

# ДИСТОНИЯ С АЛГИЧЕСКИМИ ЯВЛЕНИЯМИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, ИЗЛЕЧЕННАЯ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДОЙ

Асс. А. М. Молчанова

Кафедра нервных болезней (зав.— проф. Л. И. Омороков) Казанского медицинского института на базе Республиканской клинической больницы  
(главврач — Ш. В. Бикчурин)

Торзионная дистония, наблюдавшаяся многими авторами, протекающая как хроническое, прогрессирующее заболевание, рассматривалась в патогенетическом отношении одними как поражение стриатум, другими — как более разлитое, захватывающее и кору, мост, мозжечок, гипоталамус и таламус.

Наше наблюдение интересно тем, что дистония протекала с алгическими явлениями, и весь процесс купирован новокаиновой блокадой.

З., поступил 5/XI 1938 г. В 1928 г., работая на фабрике, попал в трансмиссию, получил перелом левой плечевой кости и левого коленного сустава, 4 дня был без сознания, были наложены гипсовые повязки, в течение года произведены 3 операции на месте перелома в коленном суставе. Через полтора года после травмы у больного начались припадки: падал с потерей сознания, громко разговаривал, судорог не было, продолжительность припадка — 10—15 мин. После припадка не спал, но были головные боли.

Месяца полтора тому назад появились ноющие боли в левой руке в месте перелома, головные боли. За последние дни боли резко усилились, а за 4 дня до поступления начались подергивания во всем теле, болезненно отзываются в плече, при попытке идти внезапно подкашивались ноги. Боли в левой половине шеи несколько уменьшались, когда больной держал голову наклоненной к левому плечу. Жалобы на сильные боли в левом плече, стягивание мышц шеи, живота, что затрудняет стояние и ходьбу, трясение во всем теле, плохой сон.

Телосложение правильное, упитанность хорошая. Ходить не может из-за постоянных тонических судорог. Голова наклонена к левому плечу, левое плечо пригнато, левую руку держит согнутой в локтевом суставе и прижатой к туловищу; на коже левого плеча послеоперационный рубец и мозоль на месте перелома плечевой кости; рубец на левом коленном суставе и по наружной поверхности нижней трети бедра, анкилоз левого коленного сустава. Объем и сила движений в правых конечностях — в пределах нормы. В левой руке — в локтевом и луче-запястном суставах движения отсутствуют из-за болей, в пальцах возможны. Сила в левой руке не исследована из-за болей. Движения в левой ноге в тазо-бедренном и голеностопном суставах без ограничения, тонус мышц понижен. Резко напряжены шейные мышцы слева, спазм брюшных мышц с поднятием их кверху, аддукторов бедра, спинных мышц, особенно правых. Перемена положения их усиливает и делает более частыми. Во время стояния и передвижения усиливаются тонические спазмы головы и туловища. При ходьбе правую ногу не сгибает, голову наклоняет резко влево, тонус спинных мышц повышается, больше справа, благодаря чему туловище изгибается вправо, все эти спазмы затрудняют ходьбу. В горизонтальном положении тонический спазм менее выражен и тонические судороги несколько уменьшаются.

Черепнозатылочные нервы — в пределах нормы. Зрачки равны, мидриатичны, реакция на свет удовлетворительная. Гипестезия на левой половине лица. Гиперестезия на левом плече в области дельтовидной мышцы, ниже — легкая гипестезия. Легкая гипестезия по наружной поверхности левого бедра и голени. Мышечное чувство расстроено на левой руке и ноге, понижено и вибрационное чувство. Резкие боли в плече и шее слева при отведении головы, резкая болезненность при пальпации в области рубца с общей защитной реакцией. Подошвенные рефлексы слева вялые, брюшные: верхние отсутствуют справа и слева, средний и нижний — слева вялые. Патологических рефлексов нет. Трицепс-рефлекс, бицепс-рефлекс справа живые, слева из-за резких болей получить невозможно. Коленный — справа живой с общей реакцией, слева — отсутствует (анкилоз коленного сустава). Ахилловы — повышены справа и слева с общей реакцией. Клонусов нет. Тазовые органы — норма. Красный длительный дермографизм. Умеренное потоотделение. Тоны сердца глухие. Психика — без изменений. RW — отрицательная.

Рентгеновский снимок плечевой кости: в средней трети плечевой кости на месте бывшего перелома — разреженный участок с периостальной реакцией, остеоидные отложения; в нижней трети плеча — шиповидный экзостоз (проф. М. И. Гольдштейн).

В течение 10 дней стояние без изменений, несмотря на медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.

16/XI сделан циркулярно и послойно глубоко новокаиновый блок (0,25% 100 мл) на уровне дельтовидной мышцы. Во время обкалывания — резкие тонические судороги в туловище и мышцах шеи слева. По окончании — поглаживание и надавливание в области рубца менее болезненны, судороги прекратились, больной голову держит прямо, может сидеть и встать самостоятельно, чего раньше делать не мог.

17/XI судорог и болей нет. Прикосновение в области рубца еще болезненно, но тонической судороги не вызывает. Больной свободно встает и переходит в кресло. Гипестезия по наружной поверхности левого плеча, левого бедра и голени держится. Гиперестезии нет. Брюшные рефлексы живые справа и слева. Подошвенные — сгибательного типа. Сухожильные рефлексы — живые без общей реакции.

19/XI ходит с палочкой.

27/XI чувствительность в пределах нормы. Болезненности в области рубца нет. Больной ходит свободно без палочки.

29/XI больной выписан.

Поступила 16 февраля 1961 г.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

### **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Канд. мед. наук Д. К. Соколов*

Курганский областной отдел здравоохранения

Острый аппендицит вот уже в течение многих десятилетий привлекает к себе внимание исследователей в нашей стране и за рубежом. Это объясняется не только тем, что острый аппендицит был и остается наиболее часто встречающимся заболеванием, что диагностика его иногда бывает крайне трудна и т. д., но и тем, что многие вопросы, в том числе и уровень заболеваемости населения, остаются невыясненными.

Нами изучалась заболеваемость при остром аппендиците на территории Курганской области во всех ее стационарных учреждениях. Перепись населения дала точные данные о возрастном-половом составе населения на 15/I 1959 г., то есть на середину изученного нами периода (1958—1959 гг.).

Больные острым аппендицитом составляли 18,4% от всех лечившихся в эти годы в хирургических стационарах области. Среди же группы заболеваний, входящих в «острый живот», удельный вес острого аппендицита составил 86,7%.

На территории области острый аппендицит встречается в 31,3 случая на 10 000 населения.

Заболеваемость мужчин и женщин не одинакова. Уровень заболеваемости мужчин — 26,8, а женщин — 34,8 на 10 000 населения соответствующего пола.

Острый аппендицит не одинаково часто встречается в различных возрастном-половых группах. Уровень заболеваемости в детском возрасте у лиц обоего пола почти одинаков. В период полового созревания и в последующем возрасте заболеваемость женского населения значительно превышает уровень заболеваемости мужчин (соответственно 57,9 и 36,1). Наибольший уровень заболеваемости мужчин и женщин отмечается в возрасте от 20 до 40 лет.

Установлено увеличение заболеваемости населения острым аппендицитом со средним ежегодным приростом на 6,5—8,1%.

В последнее время возник вопрос, не обусловлен ли неуклонный рост больных острым аппендицитом тем, что хирурги оперируют без достаточных к тому показаний. В связи с этим был изучен уровень деструктивных форм острого аппендицита. Найдено, что за изученные годы не было значительных колебаний их (5,8—6,1 случая на 10 000 населения).