

1. Анисимов В. Е., Ахмеров С. Ф. Материалы II Поволжск. конф. физиологов, биохимиков и фармакологов с участием морфологов и клиницистов. Изд-во Казанск. ун-та, 1961. — 2. Ключарева С. Г. Там же. — 3. Нестеров А. И., Сигидин Я. А. Клиника коллагеновых болезней. М., Медгиз, 1961. — 4. Шакирзянова Р. М. Казанский мед. ж. 1960, 2. — 5. Hess E. L., Coburn A. F., Bates R. C., Murphy P., J. Clin. investig. 1957, 36, 3. — 6. Stojalowski K. Polski tygod. lekar. 1953, 8, 40, 1369—1372. — 7. Turchetto E., Cenciatti L. Boll. Soc. ital. biol. speriment, 1959, 35, 6, 248—251.

Поступила 20 марта 1964 г.

УДК 612.89.03

ТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗВЕЗДЧАТОГО УЗЛА

Б. Ф. Филиппов

Клиника нервных болезней (зав.— проф. Н. И. Федоров)
Астраханского медицинского института

Заболевание звездчатого узла — длительно протекающее страдание, нередко рецидивирующее. Причинами этого заболевания являются: инфекции, особенно вирусные (Б. Н. Могильницкий, И. И. Русецкий, Н. С. Четвериков, Н. И. Стрелкова, А. Д. Динабург), воспаление легких и плевры, особенно верхушечные процессы (Г. И. Маркелов, А. М. Гринштейн, Л. Г. Ерохина и И. Д. Польшковская), травмы и ранения самого узла и близко расположенных к нему тканей (А. М. Гринштейн, Ф. М. Лисица, Х. И. Ерусалимчик, Э. М. Визен, Э. И. Еселевич), дискиозы нижнейшейного и верхнегрудного отделов позвоночника (А. Д. Динабург и А. Е. Рубашева, Я. Ю. Попелянский).

Ведущим и характерным признаком поражения звездчатого узла является болевой синдром: возникают резкие, «невыносимые», жгучего характера боли, проявляющиеся прежде всего в области руки и груди, затем в области шеи и лица на стороне поражения. При усилении они могут иррадиировать по всей соответствующей половине тела.

Боли носят постоянный характер, но имеют тенденцию к периодическому усилению и в этот период становятся особенно интенсивными. Они усиливаются от воздействия тепла и холода, изменений барометрического давления и от эмоциональных влияний.

Болевому синдрому сопутствуют нарушения поверхностных видов чувствительности в зоне иннервации узла, охватывающей руку, верхнюю часть грудной клетки, область шеи и половину лица. При усилении болевого синдрома нижняя граница чувствительности может спускаться; иногда определяется нарушение чувствительности на всей соответствующей половине тела. Помимо поверхностных видов, нарушается вибрационная чувствительность; мышечно-суставное чувство, как правило, не нарушается.

Изменяется тонус мышц часто в сторону его уменьшения. В связи с этим тонические рефлексы Лери и Майера на стороне поражения понижаются или совершенно отсутствуют.

Возникает диффузная атрофия мышц плечевого пояса, но без реакции перерождения. Снижается сила мышц в руке. Нередко появляется дрожание при выполнении даже небольших движений и особенно при эмоциях.

Сухожильные и особенно надкостничные рефлексы на стороне поражения звездчатого узла повышены. Наблюдается своеобразная диссоциация между пониженным тонусом мышц и относительно высокими сухожильными и надкостничными рефлексами.

При левосторонней локализации синдрома возникают боли в области сердца. Они имеют тянущий, сжимающий или жгучий характер, плохо поддаются воздействию сосудорасширяющих средств (валидол, нитроглицерин, платифиллин). По словам больных, часто боли возникают не сразу в области сердца, а как бы распространяются от лопатки, иногда — от внутренней поверхности левого плеча.

Наличие постоянного болевого синдрома в зоне звездчатого узла одновременно с болями в области сердца приводит к нарушению психики больных. Они становятся раздражительными, испытывают страхи, страдают бессонницей.

Болевой синдром и нарушения чувствительности, как правило, сопровождаются вегетативными нарушениями в области иннервации звездчатого узла: сосудистыми, потоотделения, пиломоторной реакции.

Часто возникают и трофические изменения, на которых мы и хотели бы остановиться более подробно.

Ряд авторов отметил различные трофические изменения, возникающие при поражении верхних грудных симпатических узлов: наличие плече-лопаточного периартрита (А. Д. Динабург и А. Е. Рубашева, 1959; Б. Ф. Филиппов, 1960; М. К. Бротман, 1962), отечность и периартритические изменения дистальных отделов верхних конечностей при дискозах нижнешейного отдела позвоночника с одновременным ирритативным туннитом (Я. Ю. Попелянский, 1959; А. Д. Динабург и А. Е. Рубашева), единичные случаи увеличения молочной железы (Г. И. Маркелов, 1939; Х. И. Ерусалимчик, 1944; И. И. Русецкий, 1950; Н. С. Четвериков, 1952).

Мы наблюдали 40 женщин и 20 мужчин с синдромом поражения звездчатого узла. У 37 был определен ганглионит инфекционного генеза, преимущественно гриппозного; у 23 был ирритативный ганглионит: у 17 — вследствие изменений позвоночника (остеохондроз), у 4 — при заболеваниях и ранениях кисти, у 2 — при наличии злокачественной опухоли верхушки легкого.

Трофические расстройства отмечались преимущественно в зоне иннервации звездчатого узла и всегда сочетались с нарушениями чувствительности в области верхней конечности, надплечья, верхней половины грудной клетки, на шее, иногда на лице.

Трофические нарушения были разнообразными и проявлялись следующими симптомами.

Отечность тканей

Отечность надключичной впадины и надплечья отмечена у 22 больных при ганглионитах инфекционного генеза и у 18 — ирритативного. Отечность надключичной впадины значительно ограничивала движения шейного отдела позвоночника. Отечность области надплечья и лопатки, верхних отделов грудной клетки наблюдалась у 28 больных, причем больные часто обращали внимание на наличие «вала», располагающегося по передней поверхности грудной клетки, вблизи подмышечной впадины; наличие этой отечности затрудняло приведение плеча к туловищу.

Отечность предплечья и кисти отмечена у 19 больных с ганглионитами инфекционного генеза и у 9 — ирритативного. У 22 больных отечность располагалась в области шеи, грудной клетки и руки одновременно.

Отечность мягких тканей увеличивалась при физической нагрузке, особенно при опущенной конечности. Больные вынуждены держать руку согнутой в локтевом суставе, прижимая ее к туловищу и поддерживая здоровой рукой. При выраженной отечности окружность отечной руки превышала здоровую на 1,5—2 см. Степень выраженности отека при ганглионите звездчатого узла у ряда больных соответствовала степени болевого синдрома; при его усилении со жгучим оттенком болей увеличивалась и отечность тканей в зоне иннервации узла. По мере снижения болевого синдрома у большинства больных отек уменьшался, а иногда совершенно исчезал.

Отечность кисти приводила к значительному снижению движений в фаланговых суставах, отечность плеча и предплечья ограничивала движения в плечевом и локтевом суставах; резко снижалась сила мышц больной руки — до нескольких килограммов по динамометру, а у отдельных больных была равна нулю (рис. 1).

Отечность тканей предплечья всегда сопровождалась укорочением времени рассасывания внутрикожного пузырька при пробе Мак-Кулора Олдрича.

Периартриты суставов верхних конечностей

Периартрит плечевого сустава на стороне поражения звездчатого узла наблюдался у 14 больных при ганглионите инфекционного генеза и у 14 — при ирритативном. Периартритический процесс проявлялся припухлостью и болезненностью тканей в области сустава и резким

ограничением активных и пассивных движений. Выраженность периартритических изменений, так же как и отечность, соответствовала степени болевого синдрома.

В тяжелых случаях объем движений в плечевом суставе ограничивался 10—15° в сагиттальной и фронтальной плоскостях. Ограничение движений в плечевом суставе лишало больных возможности самостоятельно одеваться, причесываться. По мере уменьшения болей увеличивался и объем движений в плечевом суставе; у отдельных больных (у 6 из 28) даже после исчезновения болей в области сустава оставались стойкие и выраженные контрактуры. Возникла необходимость длительного их физиотерапевтического лечения.

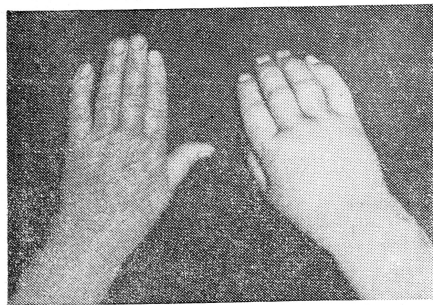


Рис. 1. Больная Т-ва. Остеохондроз диска С-7. Ирритативный ганглионит правого звездчатого узла.

Особенностью периаартритов плечевого сустава при ганглионитах звездчатого узла являлось то, что они часто (у 24 из 28) сочетались с отечностью тканей в области надплечья и плеча. Периаартриты межфаланговых суставов также часто сочетались с отечностью тканей кисти, что резко ограничивало объем движений и снижало силу мышц кисти. Иногда возникали периаартриты локтевого сустава, но объем движений при них нарушался незначительно.

Костные нарушения

Изменения костной ткани при ганглионитах обоих видов проявлялись пятнистым остеопорозом лопатки, головки плеча и мелкими кистозными образованиями костей кисти на стороне поражения узла, что было отмечено у 16 больных. Костные изменения обычно определялись спустя 2—3 месяца от начала заболевания.

Изменение молочной железы

Увеличение молочной железы на стороне поражения звездчатого узла обнаружено у 13 женщин и у 2 мужчин после тяжелых вирусных ганглионитов. Молочная железа увеличивалась обычно диффузно, но у отдельных больных увеличение происходило сегментарно, преимущественно в ее наружноверхнем квадранте. Железа становилась плотной, болезненной. Одна из больных постоянно оттягивала одежду над больной грудью, некоторые поддерживали увеличенную грудь рукой. Длительное увеличение грудной железы сочеталось с изменениями пигментации соска (рис. 2).

Увеличение молочной железы устрасало больных, они подозревали у себя рак молочной железы. Обычно эти больные направлялись на консультацию в онкологические учреждения, где находились под наблюдением онкологов с диагнозом «Мастопатия». У 5 больных, прослеженных нами в течение 1—2 лет, увеличение молочной железы остается стойким. У одной из них увеличение молочной железы возникло впервые при рецидиве заболевания.

Одна из больных с ганглионитом левого звездчатого узла, осложненным увеличением молочной железы, была оперирована по поводу «мастит».

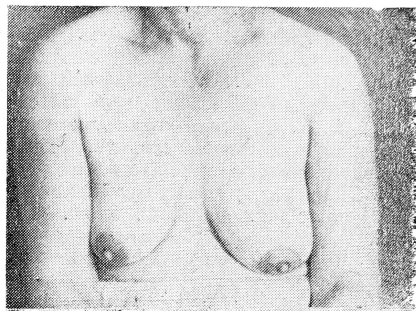


Рис. 2. Больная Л-ка. Вирусный ганглионит левого звездчатого узла. Отечность над- и подключичной ямки, области надплечья и плеча слева; увеличена левая молочная железа, область соска депигментирована.

Трофические нарушения кожных покровов и ногтей

У 6 больных была пигментация кожи в области, совпадающей с зоной регионарно нарушенной чувствительности: у 3 отмечено увеличение пигментации и у 3 — появление пятен vitiligo. Больному Ш. произведена биопсия с гипопигментного пятна в области передней поверхности грудной клетки слева. При гистологическом исследовании (гематоксилин + эозин, Вайерст, Фут) найдено небольшое разрыхление собственной кожи, истончение эпидермиса, уменьшение меланина в базальном слое эпителия. Периферические нервные волокна, подходящие к базальному слою эпителия, сохранены.

У больного К. через 4 месяца после ранения звездчатого узла металлическим осколком одновременно с появлением гипопигментных пятен на латеральной поверхности плеча возникла и контрактура Дюпюитрена.

У 12 больных отмечена задержка роста ногтей на стороне пораженного звездчатого узла, из них у 6 обнаружена ломкость ногтей. У 2 больных мы могли отметить на стороне поражения звездчатого узла поседение волос головы и подмышечной впадины; у 3 была гемиатрофия лица, причем у одного она сочеталась с атрофическими изменениями плечевого сустава той же стороны.

Значительное понижение поверхностной чувствительности в регионарной зоне звездчатого узла и трофические нарушения являются причиной почти безболезненно возникающих термических поражений. Мы наблюдали их у 13 (из 60) больных. Ожоги возникали во время приема физиотерапевтических процедур (грелка, нагретый песок, диатермия, ионофорез) или от прикосновения к горячим предметам. Так, больной Ф. получил несколько ожогов пальцев от горячей сигареты. Часто ожоги остаются незамеченными, что в какой-то степени сближает картину поражения звездчатого узла с сирингомиелией. Заживление ожогов при сниженной чувствительности проходит медленно и сравнительно быстро при регрессе заболевания. Лечение ожогов проводилось обычными методами.

Своевременно начатое медикаментозное (пахикарпин, ганглерон) и физиотерапевтическое (ионофорез с новокаином, грязевые аппликации) лечение предотвращало при синдроме поражения звездчатого узла перечисленные выше трофические нарушения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бротман М. К. Врач. дело. 1962, 9. — 2. Визен Э. М. Клин. мед. 1945, 1 — 2. — 3. Гринштейн А. М. Вopr. нейрохирургии. 1942, 4; Сов. мед. 1945, 12. — 4. Динабург А. Д. В кн. «Проблемы клинической неврологии и психиатрии». Укр. мед. изд. Киев, 1961. — 5. Динабург А. Д., Рубашева А. Е. Журн. неврол. и психиатрии. 1959, 6. — 6. Ерусалимчик Х. И. Хирургия. 1944, 1. — 7. Еселевич Э. И. Невропат. и псих. 1945, 3. — 8. Ерохина Л. Г., Польшковская И. Д. Клин. мед. 1961, 4. — 9. Лисица Ф. М. Вopr. нейрохир. 1943, 4. — 10. Маркелов Г. И. Труды Одесского психоневрологического института. Том. 1. Одесса, 1934. Заболевания вегетативной нервной системы. Медгиз, М. — Л., 1939. — 11. Попелянский Я. Ю. Журн. невропат. и псих. 1959, 6. — 12. Русецкий И. И. Клиническая невровегетология. Медгиз, М., 1950. — 13. Стрелкова Н. И. Сов. мед. 1956, 3; Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров (тезисы), М., 1962. — 14. Филипов Б. Ф. Тез. докл. II (выездной) научной сессии Астраханского мед. ин-та, 1960. — 15. Четвериков Н. С. В кн. «Вopr. клиники внутренних болезней». Медгиз, М., 1952.

Поступила 24 ноября 1964 г.

УДК 612.897

СИМПАТО-ГАНГЛИОНИТЫ И КОРОНАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

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 имени С. М. Кирова

За последнее время заметно оживился интерес к изучению заболеваний периферической вегетативной нервной системы (Н. С. Четвериков, Н. И. Стрелкова, В. М. Карпенко, А. М. Вейн и др.). В клинике симпатических ганглионитов, туннитов часто возникают сердечно-иннервационные нарушения (И. И. Русецкий, Н. И. Стрелкова). Особенно ярко эти нарушения проявляются при локализации процесса в левых шейных и грудных узлах пограничного симпатического ствола. В этих случаях боли в области сердца могут симулировать коронарную недостаточность (стенокардию, инфаркт миокарда), что нередко является причиной диагностических ошибок. В то же время Н. И. Сперанский и Е. И. Сорокина, Д. Д. Плетнев, Лериш считают возможным выделять ганглионарную форму стенокардии. При первичном поражении коронарных сосудов (стенокардия, инфаркт миокарда) могут возникать вторичные рефлекторные вегетативные нарушения.

В задачу настоящей работы входило изучение особенностей коронарных нарушений при ганглионитах, а также выявление вторичных вегетативных ганглионарных нарушений при коронарной патологии. Больные находились в неврологических и терапевтических клиниках. Всего под нашим наблюдением находилось 40 больных. В зависимости от характера коронарных нарушений и их взаимосвязи с поражением симпатических узлов шейно-грудного отдела больные подразделены на 3 группы. В I гр. вошли больные без органических поражений сердца, во II отнесены больные