

ции — 140, аритмичный; общее состояние больной тяжелое. После применения «литической смеси», введения внутривенно строфантина с глюкозой, дачи хинина по 0,1 три раза, камфары, кислорода, состояние несколько улучшилось. «Литическую смесь» получала в течение четырех дней. На 5-й день состояние окончательно улучшилось, все назначения отменены. На 15-й день выписана в хорошем состоянии.

Применяя описанную нейро-вегетативную блокаду в предоперационной подготовке, во время операции и после нее, мы не отмечали жалоб на боли в послеоперационной ране. Больные при повторных введениях «литической смеси» остаются сонными и обычно на боли не жалуются. Высокая гипертермическая реакция в послеоперационном периоде была у одной больной (повторное введение «литической смеси», обкладывание паховых областей пузырями со льдом быстро снизили температуру тела, выздоровление).

Клинические наблюдения на 31 больном тяжелыми формами тиреотоксического зоба, которые были оперированы под местной инфильтрационной анестезией с применением нейро-вегетативных препаратов, показали, что удается снизить интоксикацию и уменьшить раздражение, вызываемое операцией. Такая методика облегчает течение послеоперационного периода и предупреждает тиреотоксический криз как наиболее частую причину летального исхода.

Местная новокаиновая анестезия в сочетании с нейро-вегетативной блокадой дает хорошее обезболивание. Перечисленное выше позволяет считать такой метод предоперационной подготовки и ведения операции перспективным и показанным при операциях по поводу тиреотоксического зоба.

Поступила 19 ноября 1959 г.

ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Б. Г. Тец

Из Харьковского научно-исследовательского института охраны материнства и детства им. Н. К. Крупской (директор — канд. мед. наук А. И. Корнилова)

Вопрос о состоянии центральной нервной системы при ревматизме у детей давно привлекает внимание многочисленных исследователей (В. В. Михеев, Е. А. Блей, Р. М. Пен, З. М. Землякова, М. А. Израильская и др.).

Обычно изучались формы ревматизма с отчетливыми неврологическими расстройствами. Состояние же нервной системы при сердечной и суставной формах ревматизма, протекающих без резкой неврологической симптоматики, клинически изучено еще не полно, а патоморфологически почти не исследовано. До сих пор нет единого мнения о характере изменений в вегетативном отделе центральной нервной системы при этом заболевании.

Цель настоящей работы — клиническое изучение состояния центральной нервной системы у детей с сердечной и суставной формами ревматизма в активной фазе заболевания, а также исследование патоморфологических изменений в головном и спинном мозге у больных, погибших от этих форм ревматизма.

Под наблюдением находилось 60 детей в возрасте от 3,5 до 16 лет, из них 28 мальчиков и 32 девочки. 38 детей страдали суставной формой ревматизма, 22 — сердечной.

У большинства со стороны сердца отмечались явления эндокардита. Панкардит выявлен лишь у одного. Что касается клапанных пороков, то чаще всего отмечалась недостаточность митрального клапана в сочетании со стенозом митрального отверстия. Поражение аортальных клапанов наблюдалось лишь у одного. У половины исследованных кла-

панных пороков выявить не удалось. Недостаточность кровообращения I—II-б степени имела у 34 больных. Ревматический процесс у большей части протекал остро и подостро. Все больные находились в активной фазе.

При исследовании центральной нервной системы клинически у большинства больных обнаружены вялость, некоторая заторможенность, адинамия, раздражительность и плаксивость.

У 15 детей отмечалось неполное приведение глазных яблок к центральной оси, причем имела как двусторонняя, так и односторонняя недостаточность конвергенции; у 3 — неравномерность глазных щелей, у 4 — болезненность ветвей тройничного нерва, у 19 — легкая сглаженность носогубной складки и отставание угла рта при оскаливании зубов. Отмечались также нарушение зрачковых реакций, асимметрия конъюнктивальных рефлексов — у 13.

У 28 детей реакция зрачков на свет прямая и содружественная была вялой, а реакция при аккомодации и конвергенции — живая. Следовательно, у них наблюдались изменения, близкие к симптому Арджилл — Робертсона. У 10 больных реакция зрачков на свет при аккомодации и конвергенции была одинаково вялой, а у 5 при вялой реакции на аккомодацию и конвергенцию наблюдалась живая реакция на свет, то есть отмечался симптом, противоположный зрачковой диссоциации. В доступной литературе данных об изменении зрачковых реакций при ревматизме у детей нам встретить не удалось.

Заслуживает внимания обнаруженный у части исследованных патологический симптом-нистагм. В литературе имеются единичные и весьма неточные сведения о нистагме при ревматизме у детей. Так, З. М. Землякова при исследовании нервной системы у 20 детей, больных ревматизмом, у 3 из них обнаружила «установочный горизонтальный нистагм». Как известно, установочный горизонтальный нистагм наблюдается довольно часто у детей и в норме и не может расцениваться как показатель той или иной патологии. Мы наблюдали патологический спонтанный нистагм у 22 детей, причем у 16 имелся горизонтальный нистагм, у одного — вертикальный, а у 5 — как горизонтальный, так и вертикальный. Из других симптомов нарушения вестибулярно-мозжечкового аппарата следует указать на пошатывание в пробе Ромберга у 3, неловкость движений и промахи при выполнении пальценосовой пробы — у 3.

У большей части исследованных отмечалось нарушение рефлекторной возбудимости в виде повышения или понижения сухожильных и кожных рефлексов, а также анизорефлексии. Сухожильные рефлексы были изменены лишь на нижних конечностях. Патологических рефлексов ни у одного выявить не удалось.

Со стороны чувствительной сферы наблюдалась небольшая гиперестезия в области пораженных суставов. Мышечно-суставная чувствительность была нарушена у 13 детей.

При исследовании вегетативной нервной системы обнаружены значительные изменения со стороны тонуса и реактивности.

В литературе нет единого мнения по этому вопросу. Так, Гасуль и Маврина в остром периоде ревматизма обнаружили ваготропную настроенность. По данным других авторов, в остром периоде болезни отмечается симпатикотропная настроенность. Р. М. Пен обнаружила в острой фазе ревматизма повышение возбудимости обоих отделов вегетативной нервной системы. К аналогичным выводам пришли Г. А. Будько и др. К сожалению, большинство авторов, изучавших состояние вегетативной нервной системы при ревматизме у детей, не делали различия между тонусом и реактивностью. Этим, по-видимому, и объясняется большая противоречивость полученных ими данных.

Как известно, показателями тонуса вегетативной нервной системы являются частота пульса, дыхания, ширина зрачков, цвет кожи, потоотделение, дермографизм. Для изучения состояния реактивности служат симпатикотонические и парасимпатикотонические рефлексы (симптом Ашнера, орто-клиностатический рефлекс и др.). Тонус и реактивность часто не совпадают (Р. М. Пен и др.).

При исследовании тонуса вегетативной нервной системы у большинства наблюдаемых нами детей обнаружено одновременное повышение тонуса симпатического и парасимпатического отделов, то есть явления дистонии. Так, у 47 больных наблюдался гипергидроз ладоней и стоп, часто сочетавшийся с общей потливостью, что свидетельствует о повышении тонуса парасимпатического отдела. С другой стороны, у них же наблюдались симптомы повышения тонуса симпатического отдела в виде бледности лица и расширения зрачков.

Реактивность вегетативной нервной системы у исследованных нами больных изменялась следующим образом: 1) наблюдалось одновременное повышение реактивности как симпатического, так и парасимпатического отделов; 2) одновременное снижение реактивности этих отделов; 3) повышение реактивности одного отдела при сниженной реактивности другого.

Патоморфологические исследования головного мозга были проведены у 5 детей, причем у одного из них обследовался и спинной мозг. Больные были в возрасте от 11 до 16 лет, из них трое мальчиков и две девочки. Двое больных страдали суставной формой ревматизма, трое — сердечной. Ревматический процесс протекал у них длительно (от 3 до 6 лет) и непрерывно рецидивировал. Со стороны сердца у всех больных отмечался панкардит; у 4 — митральная болезнь, у одного — недостаточность митрального и аортального клапанов. У всех детей наблюдалась недостаточность кровообращения II-б — III степени.

Исследованы следующие отделы центральной нервной системы: 1) мягкая мозговая оболочка, 2) кора лобных и затылочных долей, 3) гипоталамическая область, 4) область третьего желудочка, 5) мозжечок и его зубчатое ядро, 6) эпендима боковых и третьего желудочков, 7) сосудистые сплетения мозга, 8) шейный, грудной и поясничный отделы спинного мозга.

Характер патогистологических изменений во всех случаях был однотипным.

Мягкая мозговая оболочка отечна, в ней отмечались разрастание соединительной ткани, гиперемия, явления стаза, местами — мелкие кровоизлияния. Имелась незначительная диффузная инфильтрация мягкой мозговой оболочки лимфо-гистиоцитарными элементами. Как в белом, так и в сером веществе мозга обнаруживались периваскулярные отеки с разрежением мозговой ткани различной степени, от едва заметного побледнения до полной ее гибели, с образованием кист. Наблюдались гиперемия, стазы, мелкие и крупные кровоизлияния, кое-где — пристеночное образование тромбов, а также слабо выраженная вокруг сосудистая инфильтрация лимфо-гистиоцитарными элементами.

Тяжелые изменения обнаруживались в стенках сосудов. Имелось утолщение их, за счет разрастания соединительной ткани, базофилия интимы, пролиферация и отек эндотелия.

Резкие изменения претерпевало основное аргирофильное вещество стенок сосудов. Местами имелось набухание аргирофильных волокон. Часть их теряла способность к импрегнации серебром и как бы расплавлялась. Наряду с этим, встречались толстые, огрубевшие, резко импрегнированные волокна.

Описанные сосудистые изменения обнаруживались во всех отделах центральной нервной системы с акцентом поражения в области третьего желудочка, гипоталамической области, мозжечке и его зубчатом ядре.

Резкие изменения претерпевали нервные клетки. Часть их была гипохроматична, иногда сморщена, с темным ядром и извитыми темными отростками. Другие клетки — бледно окрашенные — имели распад хроматина, смещение и гибель ядер и превращались в тени. В результате разницы в окраске клеток ткань мозга приобретала мозаичный вид. Тяжелые изменения отмечались в клетках вегетативных ядер. В мозжечке на большом протяжении отмечалась гибель клеток Пуркинье. Оставшиеся теряли отростки, принимали уродливую форму и превращались в тени. В коре мозга обнаруживались поля запустения — участки, на которых полностью исчезли нервные клетки.

Эпендима желудочков была значительно изменена в виде набухания и грибовидного ее разрастания. Под эпендимой имелись кровоизлияния и размножение глии.

В сосудистых сплетениях мозга определялись резкая гиперемия, разрастание соединительной ткани, утолщение и гомогенизация сосудистых стенок, кое-где — образование пристеночных тромбов и отложение извести. Клетки эпителия мутные, набухшие, местами сливались в одну сплошную ленту, отмечалась их десквамация. В спинном мозгу на различных уровнях имелись расстройства кровообращения, нерезкая околососудистая лимфоидная инфильтрация и изменение нервных клеток.

Эпендима центрального канала была настолько утолщена и разрыхлена, что резко суживала его просвет.

Глиальная реакция выражалась в виде диффузной и частично узелковой проли-

ферации и нейронофагин. Диффузная пролиферация глии особенно была резко выражена в мозжечке, где вдоль клеток Пуркинье располагались в несколько слоев массивные глиальные тяжи.

В двух случаях обнаружены глиальные узелки в виде розеток, располагавшихся вблизи сосудов.

ВЫВОДЫ:

1. В основе описанных изменений в центральной нервной системе лежит, по-видимому, поражение сосудов мозга, являющееся выражением общего, характерного для ревматизма системного поражения сосудов. Проявлением его являются пролиферативные изменения в сосудистой системе (В. П. Белецкий и др.), нарушение ее проницаемости и связанные с этим циркуляторные расстройства и гипоксия.

2. Вегетативно-сосудистый синдром, отмечаемый клинически у больных ревматизмом, может быть объяснен поражением вегетативных аппаратов центральной нервной системы, расположенных в коре головного мозга и гипоталамической области.

3. Резкие изменения эпендимы желудочков и центрального канала, а также сосудистого сплетения и большая глиальная реакция под эпендимой позволяют предположить, что именно в этих местах происходит первичное соприкосновение инфекционного начала с центральной нервной системой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкий В. К. Тр. научн. конф. по пробл. ревматизма. М., 1957.
2. Блей Е. А. Тез. докл. сесс. АМН по ревматизму. М., 1958.
3. Будько Г. А. Тр. Смоленского мед. ин-та, 1957, т. 5.
4. Гасуль, Маврина. Юбил. сб., посвящ. 50-летию ин-та усоверш. врачей, Л., 1935.
5. Гринштейн А. М. Невропатология и психиатрия, 1958, 4.
6. Давыдовский Л. Я. Педиатрия, 1954, 5.
7. Израильская М. А. Арх. патол., 1956, 4.
8. Козлова З. Д. Вопр. педиатр., 1950, 4.
9. Леонова А. М. и Кенд В. В. Тез. докл. на сессии ин-та педиатрии АМН, 1956.
10. Пен Р. М. Педиатрия, 1953, 4.
11. Страхова М. П. Тр. 3-й павловск. конф. Томского мед. ин-та, 1953.
12. Талызин Н. К. Тр. Омского мед. ин-та им. М. И. Калинина, 1956, 20.

Поступила 28 апреля 1959 г.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Доц. Н. Ф. Рыбкина

Из клиник госпитальной терапии (зав.—проф. В. Г. Вогралик) и акушерства и гинекологии (зав.—проф. Г. К. Черепакин) Горьковского медицинского института имени С. М. Кирова

Поскольку среди беременных встречаются больные сахарным диабетом, изучение особенностей течения этой болезни и, в свою очередь, — влияния диабета на течение беременности и родов — представляет практический интерес.

Углеводный обмен в период беременности отличается своей лабильностью. Г. Г. Гентер указывает, что почти у 10% беременных сахар на протяжении всей беременности временами выделяется с мочой.

По нашим данным, глюкозурия у беременных встречается редко. По родильному дому № 1 Горького из 47357 рожениц мы наблюдали глюкозурию лишь у двух, а по областной больнице им. Н. А. Семашко — у одной.

Причину глюкозурии одни авторы (Бло) видят в повышенной проницаемости почечного эпителия, другие (Гофбауэр) — в нарушении функции печени, а Г. А. Бакшт — в изменениях эндокринно-вегетативной системы. По мнению С. М. Лейтес, глюкозурия без гипергликемии, или так называемый почечный диабет, обуславливается нарушением ферментативных процессов в почках, лежащих в основе реабсорбции глюкозы.