

бозе сосудов головного мозга — повышенное. Исследование сиаловых кислот можно использовать не только для наблюдения за динамикой осложнения гипертонической болезни, но и в целях дифференциальной диагностики.

УДК 616—002.77—612.14

Л. И. Рыбкин (Казань). Состояние сосудистого тонуса у больных ревматизмом

Мы исследовали 69 больных сердечной формой ревматизма (возраст — от 16 до 44 лет) и 25 здоровых (возраст — от 18 до 42 лет). Работу вели на двухканальном электрокардиографе. На одном канале с помощью пьезодатчика, сконструированного канд. мед. наук С. М. Маркузз, регистрировалась пульсовая кривая, а на другом канале — ЭКГ в одном из стандартных отведений.

Скорость распространения пульсовой волны у здоровых людей обладает известной стабильностью и в среднем составляет 655 см/сек. на аорте, 929 см/сек. на сосудах верхних и 974 см/сек. на сосудах нижних конечностей; отношение скорости распространения пульсовой волны по сосудам мышечного типа к скорости распространения пульсовой волны по сосудам эластического типа равно 1,3—1,4, что соответствует данным ряда авторов (Н. Н. Савицкий, К. С. Мошкин, М. К. Морозов, В. П. Никитин).

Результаты исследований позволяют утверждать, что больным ревматизмом свойствен пониженный тонус сосудов как эластического типа (скорость распространения пульсовой волны на аорте оказалась равной в среднем 571,1 см/сек., или на 12,9% меньше, чем у здоровых людей), так и мышечного (СРПВ на сосудах верхних конечностей составила в среднем 800,9 см/сек., или на 13,8% меньше, чем у здоровых, на сосудах нижних конечностей — 928 см/сек., или на 4,8% меньше, чем у здоровых).

При ревматическом миокардите скорость распространения пульсовой волны равнялась 604 см/сек. на аорте, 814,6 см/сек. на сосудах верхних и 970,1 см/сек. на сосудах нижних конечностей, что говорит о понижении сосудистого тонуса на аорте (на 8%, показатель достоверности 98,7%) и на сосудах мышечного типа, причем на сосудах верхних конечностей это понижение более значительно, чем на сосудах нижних конечностей. Наличие у больных сформированного порока сердца также оказывает влияние на сосудистый тонус.

У больных с митральной болезнью скорость распространения пульсовой волны на аорте в среднем равна: при недостаточности кровообращения I ст. — 614,7 см/сек., II ст. — 603,7 см/сек., III ст. — 584,4 см/сек.

Наиболее резкое снижение сосудистого тонуса выявлено при сочетании митральной болезни с недостаточностью клапанов аорты.

У нашей группы больных атеросклерозом СРПВ на аорте оказалась равной в среднем 1348 см/сек., что на 65% больше, чем у здоровых.

При атеросклерозе поражаются стенки сосудов как эластического, так и мышечного типа, что приводит к повышению СРПВ как на аорте, так и на периферических сосудах. Отношение СРПВ на аорте к СРПВ на сосудах мышечного типа, в норме равное 1,4, при атеросклерозе понижается до 1,0 и менее.

Таким образом, у больных сердечной формой ревматизма происходит понижение сосудистого тонуса, причем преимущественно на сосудах эластического типа. Очевидно, оно связано с изменением коллагеновой структуры сосудов, в основном сосудов эластического типа. Эти структурные изменения в системе соединительной ткани влекут за собой функциональные изменения сосудистой стенки. Определение сосудистого тонуса позволит в дальнейшем уточнить роль сосудистого фактора в патогенезе данного заболевания, а также расширит возможности диагностики органических и функциональных изменений сердца и сосудов.

УДК 616.853—613.81

И. С. Болотовский и С. И. Шелгинская (Казань). Сочетание эпилептического статуса и белой горячки

П., 1928 г. рождения, в 1953 г. получил травму головы, после чего у него наблюдались редкие, единичные эпилептиформные припадки. С 1954 г. большой злоупотребляет спиртными напитками. В августе 1957 г. в нетрезвом состоянии упал с трамвая и сильно ушиб голову. В состоянии эпилептического статуса был впервые доставлен в Республиканскую психиатрическую больницу, где, наряду с противосудорожным и симптоматическим лечением, было применено фрезирование височной и затылочной костей с пункцией мозга. Повторно находился на лечении в больнице в 1964 г. по поводу травматической эпилепсии. Продолжал злоупотреблять алкоголем.

С 10/X 1965 г. припадки участились до 7—8 раз в сутки. 14/X П. поступил в стационар. Ночью припадки резко участились, протекали сериями по 3—4. За ночь