (Саратов). Актиномикоз редкой локализации

1. М., 54 лет, поступил 9/IX 1963 г. с диагнозом «парапроктит». Жаловался на боль около заднего прохода, припухлость и свищ с гнойно-геморрагическим отделяемым. Больной самостоятельно передвигаться не может из-за болей в промежности. Заболел 2 месяца назад, когда без видимой причины стал отмечать боль и покраснение кожи промежности, где в дальнейшем образовался свищ. Проводимая терапия положительного эффекта не оказала.

Вокруг анального отверстия — плотный болезненный темно-багровый инфильтрат 12×10 см, распространяющийся на ягодицы и корень мошонки. В нескольких участках