

Г. К. Ушаков, В. Н. Ильина, Л. К. Хохлов (Ярославль). Изменения реактивности организма в течении лихорадки Ку

Наблюдалось 85 больных лихорадкой Ку в апреле — июне 1957 г. Мужчины составляли 90%. До 10 лет был один больной, от 11 до 20 лет — 8, от 21 до 50 — 58 и старше — 18.

В 86% заболевание начиналось внезапно с острого лихорадочного периода (39—40°); в 12% отмечалось постепенное развитие болезни, с небольшими ознобами и вечерними подъемами температуры. Почти у всех больных были мучительная головная боль, мышечные боли (в поясничных, икроножных и реже — шейных мышцах), у 27% — боли в суставах. В 97% была выраженная потливость. Лихорадочный период у 58,8% продолжался 4—10 дней, у 17,6 — 11—20 и у 20% — 21—30 дней. В 83,5% температура снижалась литически.

У 40% наблюдалась брадикардия, у отдельных лиц при температуре 40° пульс был 44—42. АД было нормальным или пониженным. Чем тяжелее протекала лихорадка, тем ниже была АД и выраженнее брадикардия. Отмечалась глухость сердечных тонов, особенно у пожилых.

Увеличение печени было у 43,5% и селезенки — у 22,3%.

Лечение проводилось синтомицином (у 38), биомицином (у 26), а также обоими препаратами (у 21).

У 12,8% в течение 10 дней после снижения температуры возникали рецидивы. Продолжительность и симптоматика рецидивов напоминали основной приступ. У двух больных было по два рецидива. Все больные выздоровели.

Реакция связывания комплемента в сыворотке крови (по Бернету) оказалась положительной у 59,2% при титре у отдельных больных 1:160; 1:480. У 37,6% больных РОЭ не превышала 10 мм/час, у 55,2% — 15 мм/час и лишь у 45 превысила 30 мм/час. У 12,8% больных был лейкоцитоз со сдвигом влево на высоте лихорадки. У 60% больных отмечена лейкопения. Лейкопения чаще наблюдается в первые дни болезни и после 20-го дня. Была подмечена тенденция к правому ядерному сдвигу и преобладанию лимфоцитоза.

Средняя активность холинэстеразы (определения производились В. Н. Салаяевым) сыворотки крови больных резко снижалась в первые 5 дней от начала болезни (1,81 ед.), а затем закономерно повышалась к концу второй недели или к концу острого периода у подавляющего большинства. В тех же случаях, где болезнь приобретала затяжное течение, либо возникали рецидивы, активность холинэстеразы продолжала оставаться на низком уровне.

В 57,4% наблюдалось извращение характера коагуляционной ленты Вельтмана, причем вне зависимости от формы и периода болезни.

Острая реакция организма больных на риккетсии сопровождается относительным падением содержания альбуминов, заметным увеличением глобулинов (белковый коэффициент равен всего лишь 0,64).

Л. С. Златкис (Харьков). Подвижность артериального давления и осцилляторного индекса при пояснично-крестцовом радикулите

Для выяснения значения сосудистых расстройств в патогенезе пояснично-крестцового радикулита осциллографически исследовалась подвижность АД и осцилляторного индекса при применении трех функциональных проб: повторного исследования реакций артерий: а) на сдавление манжеткой; б) на пассивное перемещение нижней конечности вверх; в) на прием нитроглицерина.

Исследовано 242 больных с преимущественно односторонним пояснично-крестцовым радикулитом и 30 здоровых. У 98 была невритическая форма заболевания с симптомами выпадения в чувствительной и двигательной сферах, у 44 была невралгическая форма. У 35 был острый пояснично-крестцовый радикулит с давностью течения до 4 месяцев, 67 человек страдали обострением хронического радикулита и у 40 давность заболевания колебалась от 1 до 20 лет.

При пояснично-крестцовом радикулите наблюдается частое нарушение подвижности АД и осцилляторного индекса.

Патологическая подвижность АД и осцилляторного индекса при этом заболевании наблюдается не только на пораженной ноге, но и на так называемой «здоровой». Патологическая подвижность отмечается чаще при невритической форме.