

фракции, увеличение которой у этих больных могло быть расценено как показатель наступающих хронических изменений печеночной паренхимы. Вопрос этот, несомненно, требует дальнейших наблюдений.

#### ВЫВОДЫ:

1. Инвенол, надизан, растинон — сульфаниламидные противодиабетические пероральные препараты — во многих случаях диабета, легкого и средней тяжести, могут полностью заменить инсулин и обеспечить усвоение «физиологической» диеты.

2. В некоторых случаях при даче инвенола и надизана возможны побочные явления со стороны крови (анемизация, гранулоцитопения), заставляющие прервать лечение пероральными противодиабетическими препаратами или снизить дозу.

3. Отбор больных и установление дозы препарата следует проводить только в условиях стационара при контроле за общим состоянием, сахаром крови, мочи и картиной крови.

4. Соблюдение диеты является одним из обязательных условий эффективности терапии сульфаниламидами.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Генес С. Г. Врачебное дело, 1957, 6.
2. Исиченко Н. А. Бюлл. exper. биол. и мед., т. 30, вып. 3, 1950, 9.
3. Пясецкий Н. Р. Пробл. эндокринологии и гормонотерапии, 1957, 2.
4. Шерешевский Н. А. Кл. мед., 1957, 9.
5. Beringer A., Lindner A. Wien. Kl. Wsch., 1956, H. 16.
6. Bertram F., Benfeldt E., Otto H. Dtsch. med. Wschr., 1955, 80.
7. Schambye P. Diabetes, 1957, 2.
8. Sirek A. and Best Ch. Diabetes, 1957, 2.
9. Loubatieres A. Pres. med., 1955, 82.
10. Fishs I. Dtsch. med. Wschr., 1956, 4.

Поступила 4 марта 1958 г.

#### БОЛЕВАЯ ТОЧКА В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕГО ШЕЙНОГО СИМПАТИЧЕСКОГО УЗЛА КАК СИМПТОМ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Асс. В. В. ТЯВОКИН

Из госпитальной терапевтической клиники (зав.—проф. К. А. Дрягин)  
Ленинградского педиатрического медицинского института

За последнее время достигнуты большие успехи в изучении коронарной недостаточности, но в ряде случаев ее диагностика наталкивается на трудности. В поисках объективных признаков коронарной недостаточности мы обратили внимание на болевую точку в области верхнего шейного симпатического узла.

Через верхний шейный симпатический узел проходят две из трех рефлекторных дуг:

1) нижний сердечный нерв — звездчатый узел — верхний шейный узел — спинной и головной мозг;

2) сердечная ветвь блуждающего нерва — пучковый узел — верхний шейный узел — сонное сплетение — гассеров узел — головной мозг;

3) сердечно-аортальное сплетение — пограничный ствол Д<sub>1</sub>—Д<sub>6</sub>—спинной и головной мозг.

Через эти рефлекторные дуги осуществляется открытый И. П. Павловым «тройной контроль» нервной системы за деятельностью сердца.

Р. Лериш (Leriche, 1925 г.) электрическим и механическим раздражением обнаженного звездчатого узла вызывал у больного ангинозный приступ, исчезавший под влиянием новокаинизации узла. На основании клинического эксперимента Р. Лериша можно предположить возможность возникновения в отдельных случаях приступа грудной жабы, обусловленного раздражением симпатических узлов.

И. И. Русецкий (1950 г.) отмечает, что при поражении звездчатого узла могут возникать боли в области сердца и за грудиной, подобно болям при стенокардии. В некоторых случаях наблюдаются астматические припадки.

«Можно считать,— пишет И. И. Русецкий,— основой этого состояния являются нарушения коронарной иннервации и функции вегетативного нервного аппарата, регулирующего кровоснабжение миокарда».

По Б. Н. Могильницкому (1925 г.) длительно протекающие нарушения симпатической иннервации приводят к последующим изменениям органического характера в сердечно-сосудистом аппарате.

Л. Б. Бирбраир, П. А. Бадюл (1940 г.) указывают на болевую точку при патологии вегетативной нервной системы, находящуюся на сонной артерии по середине протяжения грудино-ключично-сосковой мышцы.

Тумановским (1953 г.) отмечается болевая точка под левой ушной раковиной при грудной жабе.

Имеется указание (В. Е. Незлин) о болезненности по ходу сосудов, в том числе и по ходу сонных артерий, встречающейся при коронарной недостаточности.

Выявление болевой точки производилось надавливанием указательным пальцем в области проекции верхнего шейного симпатического узла на поверхность шеи, позади угла нижней челюсти с предварительным отведением наружу грудино-ключично-сосковой мышцы.

По выраженности боли различали слабо положительную, положительную и резко положительную болевую точку.

Обследовано 225 больных: 106 с коронарной недостаточностью, 119 — с различными другими заболеваниями.

Болевая точка в области верхнего шейного симпатического узла при коронарной недостаточности была положительной в 74,5% (слабо положительная у 24 больных, положительная у 40 больных и резко положительная — у 15 больных).

Для контроля обследовано 119 больных с различными заболеваниями (с болезнью Боткина — 24, брюшным тифом — 20, сыпным тифом — 11, хроническим холециститом — 23, язвенной болезнью — 10, опухолью поджелудочной железы — 1, туберкулезом легких — 30). У двух больных туберкулезом была положительная болевая точка. Они имели возраст за 40 лет, жаловались на сжимающие боли в области сердца, одышку. У всех остальных 117 больных болевая точка верхнего шейного симпатического узла отсутствовала.

В порядке контроля наших данных подобное исследование проведено И. М. Кмецинской. Ею обследовано 149 больных, из них 108 — с коронарной недостаточностью. Положительная болевая точка верхнего шейного симпатического узла, по ее данным, при коронарной недостаточности была в 70,4%. У всех контрольных больных болевая точка отсутствовала.

Болевая точка чаще бывает положительной слева, реже — справа, иногда одновременно справа и слева. У больных с частыми и длительными стенокардитическими приступами болевая точка встречается чаще. Выраженность боли в точке зависит от длительности и тяжести стенокардитических приступов и давности их возникновения. В первые дни (5—6 дней) после болевого приступа болевая точка бывает положительной чаще, чем в последующие дни. Реже болевая точка становится положительной лишь через несколько дней после длительного болевого приступа. Это относится к случаям инфаркта миокарда без предшествовавшей стенокардии.

Болевой точке свойственна динамичность, то есть изменчивость в связи с учащением или урежением ангинозных приступов: чем чаще

и сильнее приступы стенокардии, тем резче выражена болевая точка верхнего шейного симпатического узла.

Не у всех больных прослежена связь болевой точки верхнего шейного симпатического узла с кожными зонами гиперестезии и гипералгезии, но следует отметить, что она бывает положительной и при отсутствии этих кожных зон.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бадюл П. А. Труды Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина, Казань, 1940.
2. Бирбраир Л. Б. Вегетативная нервная система в норме и патологии. Госмедгиз, УССР, 1934.
3. Дрягин К. А. Клиническая медицина, 1948, 5.
4. Могильницкий Б. Н. Труды XVII съезда российских хирургов, 1925, 5.
5. Незлин В. Е. Нарушения венозного кровообращения. Медгиз, 1955.
6. Русецкий И. И. Клиническая нейровегетология. Медгиз, 1950.
7. Тумановский. Боли в области сердца и за грудиной. Медгиз, 1953.
8. Leriche. Press medicale, 1925, 1361.

Поступила 13 декабря 1957 г.

### СЕДЛООБРАЗНАЯ ЭМБОЛИЯ АОРТЫ<sup>1</sup>

Проф. П. В. КРАВЧЕНКО

Из кафедры хирургии и неотложной хирургии (зав.— проф. П. В. Кравченко)  
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В отечественной и зарубежной литературе имеются отдельные сообщения об оперативном лечении эмболии брюшной аорты в области бифуркации. Но общее количество наблюдений подобного рода остается небольшим, а в результате запоздалой диагностики и оперативного лечения на поздних сроках исходы операции с полным восстановлением кровообращения и сохранением конечности немногочисленны.

Приводим наше наблюдение.

Б-ой Н. И. А-ов, 29 лет, инвалид II-й группы, поступил в клинику в порядке перевода из терапевтической клиники с диагнозом: ревматический эндокардит, комбинированный митральный порок сердца, мерцательная аритмия, эмболия бифуркации брюшной аорты.

В терапевтическую клинику поступил 14/XII-56 г. в 20 часов с жалобами на резкие боли в обеих нижних конечностях ломящего характера, общую слабость. Боли возникли внезапно 12/XII-56 г. в 8 часов утра при попытке встать с кровати. Сразу же «отнялись ноги». Появились общая слабость и холодный пот.

Больным считает себя с 6-летнего возраста, когда перенес скарлатину и ревматизм, осложнившиеся эндокардитом. Много раз находился на лечении в терапевтических стационарах по поводу эндокардита. Неоднократно появлялись отеки ног и асцит. Выписывался с временным улучшением.

В 1953 г. была эмболия мозговых сосудов с параличом правой руки и ноги. Явления паралича прошли, и функция конечностей полностью восстановилась.

В 1954 г. больной перенес инфаркт правой почки.

При поступлении в хирургическую клинику 15/XII-56 г. общее состояние больного тяжелое. Отмечается резкая бледность лица. Внешне спокоен, апатичен. Жалуется на ломящие боли в обеих нижних конечностях, похолодание и чувство их онемения, почти полное отсутствие произвольных движений ног. Боли в ногах стали несколько меньше по сравнению с предшествующим днем. Пульс—72 удара в мин, слабого наполнения и напряжения, аритмичен. Кровяное давление—100/80. Температура—37,4°. Левая нижняя конечность бледная, холодная на ощупь. Начиная от средней трети бедра, болевая чувствительность полностью отсутствует. Кожа левой ноги беловато-мраморная с небольшими сине-багровыми пятнами. Активных движений ноги нет. Пульсация бедренной артерии отсутствует. Правое бедро, начиная с нижней трети, и правая голень—беловато-мраморного цвета, холодные на ощупь, с мелкими сине-багровыми пятнами. Болевая чувствительность отсутствует до верхней трети го-

<sup>1</sup> Доложено на заседании Казанского хирургического общества 15/V 1957 г.