

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. Оцилляция 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 оциллографически.

III. У б-ного В., 20 лет, полностью отсутствует пульс на стопах — пальпаторно, оциллографически — 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

10 мм чаще отмечалось у лиц пожилого возраста. Значительное снижение диастолического давления после нитроглицерина оказалось только у лиц старше 50 лет.

У большинства артериальное давление, сниженное после приема нитроглицерина, в течение 10 мин не возвращалось к исходному уровню, но у лиц молодого возраста возвращение к исходным цифрам определялось чаще.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у практически здоровых людей нитроглицерин вызывает большее и более длительное снижение артериального давления у пожилых, чем у молодых.

Проба с нитроглицерином проведена и у 109 больных гипертонической болезнью (37 мужчин и 72 женщины). Возраст до 49 лет — 33, от 50 до 59 лет — 43 и старше 60 лет (60—84 года) — 33. По стадии болезни: I ст. — 36 больных, II ст. — 50, III ст. — 23.

Снижение систолического давления, не более 15 мм, отмечалось чаще у молодых. Понижение систолического давления на 16—25 мм чаще было у больных 50—59 лет. Понижение же систолического давления более чем на 25 мм чаще наблюдалось в пожилом возрасте.

Снижение диастолического давления менее 5 мм встречалось реже у пожилых. Снижение у них чаще наблюдалось более 5 мм.

У больных гипертонической болезнью нитроглицерин снижает главным образом систолическое давление, диастолическое же давление оказывается более устойчивым.

У подавляющего большинства при гипертонической болезни артериальное давление в течение 10 мин после нитроглицерина не возвращалось к исходному уровню.

Доктор мед. наук А. М. Елисеева (Иваново).

О некоторых сдвигах в обменных процессах у больных с рецидивирующими вялотекущими ревмокардитами

Для изучения биохимических показателей нами проведены наблюдения их в 57—58 гг. за 214 больными (таблица 1) ¹.

Таблица 1

	С 20 до 30 лет	С 21 года до 30 лет	С 31 года до 40 лет	Свыше 40 лет
Мужчин — 67	27	19	15	6
Женщин — 147	17	68	40	22
Всего—214	44	87	55	28

Нередко обнаруживались гипохромная анемия, небольшой лейкоцитоз, в ряде случаев со сдвигом влево, ускорение РОЭ от 25 до 50 мм/час.

При пробе Битторфа — Тушинского у большинства больных обнаружены ги-стиоциты.

Изменения в моче проявлялись в виде небольшой альбуминурии, микрогематурии, при наличии уробилина.

Общий белок сыворотки крови и белковые фракции исследовались у 106. Изменения общего белка в сыворотке крови наблюдались в сторону повышения лишь в единичных случаях (у 7 из 92). Изменения белковых фракций в сторону увеличения глобулинов наблюдались у 30 (27%).

Формоловая проба изучалась у 227 (по способу Гиляровского). У большинства она была отрицательной, и только у 18, с более тяжелым течением ревмокардита, — положительной. У этих же больных наблюдалось увеличение количества глобулинов.

Такие биохимические данные, как протромбиновый индекс и остаточный азот крови — показатели, главным образом, функции печени и почек, у подавляющего большинства больных не были изменены. Лишь в единичных случаях, при нарушении функции почек, отмечалось повышение содержания остаточного азота в крови.

Нами не было обнаружено выраженных изменений в углеводном обмене. Сахарная кривая определялась более чем у 200, причем весьма незначительные изменения наблюдались только у 48.

Изменения углеводного обмена, безусловно, имеются у больных ревматизмом, но для их выявления необходимы более тонкие методы.

¹ В разработке клинического материала принимали участие клинические ординаторы Н. Г. Ошуркова и Г. А. Серова.