

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°, слева — 38,5°. 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