

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, «гремящий» 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 состоянии 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 оставаться 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

сонных артериях, лучше справа. Над правой сонной артерией выслушивается интенсивный систолический шум. Артериальное давление на плечевых артериях не определяется, на нижних конечностях 140/90, пульс на бедренных артериях и стопах хорошего наполнения.

Не резко выраженный полиневрит верхних конечностей.

Синдром полиневрита можно объяснить нарушением питания шейных сплетений и самих нервов.

### П. В. Полисадов (Казань). Болезнь Такаэси

Синдром Такаэси описан в виде трех форм: периферической, спинальной и церебральной. По наблюдению проф. И. И. Русецкого, чаще встречается периферическая форма, реже — спинальная, и очень редко церебральная.

Приводим наши наблюдения:

I. К., 48 лет, поступил в стационар по поводу острого правостороннего пояснично-крестцового радикулита. При обследовании обнаружено, что у больного отсутствует пульс на руках и на левой сонной артерии; значительно ослаблен на височных артериях и на сосудах стоп. Осцилляция на плечевых артериях полностью отсутствует с обеих сторон; на голенях ослаблена, меньше ослаблена на правой голени. Выяснилось, что больной три года тому назад стал замечать быструю утомляемость и слабость в руках, особенно в правой. Последнее время не может длительно нести груз в одной руке (появляется боль).

II. Б-ной Г., 19 лет, поступил с жалобами на боли в голенях и левом предплечье, похолодание стоп и левой кисти, слабость и утомляемость в них же. При осмотре обнаружено отсутствие пульса на стопах и левом предплечье, что подтверждено осциллографически.

III. У б-ного В., 20 лет, полностью отсутствует пульс на стопах — пальпаторно, осциллографически — на голенях. Больной, наряду со слабостью в ногах, отмечает быструю утомляемость с нарастающей болью в руках, хотя пульс на лучевых артериях еще остается хорошим.

У всех больных проба с нитроглицерином была отрицательной. Кожная температура на конечностях у всех больных была пониженной на два и более градусов.

Если проанализировать описанные три случая, то можно заметить, что это — одно и то же заболевание, но в разных проявлениях по локализации, степени и характеру течения. Синдром Такаэси не самостоятельное, а системное заболевание с поражением всей сосудистой системы, только в разных ее отделах, в разные сроки, неодинаково индивидуально выражено в каждом отдельном случае. У одних больных процесс начинается в дистальных отделах нижних конечностей, и лишь позднее симптомы появляются и на верхних конечностях (например, у больного Г.), у других начинается на верхних конечностях, затем распространяется на нижние (у больного К.). Нам кажется, следует признать, что это — одно и то же заболевание, один и тот же сосудистый процесс, названный облитерирующим эндартериитом и известный не только на сосудах конечностей, но и на сосудах головного мозга и сердца.

Канд. мед. наук Г. Е. Натанзон и И. А. Шилов (Рязань).

### Изменение артериального давления при пробе с нитроглицерином

Изучалась реакция артериального давления на нитроглицерин у практически здоровых и у разного возраста больных гипертонической болезнью.

Больные гипертонической болезнью исследовались в стационаре лежа, здоровые в амбулатории — сидя. Больным гипертонической болезнью наносили под язык 2 капли 1% раствора нитроглицерина, а здоровым клали под язык 1 таблетку нитроглицерина (0,5 мг), и 5 раз (через каждые 2 мин) измеряли артериальное давление.

Проба с нитроглицерином проведена у 202 практически здоровых лиц (58 мужчин и 144 женщины) в возрасте от 20 до 78 лет.

Исходный уровень артериального давления у всех был нормальным. В случаях, когда систолическое давление было несколько выше 140—150 мм (у лиц пожилого возраста), диастолическое давление не превышало 90 мм.

При пробе с нитроглицерином у практически здоровых систолическое давление не изменяется или слегка повышается (в основном у лиц молодого возраста).

Снижение систолического давления после нитроглицерина, не превышающее 10 мм, отмечалось чаще у молодых.

Снижение на 11—20 мм чаще наблюдалось у лиц пожилого возраста. Точно так же у лиц пожилого возраста нитроглицерин чаще вызывал значительное снижение систолического давления: оно понижалось от нитроглицерина на 21—35 мм у лиц моложе 60 лет в единичных случаях, а в возрасте 60—78 лет — у 7.

Сходные данные получены и в отношении диастолического давления, которое не изменялось или слегка повышалось, главным образом у лиц моложе 50 лет. Снижение диастолического давления от нитроглицерина не более чем на 10 мм наблюдалось чаще у молодых. Понижение же диастолического давления более чем на