

На ЭКГ устанавливается левogramма, синусовая тахикардия, умеренно выраженные изменения миокарда. Пальпируется плотный, безболезненный нижний полюс селезенки. РОЭ — 45 мм/час. ФРОЭ — значительный сдвиг влево.

Сахар в крови — 80 мг%, остаточный азот — 21 мг%.

После 12 дней лечения АКТГ (по 40 единиц в сутки) исчезло чувство общей слабости, уменьшилось головокружение, симптом Ромберга стал отрицательным, пульс 80.

РОЭ — 13 мм/час. Больная пришла в весе на 3 кг.

Ремиссия длилась 2 месяца. С 14/1 по 22/II-58 г. она вновь была на стационарном лечении. Физикальные данные были те же. Температура была субфебрильной, РОЭ — 45 мм/час. При исследовании глазного дна отмечались расширение и извилистость вен, сужение артерий.

Больной была произведена двусторонняя тонзиллэктомия. Проводилось лечение АКТГ и бутадиином.

Третий раз больная поступила в стационар в 1958 г. Пульс 76, ритмичный, на руках не определяется. Левая рука была холодная, кожные покровы бледны. Пульсация сонных и височных артерий ослаблена. Шум над левой сонной артерией усилился. Кровяное давление в бедренных артериях — 140/90, РОЭ — 37 мм/час. Протромбин — 86%.

Лечение АКТГ, бутадиином, новокаином (по 5 мл 0,5% раствора внутривенно ежедневно) привело к улучшению самочувствия и нормализации РОЭ.

В. В. Саламатина (Казань). Болезнь Такаея

Б-ная Г., 24 лет, поступила в терапевтическое отделение 13/II-58 г. с жалобами на сильную слабость, боли в области затылка, частые приступы головокружений при перемене положения, сопровождающиеся потерей зрения, боль и слабость в руках, неспособность иногда удержать даже легкий предмет.

Считает себя больной с 1946 г., когда сильно замерзла в поле, отморозила ноги и перенесла тяжелую ангину. С тех пор каждую весну и осень у нее болит горло.

В 1947 г. болела «малярией», лихорадило в течение трех месяцев. Затем до 1953 г. чувствовала себя здоровой, работала, вышла замуж.

Осенью 1953 г. сильно заболели руки и ноги, распухли все суставы и были массивные отеки на руках и ногах, высокая температура, ускоренная РОЭ (60 мм/час). Три месяца лечилась стационарно с диагнозом: «ревматический полиартрит».

Первую беременность перенесла очень тяжело: беспокоили одышка, боли в области сердца, отеки ног. После родов в июне 1954 г. отеки прошли, но больная не могла ходить и ухаживать за ребенком из-за резкой слабости и болей в руках и ногах.

В последующие 1955—56 гг. она по 2—3 месяца осенью и весной снова лечилась стационарно по поводу «ревматизма»: болели руки, ноги, была субфебрильная температура, всегда ускоренная РОЭ, но суставы не распухали.

В 1957 г. летом впервые заметила отсутствие пульса.

Питание понижено. Кожа бледна. Вес — 48 кг. Пальцы рук и ладони холодны, влажны. Температура тела нормальная. На коже груди — тонкая венозная сеточка.

Пульс на обеих лучевых артериях отсутствует, на тыле стопы определяется более отчетливо слева. Артериальное давление на плечевых артериях не определяется.

Сердце: границы незначительно расширены влево, тахикардия, на верхушке тоны чистые, громкие. Выслушиваются грубые шумы слева и справа в области угла, образованного ключицей и грудинно-ключично-сосковой мышцей. Здесь же пальпируется систолическое дрожание.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Отеков на ногах нет. Суставы не изменены.

Стойкий красный дермографизм. Реакция зрачков на свет живая. Отмечается легкая анизокория.

Гипертрофия средних носовых раковин. Слизистая глотки бледна, суха. Миндалины атрофичны.

Глазное дно: сосок зрительного нерва нормальной окраски с четкими границами; вены сетчатки умеренно расширены, артерии склерозированы.

ЭКГ: синусовая тахикардия, небольшое отклонение оси сердца влево.

При рентгеноскопии легкие без изменений. Гипертрофия левого желудочка. Восходящий отдел аорты и вся дуга расширены с учащенной пульсацией.

На рентгенограмме костных изменений ребер не определяется.

Рентгенокимограмма: зубцы заостренные, с большой амплитудой в области восходящего отдела аорты.

Тонусиллограммы, снятые с симметричных участков рук: полное отсутствие осцилляций. В верхней трети голени слева и справа осцилляции сохранены, достаточной амплитуды. Осцилляторный показатель — 8—12 мм.

Учитывая инфекционно-аллергическую природу заболевания, проводилось лечение пенициллином по 50 000, через 4 часа внутримышечно с последующим переходом на гормональную терапию (АКТГ).

Состояние больной заметно улучшилось: она стала бодрее, веселее, на щеках

появился румянец, прибыла в весе за 2 месяца на 5,5 кг, прекратились головные боли, головокружения и обморочные состояния, восстановилось зрение, РОЭ снизилась до 39 мм/час и после лечения кортизоном (2000 мг) до 11 мм/час, руки стали теплыми, но пульсовые колебания на лучевых артериях ни пальпацией, ни тоноскопграфией по-прежнему не определяются.

А. А. Иванов (Чистополь). Болезнь Такаяси

В 1958 году в нашей больнице болезнь Такаяси диагностирована у двух больных. Одна больная не могла быть тщательно обследована.

Второй 6-ной В., 57 лет. В юности длительно болел малярией, в школьные годы один раз болел тяжелой формой ангины. С 1950 года страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки. После повторного стационарного лечения хорошая ремиссия в течение двух лет. С 1952 года стал отмечать парестезии в левой руке, через некоторое время присоединились зябкость ее и незначительное ослабление силы. Были установлены отсутствие пульса и невозможность измерить АД на левой руке. Справа АД было в пределах 120—160 (максимальное), за последние годы больной отмечал изредка нерезкие боли в области сердца.

12/VIII-58 г. больной был госпитализирован по поводу свежего инфаркта миокарда. Ощущались острые боли в области сердца, одышка, страх смерти. После минования острых явлений инфаркта в покое состояние субъективно удовлетворительное. Жалуется только на кратковременные, незначительные боли в области сердца, парестезии и незначительное понижение силы в левой кисти. Объективно: мышцы левой кисти и предплечья слегка атрофичны, сила в них незначительно понижена, отсутствует пульсация сосудов верхних конечностей, в нижних конечностях она сохранена. Измерить АД на обеих руках не удается, нет даже легкой осцилляции. Пульсация подключичных и шейных артерий сохранена. АД на обеих бедренных артериях 130/80—140/80. Сердце расширено незначительно в обе стороны. Тоны сердца прослушиваются с трудом. Очень грубый, «гремющий» систолический шум прослушивается на всей передней поверхности грудной клетки и сзади по внутреннему краю левой лопатки. Оптимум слышимости шума в 6 межреберье слева, на середине расстояния между краем грудины и сосковой линией, очень хорошо слышен во 2-м межреберье у правого края грудины. Шум проводится на обе подключичные и сонные артерии, несколько лучше справа.

Дно глаза: соски зрительных нервов розовые, границы их слегка ступеваны, вены среднего наполнения, хорошо прослеживаются на всем протяжении. Артерии в виде светлорозовых нитей, стенки более крупных артерий имеют хорошо выраженные светлые полосы, артерии слабого наполнения, по ходу делают резкие изгибы и в направлении к периферии утончаются и исчезают. Пигментный слой сетчатки слабо выражен, в периферии хорошо просвечивают сосуды сетчатки (окулист д-р Скоробогатов).

Во время дальнейшего пребывания 6-ного в отделении состояние продолжало улучшаться, и через 2 месяца он выписан в удовлетворительном состоянии.

При повторной, контрольной госпитализации в ноябре 1958 г. состояние 6-ного продолжает оставаться удовлетворительным. Болей в области сердца и одышки не отмечает, даже при быстрой ходьбе. По-прежнему отсутствует полностью пульсация, и АД на обеих руках не определяется. На бедренных артериях АД — 130—140/80. Шум определяется в тех же точках, стал еще грубее.

После выписки из б-цы стал отмечать явления перемежающейся хромоты, боли в икрах и стопах нарастали, и 6-ной вынужден останавливаться каждые 500—600 м. После кратковременного отдыха и в покое болей не отмечает. Появилась сильная зябкость обеих стоп, пульсация сосудов стоп сохранена, но несколько ослаблена, окраска стоп нормальна, обе стопы холодные на ощупь.

Е. Н. Дормидонтов и студентка 6 курса А. В. Воронина (Ярославль). Болезнь Такаяси

Б-ная С., 38 лет, поступила в клинику 6/I-59 г. с жалобами на периодические головные боли, головокружение, чувство онемения в руках, колющие боли в области сердца, общую слабость. Больна с 1951 года, когда впервые появились головные боли в виде приступов по 15—30 минут, больше в левой лобно-височной области. Во время этих болей больная отмечала повышение температуры до 37,2—37,4°. Вскоре появилось чувство онемения сначала в левой руке, а затем и в правой. В 1955 г. появились приступообразные боли в левой руке и в области сердца. В это время пульс на руках не определялся.

С осени 1955 года (после психической травмы) приступы сильных головных болей с отдачей в левое ухо сочетались с болями в животе, судорожными подергиваниями во всем теле. Температура повышалась до 37,2—37,4°.

Из перенесенных заболеваний отмечает корь, малярию.

Общее состояние вполне удовлетворительное. Питание нормальное. Слизистые розовые. Границы сердца в пределах нормы. Тоны чистые. Несколько усилен 2-й тон на аорте. На обеих руках пульс отсутствует. Определяется слабая пульсация на