

тактировать с причинно значимым аллергеном, самоизлечение от него наблюдается крайне редко. Однако в г.Кириши было установлено 10-кратное снижение болезненности бронхиальной астмой, как и в Ангарске. В г.Ангарске на 2-й день массовой вспышки легочного процесса был официально зафиксирован выброс продуктов микробиологического завода на 30% выше ПДК, но при этом отмечено значительное снижение заболеваемости на 2/3 раза.

Таким образом, кинжальный тип вспышки массового заболевания с отеком легких, рефлекторно-раздражающим и интоксикационным синдромами у лиц, ранее курящих и страдающих хроническими обструктивными заболеваниями легких, работающих в ПО «Нефтехиморгсинтез» или проживающих в его селитебной зоне, отсутствие эффекта на бронхолитические, глюкокортикоидные препараты и хороший эффект на гемосорбцию, отсутствие среди пораженных приступов удушья в отдаленные сроки наблюдения позволяют высказаться в пользу токсического отека легких, развившегося на залповые выбросы в атмосферу химических веществ удушающего действия. Поскольку четко прослежен продромальный период заболевания, выбросы токсических веществ имели свойства медленного растворения и в связи с этим вызвали поражение паренхимы легких.

Отсутствие пострадавших среди лиц, контактирующих годами с «аллергенными» продуктами микробиологической промышленности (рабочие, население), а в клинике обратимых приступов удушья, других эквивалентов аллергии, эозинофилии в шоковом органе, обратимого бронхообструктивного типа нарушения вентиляции и наличие вышеизложенных клинических проявлений свидетельствуют об отсутствии прямых и косвенных признаков клинической картины бронхиальной астмы и любого другого аллергического заболевания. Поэтому исключают аллергический механизм остро развившегося экологически обусловленного заболевания, наблюдаемого в ряде городов страны, в местах расположения ПО «Нефтехиморгсинтез» и крупнотоннажного производства БВК. Это в дальнейшем подтверждено углубленными эпидемиологическими и аллергическими исследованиями среди рабочих и населения г.Ангарска, что будет изложено в следующем сообщении.

Следовательно, на протяжении 20 лет существовавшая гипотеза об аллергической природе массовых экологически обусловленных острых вспышек заболеваний с острой дыхательной недостаточностью на продукты п/я БВК не находит подтверждения, так же, как и высказанное предположение о комбинированном воздействии белка паприна и токсических веществ. Одним из основных аргументов против этих двух гипотез есть один тип ответа организма на внешний поврежда-

ющий фактор. Повреждение, нанесенное значительным по силе воздействия внешним фактором, например, рубленым предметом, у всех пострадавших дает однотипный ответ организма — рубленая рана, т.к. здесь определяет характер патологического состояния внешний дозо зависимый повреждающий фактор. Что и наблюдалось во всех трех городах России — массовые вспышки острой дыхательной недостаточности («эффект топора»). Экологически обусловленное заболевание отмечено было в массовом масштабе и проявлялось у всех острой дыхательной недостаточностью. Это воспроизводится только токсическими удушающими ядами, что хорошо известно со второй мировой войны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов В.Б., Голубева Т.Н., Зуева Е.В., Митрофанов В.С. и др. Клинические и эпидемиологические особенности экологически обусловленной бронхиальной астмы. //Терапевт.архив. — 1991. Т.63, № 1. — С.62-65.
2. Артамонова В.Г., Веткин Ю.И., Кузнецов Н.Ф., Чередник А.Н., Мамонтов Ю.В. К клинко-иммунологической характеристике бронхиальной астмы, обусловленной воздействием продуктов микробиологического синтеза белка. //Медико-биологические и гигиенические проблемы производства белково-витаминных концентратов. — Л., 1980. — С.59-63.
3. Артамонова В.Г. //Болезни органов дыхания. Мат. III Конгресса. — С.П.-б., 1992.
4. Далин М.В., Афанасьев С.С., Богова А.В., Шляхецкий Н.С. Санитарно-гигиеническая и эпидемиологическая ситуация в г.Ангарске, связанная с групповыми заболеваниями бронхоаллергозами. //Медико-биологические аспекты охраны окружающей среды при производстве паприна. — М., 1989. — С.132-162.
5. Луценко М.Т., Целуйко С.С., Манаков Л.Г. и др. Механизмы влияния атмосферных загрязнений на течение заболеваний легких //Пульмонология. — 1992, № 1. — С.6-10.
6. Маняшин Ю.А., Соболев В.Г., Бодинкова Г.М. и др. О причинах повышения обращаемости населения г.Ангарска по поводу бронхоспастических состояний (иммуно-аллергические исследования). //Медико-биологические аспекты охраны окружающей среды при производстве паприна. — М., 1989. — С.39-59.
7. Прусаков В.М., Вержбицкая Э.А., Войтик С.В., Минченко В.А. и др. Выбросы БВК — основная причина вспышки бронхоспастического синдрома в г.Ангарске. //Состояние здоровья населения г.Иркутска техногенными загрязнениями окружающей среды. — Иркутск, 1991. — С.55.
8. Прусаков В.М., Минченко В.А. Гигиеническое обоснование характера комбинированного действия многокомпонентного загрязнения воздушного бассейна на здоровье населения г.Ангарска. //Последствия и прогноз взаимодействия человека с окружающей средой. — Иркутск, 1992. — С.36.
9. Федосеев Г.Б., Хлопотова Г.П. Бронхиальная астма. — Л.: Медицина, 1988.

LUNG DISEASES FLOW UNDER CONDITIONS OF POLLUTION BY MICROBIOLOGICAL AND OIL-PROCESSING INDUSTRIES

T. P. Sezykh, L. S. Ilina, S. S. Nikolaeva

Scientific analysis of 427 patients has shown that a mass outbreak of acute asthma among employees of

ВОПРОСЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.833.58:615.814.1

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРИТА СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА АКУПUNKТУРОЙ

Ли Цинхэ, Ван Жунбин, Т.Д.Зырянова

(Из совместного советско — китайского предприятия «Здоровье» — генеральный директор Ю.А.Птиченко)

Резюме. Неврит седалищного нерва является частым заболеванием в неврологии, встречается как первичной, так и вторичной природы. В литературе недостаточно описаны невриты при аномалии развития седалищного нерва при прохождении области грушевидной мышцы. Нами наблюдались 34 больных с этой патологией, которая требует тщательной дифференциальной диагностики от вторичных радикулитов при остеохондрозах и невритах, связанных с инфекционными поражениями и интоксикациями.

Лечение проводилось электроакупунктурой из точек хуань-тяо и ян-лин-цзюань. Курс лечения состоял из 10 сеансов, которые проводились ежедневно, с повторением курса через 7-8 дней до выздоровления.

Получены хорошие результаты лечения у 26 и удовлетворительные у 8 человек.

Неврит седалищного нерва — одно из частых неврологических заболеваний и является следствием инфекционного поражения

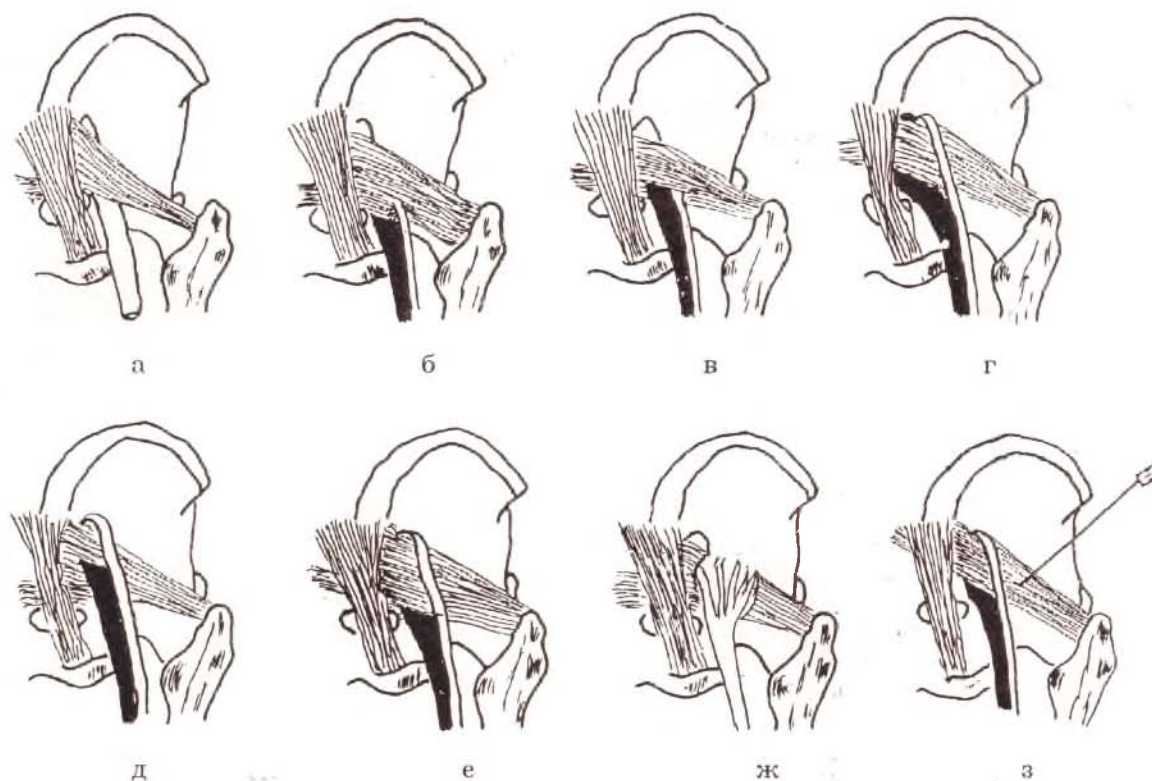


Рис. 1. Варианты аномалии развития седалищного нерва в области грушевидной мышцы (по Пань Минчжи)
а — нормальное положение седалищного нерва (встречается 61,6%)
б, в — часть нерва проходит через грушевидную мышцу (34,9%)
г, д, е — часть нерва перекидывается, а часть проходит через волокна грушевидной мышцы (3,5%)
ж — оперативное высвобождение седалищного нерва
з — акупунктура грушевидной мышцы

(грипп, малярия, туберкулез, бруцеллез, сепсис, сифилис и др.), интоксикации (алкоголь, свинец, мышьяк, окись углерода), травмы (механические, охлаждения). Наиболее часто ишиас проявляется как вторичное заболевание при остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника. По данным Я.Ю.Попелянского, остеохондрозом страдают 48% неврологических больных [6], а ряд авторов приводит более высокие цифры [9,11,12].

Из врожденных изменений позвоночника в развитии вторичных радикулитов и ишиаса имеют значения аномалии позвонков пояснично-крестцовой области: незаращение дужки, сакрализация V поясничного и люмболизация I крестцового позвонков, спондилолистез, спондилолиз позвонка [3,4,5]. Перечисленные факторы причин появления ишиаса довольно подробно описаны в литературе [4,7], но крайне недостаточно уделено внимания заболеванию седалищного нерва в связи с вариантами топографо-анатомического взаиморасположения грушевидной мышцы и нерва.

Клиническая картина плече-лопаточного болевого синдрома при остеохондрозе на уровне шейного отдела позвоночника складывается не только из компрессии корешка в межпозвонковом отверстии, но также из компрессии плечевого сплетения между первым ребром и передней лестничной мышцей. При остеохондрозе поясничного отдела позвоночника возможна компрессия не только корешка в области поражения диска, а сдавление седалищного нерва и ягодичной артерии между крестцово-остистой связкой и грушевидной мышцей [1].

Я.Ю.Попелянский [6] оценивает изменения в грушевидной мышце по механизму так называемого остеофиброза. В этих условиях расслабление мышцы путем ее новокаинизации ведет к рефлекторной декомпрессии сосудов и седалищного нерва. Т.И.Бобровникова [2] проследила группу больных с невритом седалищного нерва, новокаинизируя грушевидную мышцу, и получила хорошие не только ближайшие, но и отдаленные результаты лечения.

Придерживаясь высказанного мнения, мы дополняем ее топографо-анатомическими особенностями, которые представлены широкой вариабельностью прохождения седалищного нерва в области грушевидной мышцы.

Китайский ученый Пань Минчжи [7], прослеживая прохождение седалищного нерва в области грушевидной мышцы, отметил 5 вариантов аномалий у 722 трупов (рис.1-б, в, г, д, е). Он считает, что основной причиной ишиаса является указанная аномалия. Сокращение грушевидной мышцы ведет к постоянной травматизации нерва и появлению асептического воспаления в месте прохождения нерва через мышечные волокна или перекидываясь отдельной порцией через ее мас-

сив. Этим же ученым при аутопсии отмечены соединительно-тканые перемычки, грубые рубцы в мышце — месте прохождения нерва или подобные утолщенные борозды фасции грушевидной мышцы.

Методы и материалы

Нами наблюдалось 34 больных в возрасте от 25 до 52 лет с невритами седалищного нерва, этиологию которых мы расценивали как врожденные аномалии, описанные выше. Общее количество наблюдаемых больных с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника и вторичными корешковыми проявлениями спинного мозга составили группу в 836 человек.

Диагноз устанавливался на основании: анамнеза, локализации и характера боли, ограничения подвижности поясничного отдела позвоночника, напряжения длинных мышц спины, сколиоза поясничного отдела позвоночника, симптомов Лассега, Бехтерева, Вассермана, локализации болевых точек, расстройства кожной чувствительности, вегетативных изменений, рефлексов, атонии и атрофии мышц, данных рентгенографии, томографии.

Неврит седалищного нерва преимущественно сопровождался локализацией боли в ягодичной области по задней поверхности бедра, голени и стопы, которые отмечены у всех наблюдаемых нами больных. Ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника, напряжение длинных мышц спины встретились у 8 больных. Чаще наблюдалось искривление позвоночника выпуклостью в здоровую сторону. У всех больных был резко выражен симптом Лассега и отрицательны Бехтерева, Вассермана, наблюдалось расстройство кожной чувствительности в зоне иннервации седалищного нерва и локальная болезненность ягодичной, седалищной, подколенной, малоберцовой и подошвенной точек.

У 21 больного отсутствовал ахиллов рефлекс, у 26 — наблюдалась мышечная атония и у 18 — атрофия мышц конечности и ягодичы на стороне поражения седалищного нерва. У 11 больных отмечены слабо выраженные признаки остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника при его рентгенологическом исследовании. Четырём больным проведена томография. Всем больным проведено электрофизиологическое исследование, совпадающее по своим данным с клиническими проявлениями ишиаса.

До лечения в нашем учреждении больные распределились по проведенной терапии следующим образом.

Стационарное лечение — 16 человек, санаторно-курортное — 7, амбулаторно наблюдались все, проводя периодические курсы физиолечения, грязевой, медикаментозной терапии, блокады пояснично-крестцового отдела позвоночника. Из 34 больных, которым был выставлен диагноз остеохондроза, толь-

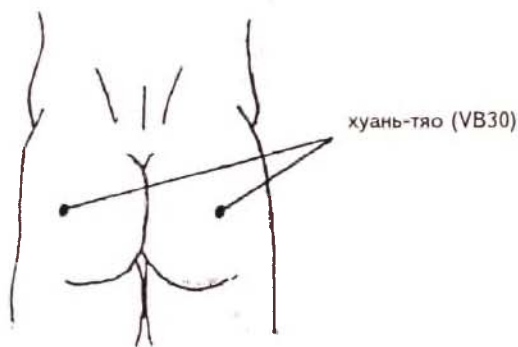


Рис.2. Расположение точки хуань-тяо (VB30)

ко двое имели диагноз ишиаса.

Нами проводилось лечение электроакупунктурой, воздействуя на гипертонус грушевидной мышцы, где формируются узлы (триггерные точки), которые являются источником боли и создают условия для травматизации седалищного нерва. В соответствии с этим находились рецепторы с помощью электронного аппарата модели WQ-10C2 (Пекин), патентованного во многих странах мира, и с помощью таблицы акупунктурных точек А.С. Meng [10].

Наиболее активной биологической точкой, воздействующей на грушевидную мышцу, явилась хуань-тяо (VB30), располагающаяся с обеих сторон в месте нахождения седалищного нерва (рис.2). Точка хуань-тяо относится к меридиану желчного пузыря [3].

Четырем больным мы проводили электроакупунктуру, воздействуя на вторую активную точку ян-лин-цюань (VB34), располагающуюся ниже верхнего края латерального мыщелка большеберцовой кости (рис.3). Воздействие электроакупунктуры у этих больных продиктовано выраженной заинтересованностью малоберцового нерва.

Курс лечения каждому больному состоял из 10 ежедневных сеансов, с повторением курса через 7-8 дней до полного выздоровления. Электроакупунктура проводилась с помощью аппарата модели WQ-10C2 (Пекин) силой тока 2-4 единицы по шкале аппарата с частотой 60-100 раз в минуту. Первая игла вводилась в тело грушевидной мышцы медиально от седалищного нерва (точка хуань-тяо), а вторая игла — в точку ян-лин-цюань (VB34). 28 больным проведен 1 курс лечения с последующим выздоровлением, причем болевой синдром у 4 больных был снят через три сеанса. Шесть больных получили по 2 курса электроакупунктуры.

Пример: Больной В., 42 лет (история болезни № 435), вальщик леса, на протяжении 14 лет страдал болями в поясничной области, ягодице и по задней поверхности левого бедра. Боли усиливались при увеличении нагрузки и особенно при длительной ходьбе.

Последние 2 года заметно увеличилась хромота, искривление поясничного отдела позвоночника, атрофия мышц бедра и голени. В последние месяцы плохо спал из-за болей в

конечности, которой на ночь придавал согнутое положение, подкладывая валик в подколенную область.

Неоднократно лечился в стационаре и амбулаторно с диагнозом «остеохондроз», «радикулит».

Больной среднего роста с хорошо развитой мышечной системой. Отмечается правосторонний сколиоз поясничного отдела позвоночника. Левая ягодичная область атрофична, мышечный тонус снижен. Левое бедро на 4 см меньше в окружности по сравнению с правым, левая голень — на 2 см. Резко выражен симптом Лассега слева и отрицательны Вассермана и Бехтерева.

Отмечалась выраженная болезненность в ягодичной области при надавливании на седалищную точку, а также подколенной малоберцовой и подошвенной. Отмечено отсутствие ахиллова рефлекса слева. Электрофизиологическое исследование нервной проводимости нижних конечностей выявило резкое снижение чувствительности. На рентгенограммах пояснично-крестцового отдела позвоночника — умеренно выраженные явления остеохондроза. Выставлен диагноз — неврит седалищного нерва. Мы расценили возникновение неврита как одну из аномалий его при прохождении в области грушевидной мышцы, в связи с чем был проведен курс электроакупунктуры грушевидной мышцы по описанной методике, преследуя ее релаксацию.

Через 4 сеанса у больного значительно уменьшился болевой синдром, исчез сколиоз. Через 10 сеансов остались незначительные боли только в ягодичной точке.

Через 30 дней проведен повторный курс. Отдаленный результат (2 года) — остается атрофия бедра — 2 см и снижение ахиллова рефлекса, болевой синдром отсутствует. По нашей рекомендации переведен на другую работу — в деревоотделочный цех.

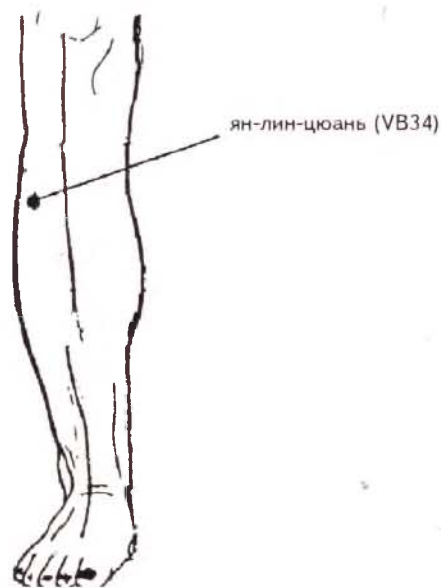


Рис.3. Расположение точки ян-лин-цюань (VB34)

Приведенное наблюдение наиболее типично как в плане течения заболевания, дифференциальной диагностики, так и лечения.

Оценивая результаты лечения 34 больных с невритом седалищного нерва, мы исходили из того, насколько снят болевой синдром и выраженность ранее описанных симптомов. Помимо этого мы придавали важное значение симптому грушевидной мышцы — симптому Пань Минчжи, выявляемому путем ротации конечности внутрь и наружу. В первом случае при растяжении грушевидной мышцы появляется резкая боль, а при ротации наружу уменьшается или исчезает.

Изучая отдаленные результаты, мы оценили у 26 больных — как хорошие, у 8 человек — как удовлетворительные. У последних сохранилась атрофия мышц, ослабленный ахиллов рефлекс и при усиленной нагрузке возобновление умеренных болей в ягодичной области. Показаний для оперативного лечения у наших больных не выявлено.

Таким образом, лечение неврита седалищного нерва электроакупunkturой может быть рекомендовано как один из методов лечения этой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов А.И., Бротман М.К. //Новый хирургический архив, —1960, № 2. — С.18.
2. Бобровникова Т.И. //Остеохондрозы позвоночника. — Новокузнецк, 1982. — С.187-193.
3. Гаваа Лувсан. //Рефлексотерапия, — М.: 1991. — С.76-82.
4. Митбрейт И.М. //Актуальные вопросы травматологии-ортопедии. — М., 1972. — С.72-75.
5. Осна А.И. //Ортоп. травмат. — 1962, № 5. — С.11-20.
6. Попелянский Я.Ю. //Остеохондрозы позвоночника. — Новокузнецк, 1962. — С.7-16.
7. Пань Минчжи. //Повреждения мягких тканей (на кит.яз.). — Пекин, 1991. — С.231-232.
8. Цивьян Я.Л. — М.: Медицина, 1970. — С.278-297.
9. Юмашев Г.Л. — М.: Медицина, 1973. — С.28-34.
10. Meng A.C //Die traditionelle chinesische passage. — Heidelberg, 1981. — 277 p.
11. Newmah P.H. //Clin. ortop. — 1976, 117. — P.106-111.
12. Zippel A., Runge H. //Z Ortop. — 1979, Bd 114. — P.189-191.

THE TREATMENT OF SCIATIC NERVE NEURITIS WITH ACUPUNCTURE

Li Qinghe, Wang Gongbin, T.B.Zirjanova

Neuritis of sciatic nerve is wide spread disease in neurology. They may be both primary and secondary. In literature neuritis in developmental anomaly of sciatic nerve when it passes field of musculus pediformis is described insufficiently. 34 patients with this pathology, which requires careful differential diagnosing from secondary radiculitis in osteochondroses and neuritis associated with infarct lesions and intoxication have been investigated.

The treatment was conducted with electropuncture from the points huan-tiao (VB30) and yang-li-quan (VB34). Course of treatment consists of 10 acupunctures daily with repeated course in 7-8 days up to recovery. Estimating the results of treatment we concluded that good results were in 26 patients and satisfactory — in 8.

ЛЕКЦИЯ

УДК 616.613-003.7

ПОЧЕЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

И.М.Быков

(Иркутский государственный медицинский университет — ректор акад. А.А.Майборода, курс урологии — зав. проф. И.М.Быков)

Почечнокаменная болезнь (нефролитиаз) известна медицинской науке с древнейших времен. Об этом свидетельствуют археологическая находка камней в почках мумии (Древний Египет, 3500-4000 гг. до н. эры) и описание происхождения и лечения мочекаменной болезни в трудах великих ученых древности (Гиппократ, 460-370 гг. до н.э.; Гален, 201-131 гг. до н.э.; Авиценна, 980-1037 гг. н.э.).

Однако до настоящего времени многие вопросы проблемы — этиология, патогенез, диагностика, лечение и профилактика нефролитиаза окончательно не разрешены и остаются актуальными.

Почечнокаменная болезнь — очень распространенное заболевание, поражает 2-3% населения, среди всех урологических заболеваний составляет 35-45% и занимает второе место. Почечнокаменная болезнь встречается одинаково часто у людей обоего пола в возрасте преимущественно 25-50 лет, реже у пожилых и детей.

Этиология почечнокаменной болезни чрезвычайно разнообразна, т.е. заболевание является полиэтиологичным. Основными причинами камнеобразования являются врожденные и приобретенные нарушения обмена веществ в организме и развившиеся на почве измененных окислительно-ферментативных