

Итак, лечение послеинфарктных больных в пригородных санаториях с привычным для больного климатом вполне себя оправдывает. Однако и после его завершения такие больные должны быть под диспансерным наблюдением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Британишский Г. Р., Тур А. Ф. и Филипченко Е. М.; Лукомский П. Е. и Тареев Е. М.; Хвиливицкая М. И., Баскова М. Н., Канторович А. И., Рохкин С. Н. и Соболева А. В.; Эпштейн Л. В. Тр. XIV Всесоюзного съезда терапевтов. Медгиз, М., 1958. — 2. Клевина А. А. Результаты лечения постинфарктных больных в санатории Юматово. Лечение на курортах Башкирии. Уфа, 1962. — 3. Остаюк Ф. Е. Тер. арх., 1955, 7. — 4. Фогельсон Л. И. Клин. мед., 1956, 3. — 5. Чазов Е. И. Инфаркт миокарда, Медицина, М., 1965.

УДК 616.132.2—616.839

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИСЦЕРО-РЕФЛЕКТОРНЫХ ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В. Д. Трошин и С. С. Белоусов

*Клиника нервных болезней (зав. — доц. Е. П. Семенова) и клиника факультетской терапии (зав. — проф. А. И. Гефтер) Горьковского медицинского института
им. С. М. Кирова*

Проблема висцеро-рефлекторных расстройств в клинике коронарной недостаточности давно привлекала внимание клиницистов. Н. Head еще в 1892 г. описал зоны кожной гипералгезии у больных грудной жабой. В последующем появилось множество работ, посвященных изучению висцеро-рефлекторных расстройств при коронарной недостаточности. В большинстве из них в основном рассматриваются висцеро-кожные рефлекторные расстройства. Неврологические же аспекты всего многообразия висцеро-рефлекторных расстройств не получили должного отражения в литературе. Между тем их изучение имеет важное значение для дифференцированной патогенетической терапии коронарной недостаточности. Кроме того, возникновение рефлекторных неврологических расстройств нередко служит причиной диагностических ошибок.

На основании клинико-физиологического исследования 300 больных коронарной недостаточностью мы считаем возможным все многообразие неврологических расстройств при коронарной патологии подразделить на 4 основные группы: нервно-психические, нервно-вегетативные, нейро-трофические и церебральные сосудистые синдромы.

В предыдущих наших работах (В. Д. Трошин и С. С. Белоусов; В. Д. Трошин, С. С. Белоусов и Е. Н. Кучина) рассматривалась роль первичных вегетативных расстройств в клинике коронарной недостаточности. В настоящей работе приводится клиническая характеристика реперкуссионных вегетативных расстройств. С этой целью исследовано 60 больных коронарной недостаточностью, у которых вегетативные расстройства имели вторичный рефлекторный характер и выступали на первый план. Из них у 36 больных был инфаркт миокарда и у 24 — стенокардия. Большинство больных было в возрасте 40—60 лет.

В зависимости от уровня поражения и клинической характеристики выделены 3 вида висцеро-рефлекторных вегетативных расстройств: ганглионарно-сегментарные, гипоталамо-стволовые и вегетативные дистонии.

Как известно, сегментарный нервный аппарат обеспечивает иннервацию определенной зоны кожи, мышц, скелета, кровеносных сосудов, внутренних органов. Поэтому при висцеральной патологии возможны рефлекторные изменения в коже, мышцах, скелете, сосудах. Так как при заболеваниях внутренних органов в патологический процесс вовлекается не только сегментарный аппарат спинного мозга, но и, в первую очередь, вегетативные симпатические ганглии, то все регионарные рефлекторные изменения можно объединить под названием ганглионарно-сегментарных расстройств. Это определение оправдано и тем, что разнообразные вегетативные симптомы часто не укладываются в рамки сегментарного синдрома и могут возникать без участия спинного мозга (И. А. Булыгин, Б. Д. Стефанцев, Ф. А. Волынский и др.).

Ганглионарно-сегментарные расстройства (28 больных), как правило, сохраняли черты регионарности и проявлялись чаще симптомами раздражения или реже в сочетании с симптомами выпадения периферических вегетативных узлов, преимущественно слева. В зависимости от уровня поражения вегетативных узлов и сплетений и клинического оформления в рамках ганглионарно-сегментарных расстройств иногда мож-

но вычленил синдром звездчатого узла, сино-каротидный, задний шейный симпатический, вегетальгии головы, соларный и др.

Сердечно-болевой синдром у больных этой группы был различной выраженности и распространенности с симпаталгической окраской. Боли носили длительный, упорный характер и плохо купировались коронарорасширяющими средствами. Кроме типичной иррадиации боли в левую руку, встречались атипичные: вверх в шею, голову, в правую руку, живот, поясницу и нижние конечности. По ходу распространения болевого синдрома выявлялись болевые точки (тригеминальные и затылочные, позвоночной артерии и сино-каротидной зоны, в местах проекции шейных симпатических и звездчатого узлов слева, точки В. Г. Лазарева, по ходу межреберий слева, солнечного сплетения).

Сенсорные нарушения при проверке волосками Фрея часто не ограничивались зонами Захарьина — Гада, а имели диффузный характер в виде полукуртки или по гемитипу (8 больных) сегментарно-симпатического типа, сохраняя черты регионарности. При этом отмечались очаги гиперестезии с элементами гиперпатии, гипестезии, повышения периостальной чувствительности, болезненности мышц и сухожилий плечевого пояса и грудной клетки слева.

Моторные нарушения проявлялись в виде изменения мышечного тонуса, снижения мышечной силы, гипорефлексии, сменяющейся гиперрефлексией сухожильных и периостальных точек слева. Иногда во время ангинозного состояния отмечался местный судорожный синдром по типу узловой эпилепсии. У 3 больных наблюдались явления преходящей пlegии левой руки. В этих случаях необходимо проводить дифференциальную диагностику с церебральной патологией.

Вазомоторные нарушения выражались в асимметрии АД, снижении осцилляционного индекса и амплитуды реоэнцефалографических кривых (вазоспастический гемитип), гиперрефлексии каротидного синуса на стороне ирритации симпатических узлов. При умственной нагрузке и холодной пробе часто встречались извращенные сосудистые реакции. Наблюдались и другие вегетативные симптомы: мидриаз или симптом Горнера слева, изменение температуры, потоотделения, цвета кожи, асимметрия лейкоцитоза и др.

У 12 больных коронарной недостаточностью в процесс вовлекались и гипоталамостволовые структуры. В этих случаях принято говорить о вторичных рефлекторных реперкуссивных гипоталамических синдромах (Н. С. Четвериков, Н. И. Стрелкова).

Гипоталамо-стволовые расстройства проявлялись вегетативно-сосудистыми кризами, вегетативно-моторными, вегетативно-сенсорными пароксизмами, нарушением сна и бодрствования и др. Вегетативно-сосудистые кризы протекали по симпатoadrenalovому типу и клинически не отличались от первичных гипоталамических кризов. Важно отметить, что вегетативно-сосудистые кризы возникали при распространении ишемии в область перегородки. Моторно-вегетативные пароксизмы выражались в приступах тонических судорог, в состоянии общей расслабленности и бездвиженности (катаплексия), ознобopodobном дрожании и в приступах психомоторного возбуждения. Одновременно наблюдались вегетативные нарушения: потливость, тахикардия, мидриаз, одышка, полиурия и др. Сенсорные нарушения проявлялись на фоне вегетативных расстройств в виде разнообразных сенестопатий эпизодического характера.

У 10 больных вегетативные расстройства имели диффузный характер и не укладывались в рамки поражения какого-либо уровня нервной системы. В этих случаях правильнее говорить о вегетативной дистонии висцеро-рефлекторного характера.

Изменения в нервно-психической сфере проявлялись в виде астенических, астено-депрессивных и астено-ипохондрических состояний. На ЭЭГ выявлялось снижение биоэлектрической активности коры головного мозга, асимметрии в деятельности полушарий, угнетение альфа-активности, появление нерегулярных низкоамплитудных медленных волн.

Патогенез висцеро-рефлекторных вегетативных расстройств при коронарной недостаточности весьма сложен и до настоящего времени недостаточно изучен. Однако несомненно, что длительная патологическая интероцептивная афферентная импульсация способствует вовлечению в патологический процесс вегетативной нервной системы — как периферического отдела (ганглионарно-сегментарного аппарата), так и гипоталамо-стволовых структур и ретикулярной формации с нарушением корково-подкорковых взаимоотношений. В возникновении висцеро-рефлекторных вегетативных расстройств играют роль не только функциональные сдвиги, но и морфологические структурные изменения в вегетативной нервной системе различных уровней по ходу рефлекторной связи сердца с центральной нервной системой (С. С. Вайль, Г. М. Цветкова, Е. К. Плечкова, К. К. Лаврентьев и др.). Кроме патологической афферентной импульсации в развитии рефлекторных вегетативных расстройств важное значение имеет преморбидное состояние организма (функциональное состояние коры головного мозга; наличие «скрытых» очагов дополнительной ирритации в коже, мышцах, суставах, периферической нервной системе).

Возникновение рефлекторных реперкуссивных вегетативных синдромов ведет к ухудшению течения коронарной недостаточности и требует дополнительной дифференцированной терапии, направленной на блокировку вегетативных образований, через посредство которых распространяется афферентная патологическая импульсация, и нормализацию корково-подкорковых взаимоотношений. С этой целью, кроме широкого

применения коронарорасширяющих средств, успешно использовались новокаиновые блокады, хлорэтиловые орошения, электрофорез с новокаином на шейные симпатические узлы, ганглиоблокаторы. Для нормализации корковой деятельности применялись андаксин, триоксазин, препараты фенотиазинового ряда в небольших дозировках.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булыгин И. А. Замыкательная и рецепторная функции вегетативных ганглиев. Минск, 1964.
2. Вайль С. С. Функциональная морфология нарушений деятельности сердца. Медгиз, М., 1960.
3. Вовси М. С., Гефтер А. И., Рахлин Л. М., Русецкий И. И., Ахтямова Д. К. Тр. XIV Всесоюз. съезда терапевтов. М., 1958.
4. Волынский Ф. А., Поповкин Е. М., Макаренко И. В., Павлова А. И., Шевчук П. Е., Кахте В. А. Арх. анат., 1964, 12.
5. Ерусалимчик Х. Г. В кн.: Вопросы сердечно-сосудистой патологии. Медгиз, М., 1958.
6. Кедров А. А. В кн.: Вопросы кардиологии и гематологии. Медгиз, Л., 1940.
7. Кулаев Б. С. В кн.: Атеросклероз и тромбоз, Медицина, М., 1964.
8. Лаврентьев К. К. Врач. дело, 1964, 6.
9. Мисевичус И. Висцеро-рефлекторный сегментарный синдром у больных грудной жабой. Автореф. канд. дисс., Вильнюс, 1964.
10. Мясников А. Л. Атеросклероз. Медгиз, М., 1960.
11. Плечкова Е. К. В кн.: Морфология и реактивные свойства афферентных систем внутренних органов. Медгиз, М., 1960.
12. Русецкий И. И. Вегетативные нервные нарушения. Медгиз, М., 1958.
13. Семенов С. П. Морфология вегетативной нервной системы и интэрорецепторов. Изд. Ленинградского университета, 1965.
14. Стрелкова М. И. В кн.: Физиология и патология гипоталамуса. Изд. «Наука», М., 1965.
15. Стефанцев Б. Д. Влияние симпатической нервной системы на функциональное состояние поврежденной центральной нервной системы. Медгиз, М., 1961.
16. Судаков Ю. Н. В кн.: Актуальные вопросы невропатологии и психиатрии. Киев, 1963.
17. Трошин В. Д., Белоусов С. С. Казанский мед. ж., 1965, 4. — 18. Трошин В. Д., Белоусов С. С., Кучина Е. Н., Четвериков Н. С. В кн.: Физиология и патология гипоталамуса. Изд. «Наука», М., 1965.
19. Файнберг М. Г. Клин. мед., 1962, 9.
20. Франкштейн С. И. В кн.: Вопросы патологической физиологии сердечно-сосудистой системы. Медгиз, М., 1963.
21. Хабарова А. Я. Афферентная иннервация сердца. Медгиз, М. — Л., 1961.
22. Церефман А. Г. Состояние нервной системы при коронарной недостаточности. Автореф. канд. дисс., М., 1964.
23. Цветкова Г. М. Арх. патол., 1964, 6.
24. Chini V. Minerva med., 1958, 49, 103, 4851.
25. Plotz M. Коронарная болезнь (пер. с англ.). М., 1961.
26. Stupler A. Acta physiol. Scand., 1955, 2—3, 219.

УДК 616.12—007.2

ЗНАЧЕНИЕ АНАЛИЗА СТРУКТУРЫ СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА В РАСПОЗНАВАНИИ СОЧЕТАНИЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА И НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНОВ АОРТЫ

А. С. Ковалев

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. — проф. А. И. Левин)
Пермского медицинского института*

Сочетание стеноза левого атриоventрикулярного отверстия и недостаточности аортальных клапанов нередко представляет большие трудности для распознавания. Ошибка в недооценке тяжести недостаточности клапанов аорты может оказаться непоправимой для больного. В то же время наличие незначительной недостаточности клапанов аорты при выраженном митральном стенозе не является абсолютным противопоказанием для митральной комиссуротомии. Трудности диагностики при сочетании указанных пороков объясняются тем, что происходит не простая суммация симптомов, характерных для каждого порока в отдельности, а возникновение нового симптомокомплекса с особыми гемодинамическими проявлениями.

Клинические признаки, характерные для недостаточности клапанов аорты (ослабление II тона, снижение диастолического давления, диастолические шумы) могут, с одной стороны, быть следствием стеноза устья аорты, а с другой — иметь функциональный характер (Б. П. Соколов, Б. И. Трусевич). Кроме того, при выраженной недостаточности клапанов аорты, сочетающейся с митральным стенозом, диастолический шум, снижение артериального и увеличение пульсового давления, симптомы Траубе, Дюрозье, Квинке могут иногда исчезать, если данный порок осложняется адгезивным или выпотным перикардитом, левосторонним гидротораксом, выраженной декомпенсацией. Исчезновение указанных симптомов объясняется затруднением диастолического наполнения левого желудочка и нарушением разности давления в аорте и