

Как было указано выше, половина больных туберкулезом легких была в процессе лечения подвергнута контролю всеми четырьмя методами рентгенографии. При этом следует отметить, что у 63% больных на крупнокадровых флюорограммах и рентгенограммах видны заметные динамические сдвиги туберкулезного процесса. Мелкокадровые флюорограммы во многих случаях не давали возможности прийти к подобному заключению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бейлин Я. З. Сов. мед., 1950, 6. — 2. Дмоховский В. В., Жегалкин Г. А., Лагунова И. Г. Вестн. рентг. и рад., 1955, 4. — 3. Кандарян К. А. и Манусаджян Г. С. Пробл. туб., 1954, 5. — 4. Кениг П. П. Тез. докл. Укр. респ. П съезда онкол., Киев, 1956. — 5. Клементьев Л. С. Тр. Лен. сан.-гиг. ин-та, М., 1959, т. 53. — 6. Помельцов К. В. Флюорография грудной клетки. Медгиз, 1948. — 7. Поссе Е. П. Воен.-мед. журн., 1952, 3. — 8. Трейстер Г. Н. Здравоохранение Белоруссии, 1956, 2. — 9. Штерн Б. М. Тр. Лен. сан.-гиг. ин-та, М., 1959, т. 53. — 10. de Abreu. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., 1938, 58, Н. 6. — 11. Birkele a. oth. JAMA, 1947, 133. — 12. Bouwers A. J. BeIge Radiol., 1953, 35/4. — 13. Miniture films in chest clinics, 1952, XXXIII. — 14. Bariety M., Coury Ch., Choubrac P. Bull. Soc. med. hop. Paris, 1956, 72/27. — 15. Bernard E., Herrenschmidt S. a. Bonnaud G. Excerpta med., Radiology, 1958, 12. — 16. Clarke O. Excerpta med., Radiology, 1958, 12. — 17. Kroeker P. Physik., Biologie, Therapie. 1958, 89, Н. 2. — 18. Janke R. Dtsch. med. Wschr., 1955, 78. — 19. Schulte E. Röntgenblätter, 1958, 11/1. — 20. Westman C. Excerpta med. Radiology, 1958, 12. — 21. Zakovsky S. Fortschr. Geb. Röntgenstr., 1940, 61, Н. 1. — 22. Chantraine. Abzügen und Diapositiven Röntgenpraxis, 1934.

Поступила 3 октября 1960 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

О ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ СООТНОШЕНИЯ УРОВНЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ВИСОЧНОЙ И ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИЯХ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Доцент В. Д. Афанасьева

Курс пропедевтики внутренних болезней Якутского университета

Как известно, височно-плечевой индекс (частное от деления величины височного АД на величину плечевого АД соответствующей стороны) в среднем равен 0,5, то есть височное АД в норме равно половине систолического плечевого АД. При гипертонической болезни височно-плечевой индекс возрастает и доходит до 0,9 и выше, при этом АД в плечевых и височных артериях повышается на разные величины.

Измерение давления в височной артерии мы проводили при помощи манжетки шириной 4 см и длиной 20 см. Максимальное давление измерялось пальпаторно выше манжетки. Перед исследованием больные находились в состоянии покоя до 30 мин.

Всего нами исследовано 10 здоровых лиц и 147 с гипертонической болезнью (15 — с I стадией, 93 — со II и 39 — с III, преимущественно с мозговой и сердечной формами). Больные были в возрасте от 28 до 67 лет.

В процессе работы мы обратили внимание на то обстоятельство, что высота давления в височной артерии не зависит от возраста больных и высоты давления в плечевой артерии, а связана с характером и силой головных болей, обусловленных нарушением мозгового кровообращения, что выявляется преимущественно у больных с преобладанием мозговой формы.

Разница давления в височных артериях справа и слева была: из 10 здоровых — у 4 с колебаниями от 5 до 10 мм, а из 147 больных у 63 с колебаниями от 5 до 20 мм. Следует предположить, что разница давлений в правой и левой плечевой и височных артериях встречается приблизительно одинаково часто как при гипертонической болезни, так и у здоровых.

Лица с нормальным АД, но имеющие различное давление в правой и левой височных артериях, не предъявляли каких-либо жалоб и у них не было объективных признаков изменений со стороны центральной нервной системы.

У 10 здоровых при систолическом плечевом давлении от 110 до 130 височное давление колебалось от 55 до 75, височно-плечевой индекс равнялся 0,48—0,55. У 72 больных гипертонической болезнью сердечной формы при систолическом плечевом давлении 140—210 височное давление колебалось от 70 до 130, височно-плечевой

индекс равнялся 0,5—0,61. У 75 больных с мозговой формой при систолическом плечевом давлении 140—230 височное давление колебалось от 85 до 185, височно-плечевой индекс равнялся 0,6—0,9.

У больных сердечной формой гипертонической болезни височно-плечевой коэффициент колебался от 0,5 до 0,62. Казалось бы, он говорит о повышении, но когда мы определили абсолютную величину разности прироста АД, то убедились, что эта разность величины прироста между височным и плечевым давлением не прибавилась, а, наоборот, уменьшилась и снизилась от нуля до минус 30.

Такие данные позволяют считать, что у всей этой группы больных височное давление, по сравнению с плечевым, не только не повышено, а даже понижено.

Видимо, при незначительном повышении височно-плечевого индекса о регионарной гипертонии говорить еще нельзя, а в каждом случае надо вычислять височно-плечевую разность прироста давления, получаемую путем вычитания величины нормального АД из величины, полученной у больного (приняв за норму для височного давления 60, а для плечевого — 120).

Если разность при этом будет величиной положительной, то нужно говорить о церебральной гипертонии, а если отрицательной, то нельзя.

У наших больных мозговой формой гипертонии разность прироста колебалась от +5 до +40, что совпадает с значительным повышением височно-плечевого коэффициента.

Если височно-плечевой индекс повышен за счет плечевой гипертонии, то не следует говорить о наличии церебральной гипертонии, так как при достижении нормального давления в плечевой артерии височно-плечевой индекс становится нормальным.

Определение давления в височной артерии и его отношения к общему (плечевому) АД можно считать одним из ценных приемов ранней диагностики расстройства мозгового кровообращения. По нашим данным, у больных гипертонической болезнью индекс височно-плечевого АД при церебральной форме повышен, а при кардиальной — не повышен.

Нами наблюдалась определенная зависимость между уровнем АД в височных артериях и симптомами со стороны центральной нервной системы. Так, при этом наблюдались головные боли, головокружение, особенно в затылочно-височных областях, бессонница, ангиоспазмы, соответствующие изменения со стороны глазного дна.

Для иллюстрации этого приводим следующие истории болезни:

I. Б-ная П., 45 лет, на Колыме с 1948 г. Больна с 1952 г. Поступила с жалобами на резкие головные боли в затылке, шум в ушах, головокружение, ощущение мушек перед глазами, боли в сердце.

Пульс напряжен, Височное АД — 170, плечевое — 220/155. Височно-плечевой коэффициент — 0,77. Прирост давлений: височного — 110, плечевого — 100. Разность прироста +10. Глазное дно: гипертоническая ангиопатия, ретинопатия. Холестерин крови — 137 мг%. Диагноз: гипертоническая болезнь III ст. мозговой формы.

II. Б-ная Л., 48 лет, поступила с диагнозом: гипертоническая болезнь II ст., гипертонический криз. Жалобы на сильную головную боль в затылочной области, головокружение, шум в ушах, сжимающие боли в области сердца. Больна 6 лет.

Пульс ритмичный, напряжен, АД плечевой артерии — 200/120, височной — 166, височно-плечевой индекс — 0,83. Прирост давлений: височного — 106 и плечевого — 80. Разность прироста +36. Венозное давление — 135 мм водяного столба.

После лечения (курс раствора дибазола 1% — 2 мл подкожно и инъекций раствора сернокислого магния 25% по 10 мл внутримышечно) АД снизилось до 160/100 и височное — до 100, а височно-плечевой индекс снизился до 0,6. Разность прироста — 0. Головные боли, головокружение и боли в сердце исчезли.

Выписана в удовлетворительном состоянии.

Как видно, при соответствующем лечении исчезновение мозговых симптомов, свойственных гипертонии, наступает одновременно со снижением височно-плечевого индекса и уменьшением разности прироста давления.

Итак, при гипертонической болезни в ряде случаев измерение плечевого и височного систолического давления и определение как их отношений, так и разности между ними облегчает прогноз в смысле ангиоспазмов, прединсультных и инсультных состояний. Кроме того, головные боли при регионарной мозговой гипертонии могут быть легко дифференцированы от других экстракраниальных болей на основании измерения височного давления, что очень важно в повседневной практике врачей-терапевтов и невропатологов, тем более это настолько просто, что доступно в любых условиях.

Показателем височного давления можно пользоваться для выявления ранних форм церебральной артериальной гипертензии, что важно для своевременной терапии и профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балясный М. М. Сов. мед., 1953, 3; 1959, 4. — 2. Гельштейн Э. М. Клин. мед., 1946, 10. — 3. Ланг-Белоногова Н. С. Клин. мед., 1948, 3. — 4. Тетельбаум А. Г. Клин. мед., 1948, 5.

Поступила 13 апреля 1960 г.