

интоксикации, а также рентгенологических изменений в легких, содержание сиаловой кислоты было в пределах нормы (0,150—0,200 ед.).

У большей части больных наблюдается соответствие между уровнем сиаловой кислоты и РОЭ, однако у ряда детей с активной формой туберкулеза при нормальной РОЭ отмечалось повышение концентрации сиаловой кислоты.

В то время как у больных с активной формой туберкулеза концентрация сиаловой кислоты была повышена у 94% (у 45 из 48), РОЭ была ускорена у 68% (у 33 из 48). У части больных РОЭ нормализовалась раньше, чем концентрация сиаловой кислоты (у 52%).

У всех больных определяли и ФРОЭ. Гиперреактивная кривая ФРОЭ отмечена только у 4 больных из 48 с активной формой туберкулеза.

Таким образом, концентрация сиаловой кислоты — более чувствительный показатель активности туберкулезного процесса, чем РОЭ и

ЛИТЕРАТУРА

1. Анасашвили А. Ц. Педиатрия, 1960, 5. — 2. Он же. Клин. мед., 1959, 12. — 3. Бобров Н. Н. Проблема туберкулеза, 1952, 5. — 4. Грачева Р. П. Вopr. охр. мат. и млад., 1959, 3. — 5. Она же. Проблема туберкулеза, 1958, 4. — 6. Ефимова А. А. Педиатрия, 1960, 5. — 7. Максудов Б. С. Казанский мед. журн., 1926, 9. — 8. Михайлов В. А. Вopr. туб., 1925, 3. — 9. Модель Л. М., Сидельникова Е. Ф. Туберкулиодиагностика. М., 1947. — 10. Печук А. М. Патофизиология, патоморфология и эксперим. туб., Киев, 1955. — 11. Султанова-Катеева С. Р. Канд. дисс., Казань, 1960. — 12. Тихонравов В. А. Клин. мед., 1959, 5. — 13. Ткаченко А. И. Педиатрия, 1950, 4. — 14. Шешина В. А. Педиатрия, 1958, 10.

Поступила 18 ноября 1960 г.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В КЛИНИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ¹

А. Н. Кревер, Е. И. Чиждова, У. Ш. Ахмеров

Кафедра рентгенологии (зав. — проф. М. Х. Файзуллин), кафедра невропатологии (зав. — проф. И. И. Русецкий) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

При некоторых заболеваниях органов грудной клетки могут возникнуть локальные неврологические расстройства. В частности, в клинике заболеваний легких болезнью феномен иногда сопутствует патологическим процессам в листках плевры. Более сложные неврологические проявления в клинической картине заболевания легких и средостения возникают в тех случаях, когда процесс локализуется в медиальных отделах легких с прилегающими к ним медиастинальными отделами плевры, в верхушке легкого, с последующими изменениями в апикальной плевре, в реберно-позвоночных углах, в непосредственной близости к диафрагме. В этих сложных анатомических зонах, в непосредственной близости к ним, располагаются нервно-вегетативные узлы, мощные симпатические и парасимпатические сплетения, проходят стволы диафрагмального и блуждающего нервов. Вследствие этого в ряде случаев патологические процессы, разнообразные по клиническим формам в зависимости от локализации и протяженности анатомических изменений, обуславливают своеобразный для каждого случая сложный комплекс неврологических симптомов.

Литература по локальным неврологическим проявлениям при заболевании органов грудной клетки немногочисленна.

Г. И. Маркелов (2) суммировал отдельные случаи локальных нервно-вегетативных проявлений, наблюдавшиеся различными авторами, и описал свои данные, связанные, главным образом, с поражением плевры.

И. И. Русецкий и Л. М. Рахлин (5) при участии А. Н. Кревера изучили вегетативный синдром у 20 больных при поражении пограничного симпатического ствола в верхне-грудном отделе. При этом авторы выявили кожные вегетативные симптомы

¹ Доложено 28/IV-59 г. на совместном заседании казанских научно-медицинских обществ невропатологов и психиатров и рентгенологов-радиологов.

в верхней конечности, а при поражении слева — жалобы на боли в области сердца и, в некоторых случаях, изменение сердечной деятельности.

В. А. Равич-Щербо (3), подробно останавливаясь на неврологических синдромах плеврального происхождения, отмечает, что ранними симптомами туберкулеза могут быть локальные нервно-вегетативные расстройства.

О нервно-вегетативных расстройствах при опухолях и кистах средостения пишет Б. Я. Лукьянченко (1).

Накапливая клинико-рентгенологический опыт в изучении этих форм заболеваний легких и средостения, мы полагаем, что некоторые рентгенологические симптомы во многих случаях сочетаются с локальными неврологическими расстройствами.

Под нашим наблюдением на протяжении ряда лет находились 32 больных с различными проявлениями клинико-неврологического синдрома.

У 12 больных был туберкулез легких с вовлечением в процесс лимфатических узлов корня легкого и средостения; у некоторых больных — с парамедиастинальным и верхушечным плевритом. У этих больных наблюдались плечевые плекситы, шейно-грудные радикулиты, симпатические тункулиты.

Злокачественные новообразования средостения и легкого были у 8 больных. У них наблюдались те же неврологические симптомы, что и при туберкулезе, у двух было поражение возвратного нерва с афонией.

Больные со слипчивыми плевроперикардитами различной этиологии (11) давали только кардиальные симптомы.

В одном случае поликистоза легкого наблюдалось поражение возвратного нерва.

Наблюдения из группы больных туберкулезом легких.

Б-ной М., 41 г., отмечал мучительные боли в левой половине шеи, в области лопатки и во всей левой верхней конечности, включая кисть и пальцы руки, в продолжение 2 $\frac{1}{2}$ —3 месяцев. Боли усиливались при разговоре, кашле, вдохе, вследствие чего больной вынужден переходить на шепотную речь.

Неврологический диагноз: левосторонний плечевой плексит, шейно-грудной радикулит. При рентгеновском исследовании выявлен инфильтративный туберкулезный процесс верхушки левого легкого с поражением верхушечной плевры. Заслуживает внимания, что после противотуберкулезного лечения боли начали уменьшаться, а после рассасывания инфильтрата прекратились совсем.

Б-ная И., 57 лет, поступила в неврологическую клинику с симпаталгией левой верхней конечности и симптомокомплексом Клода Бернара — Горнера слева. Рентгенологически у нее обнаружены множественные полиморфные туберкулезные очаги в верхних отделах легких со значительным уплотнением и утолщением верхушечной плевры левого легкого.

Объяснить возникновение отмеченного неврологического синдрома у первого больного можно вовлечением в процесс плечевого сплетения, волокна которого идут и к верхней конечности, так как топографически верхушка легкого с покрывающей ее апикальной плеврой располагается крайне близко к этому сплетению. Симптом Клода Бернара — Горнера и боли у второй больной возникли, очевидно, вследствие вовлечения в процесс симпатического ствола слева, в частности звездчатого узла, который располагается на уровне I—II ребер.

Б-ная З., 27 лет, поступила в неврологическую клинику, где установлен диагноз: симпаталгия в правой руке с симптомокомплексом Клода Бернара — Горнера справа, правосторонняя плечевая плексалгия. При рентгеновском исследовании обнаружены фиброзные изменения в правом корне легкого, с явлениями периаденита, обширными сращениями парамедиастинальной и верхушечной плевры справа. Лимфатические узлы прикорневой зоны легкого располагаются в непосредственной близости к парамедиастинокостальным листкам плевры, а следовательно, и к узлам симпатического ствола, который, как следует думать, и был вовлечен в патологический процесс у данной больной.

Из группы больных с злокачественными заболеваниями легких и средостения приведем следующие примеры.

Б-ная Г., 34 лет, начало заболевания связывает с ухудшением голоса. В дальнейшем развилась стойкая афония. Отоларингологом установлен парез голосовых связок. Неврологически триада Клода Бернара — Горнера слева. При рентгеновском исследовании в левом легком парамедиастинально в верхне-среднем отделе обнаружена тень плотных увеличенных лимфоузлов средостения с сегментарным ателектазом. Биопсия установила лимфогранулематоз. Рентгенотерапия привела к исчезновению изменений в легком и полному восстановлению голоса.

В данном случае неврологический синдром можно объяснить сдавлением левого возвратного нерва конгломератом плотных лимфоузлов.

Б-ная А., 46 лет, поступила в неврологическую клинику через 8 лет после ампутации левой молочной железы. В клинике выявлен синдром выпадения левого симпатического ствола, выражавшийся в симптомокомплексе Клода Бернара — Горнера слева, с покраснением левой половины лица и асимметрией потоотделения на голове. Кроме

того, у больной имелось и поражение левого диафрагмального нерва. При рентгеновском исследовании отмечены тени нерезко увеличенных лимфоузлов заднего средостения с утолщением верхушечной и парамедиастинальной плевры, более выраженным слева, высокое стояние левого купола диафрагмы с парадоксальной его подвижностью. Клинико-рентгенологический диагноз: метастазы рака в лимфоузлы заднего средостения и в парамедиастинальную плевру, преимущественно слева.

В приведенном случае поражение лимфоузлов и плевры сопровождалось патологическими изменениями пограничного симпатического ствола, расположенного непосредственно под листком париетальной плевры. Поражение диафрагмы может быть объяснено обширным вовлечением в процесс парамедиастинальной и верхушечной плевры.

Из группы больных с кардиальным синдромом можно привести следующие примеры.

Б-ной К., 23 лет, студент, жалуется на приступы болей в сердечной области сжимающего характера, из-за которых вынужден временами прерывать учебу. При рентгеновском исследовании (включая и кимографическое) обнаружен обширный плевроперикардиальный слипчивый процесс с деформацией контуров сердца и фиксацией его плевро-перикардиальными сращениями. ЭКГ нарушений не дает. Клинический диагноз: плевро-перикардитический синдром с функциональными нарушениями деятельности сердца.

Б-ная С., 29 лет, жалуется на острые, жгучие боли приступообразного характера в области сердца с иррадиацией в плечевую и лопаточную области. Больна 3—4 года. Рентгенологически (включая томографический и кимографический методы исследования) выявлен тотальный слипчивый плевроперикардит. Уплотнение и обызвествление группы пара-аортальных лимфоузлов. Фиброзная деформация заднего контура сердца. Фиксация сердца со стороны диафрагмы. Клинический диагноз — псевдоангинозный плевро-кардиальный синдром.

По-видимому, причиной жалоб в приведенных случаях являлись раздражения со стороны нервов верхне-переднего сердечного сплетения, в связи с фиброзными процессами в лимфоузлах средостения, вовлечением в процесс парамедиастинальной плевры и перикарда, как бы создавших упругий околосердечный «корсет».

Важно отметить, что строгая дифференцировка локализации и протяженности анатомических изменений, вызванных плевромедиастинальными патологическими процессами, дают возможность объяснить происхождение неврологических синдромов при различных клинических формах заболеваний легких и средостения.

Повседневный опыт доказывает, что неврологические нарушения могут быть ранним симптомом в клинике туберкулеза и опухолей легких.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лукьянченко Б. Я. Распознавание опухолей и кист средостения, 1958.
2. Маркелов Г. И. Заболевания вегетативной нервной системы, 1939.
3. Равич-Щербо В. А. Ошибки в клинике легочного туберкулеза, 1954.
4. Русецкий И. И. Невропат. и псих., 1948, 3.
5. Русецкий И. И. и Рахлин Л. М. Врач. дело, 1949, 12.

Поступила 1 марта 1960 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

ЛЕЧЕНИЕ НИТРОПЕНТОНОМ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

П. С. Григорьев

Факультетская терапевтическая клиника (зав.— проф. Н. Е. Кавецкий) Куйбышевского медицинского института

Имеющееся значительное количество средств для лечения хронической коронарной недостаточности все еще не может полностью удовлетворить запросы медицинской практики, а потому важно изыскание и испытание новых препаратов. К последним относится венгерский препарат нитропентон, действующим началом которого служит пентаэритриттетранитрит.

Нитропентон представляет собой кристаллический порошок белого цвета, не растворимый в воде, легко растворимый в спирто-глицериновом растворе. Подобно нитроглицерину и