

Канд. мед. наук И. П. Кипервас (Семипалатинск). О вторичном ишиасе

Клинический симптомокомплекс, известный под названием «ишиас», выделен в XVIII в. Катуньо. Длительное время основное значение в происхождении его придавали инфекции. За последнее десятилетие в науке утвердилось мнение, что указанный синдром связан с остеохондрозом позвоночника. Но поражение самого седалищного нерва объяснить этой патологией нельзя.

Основываясь на некоторых анатомических и клинических данных, Я. Ю. Попелянский и Т. И. Бобровникова (1959) предположили, что седалищный нерв может сдавливаться грушевидной мышцей, патологически измененной в ответ на импульсы из пораженного позвоночника. В 1962—1969 гг. они обосновали реальность синдрома грушевидной мышцы при поясничном остеохондрозе. Клинические проявления его складываются из признаков поражения данной мышцы и седалищного нерва.

С патологическим изменением грушевидной мышцы связывают болезненность большого вертела, нижней части капсулы крестцово-подвздошного сочленения, точки выхода седалищного нерва. Имеет значение пальпация ограниченной плотности в области проекции грушевидной мышцы. Весьма патогномичным является симптом Боннэ. С поражением седалищного нерва связывают определенный характер болей и других признаков раздражения, вегетативные нарушения в ноге. Они уменьшаются под влиянием инфльтрации грушевидной мышцы новокаином.

Мы наблюдали 32 больных с различными формами синдрома ишиаса. Преобладали лица среднего возраста — от 30 до 50 лет. У 31 из них были клинические и рентгенологические признаки остеохондроза поясничного отдела позвоночника. У 20 человек определялся спазм грушевидной мышцы, у 10 его не было. У 2 больных были местные поражения седалищного нерва после травмы и неудачной лечебной инъекции.

Для основной группы наших больных (20), помимо признаков синдрома грушевидной мышцы, оказался характерным также «симптом стволового ишиаса» Бехтерева: при форсированном прижатии колена к постели у больного, лежащего на спине с разогнутыми ногами, возникает боль в подколенной ямке. Частой находкой является и феномен Гроссмана: при ударе молоточком по поясничным позвонкам или по средней линии крестца возникает сокращение ягодичных мышц.

Важной особенностью данной группы являлось преимущественное сосредоточение болей в области ягодицы, бедра и голени, артрозы тазобедренного и коленного суставов. В случае возникновения последних очень эффективно обкалывание новокаином соответствующих суставов.

Новокаинизация же грушевидной мышцы оказывала лишь кратковременный эффект без заметного изменения объективной симптоматики. Это объясняется, по-видимому, тем, что блокада не сочеталась с вытяжением на специальном столе. Другой вероятной причиной является и то, что к нам в стационар попадали лишь больные с далеко зашедшими процессами. При этом можно предположить дистрофические изменения грушевидной мышцы с переходом в фиброз, расстройство кровообращения в сосудах, питающих седалищный нерв, ишемизацию его. Гораздо больший эффект давали эпидуральные блокады по Катлену новокаином с гидрокортизоном в сочетании с вытяжением на шите, различными видами физио- и медикаментозной терапии. Последнее обстоятельство подчеркивает связь синдрома ишиаса с поражением поясничных корешков и вторичность этого синдрома.

Для больных рассматриваемой группы были характерны диффузные атрофии мышц ноги (особенно голени), слабость стопы, снижение ахиллова рефлекса и гипестезии по наружной поверхности голени и стопы. Поэтому иногда трудно отграничить и «развести» поражения корешка S₁ и седалищного нерва.

У больных второй группы (10) был поясничный остеохондроз без вовлечения в процесс грушевидной мышцы. Боли при этом локализовались преимущественно в пояснице и лишь иррадиировали в седалищную область. Симптомы Боннэ, Бехтерева, Гроссмана, грубые вегетативные расстройства наблюдались редко. Зато выявлялось напряжение поясничных мышц, болезненность в различных точках позвоночника и поясницы.

Итак, за «фасадом» ишиаса скрываются другие заболевания. Это могут быть не только корешковые синдромы поясничного остеохондроза, но и симптомокомплексы, развивающиеся при сдавлении седалищного нерва в подгрушевидном отверстии. Ввиду частого сочетания и схожести синдрома грушевидной мышцы с поражением корешка S₁ их отграничение весьма важно, особенно при возникновении показаний к хирургическому вмешательству.

УДК 616.71—007.61—616.71—007.152

Г. Х. Хузин (Ленингорск). Сочетание гигантизма с акромегалией

Сочетание гигантизма и акромегалии у одного и того же больного встречается редко. Приводим наше наблюдение.

В., 20 лет, находился на стационарном лечении с 12/XII 1968 г. по 1/I 1969 г. № с 5/II по 3/III 1970 г. Жалоб при поступлении не предъявлял.

Вес при рождении — 5 кг. С 10 лет В. заметил, что стал быстро расти, стали большими руки и ноги. В 15 лет за год вырос на 8 см и прибавил в весе около 9 кг, это было больше, чем во все годы до этого (в остальные годы прибавлял в росте по 5—6—7 см).

Рост больного 2 м, вес 104 кг. Окружность головы 61 см, груди — в покое 103 см, при вдохе 109 см, при выдохе 99 см. Межреберные промежутки и ребра широкие. Мышечная сила правой руки 78 кг, левой — 48 кг, становаая — 190 кг.

Удлинены и несколько расширены кисти и стопы, значительно развиты пяточные бугры и нижняя челюсть. Размах рук 207 см. Длина стопы 33 см. Размер обуви каждый год увеличивался на 1 номер, с 1967 г. больной носит обувь, сделанную на заказ — 50—52 размер.

На томограммах области турецкого седла в прямой проекции на срезах 7,5—8,5 см (от лица) обнаруживается некоторое разрежение костной ткани правой половины спинки турецкого седла. На срезах 8 и 8,5 см — почти полная деструкция правой половины спинки. На боковых томограммах (при положении больного на правом боку) на срезах 6,5—7,5 см отмечается увеличение сагитального и вертикального размеров турецкого седла, нечеткость контура дна турецкого седла. На срезах 6,5 см — раздвоение контура спинки и более четкий контур дна турецкого седла на срезах 7 см. На срезах 7,5 см контуры деталей седла сравнительно четко выражены.

Внутренние органы относительно не увеличены. Нарушения их функций не установлено. АД 140/70; пульс 84, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При рентгеноскопии органов грудной клетки и на ЭКГ изменений не выявлено.

Наружные половые органы развиты соответственно возрасту. Оволосение в подмышечных впадинах слабое. Растительность на лобке по мужскому типу.

Глазное дно без патологии. Небольшое сужение полей зрения снаружи у обоих глаз и с внутренней стороны правого глаза.

Признаков органического поражения центральной нервной системы не отмечено. Нарушений со стороны психики нет.

Кровь и моча без отклонений от нормы. Содержание в сыворотке крови билирубина, холестерина, калия, кальция, фосфора, хлоридов в пределах нормы. Реакция Вассермана отрицательная. Сахар крови натощак 64 мг%, сахарная кривая без особенностей.

Уровень нейтральных 17-кетостероидов в суточной моче — 18,6 мг/сутки.

Щитовидная железа увеличена — смешанный зоб 2-й степени, но симптомов нарушения ее функции нет.

В диспансере больной получил 2 курса рентгенотерапии: 3200 и 4000 р. За период наблюдения (1 год) рост увеличился на 5 см. Появившиеся легкие кратковременные головные боли и головокружения В. связывает с рентгенотерапией. Продолжает работать.

УДК 615—099

П. П. Евдокимов, Б. И. Койфман (Ульяновск). Смерть от лекарственной болезни

За последние 5 лет прозектурой Ульяновской областной больницы № 1 зарегистрировано 15 случаев смерти от лекарственной болезни. Среди умерших — 4 ребенка и 11 взрослых, из них мужчин — 2, остальные женщины в возрасте от 28 до 65 лет.

3 чел. отравались антибиотиками, 1 — пирамидоном, 1 — дикаином, 1 — сульфамидными препаратами, 2 — новокаином, 1 — анальгином, 7 — кортикостероидами в чистом виде или в сочетании с антибиотиками и другими препаратами, 1 — фтивазидом. Основные заболевания: в 1 случае — хронический тонзиллит, в 1 — рак гортани, в 1 — незаживающая язва прямой кишки, в 1 — полиартрит, в 1 — остаточные явления полиомиелита, в 1 — дизентерия, в 1 — диспепсия, в 1 — болезнь Банти, в 2 — пневмония, в 1 — туберкулез легких. У 5 лиц с кожными проявлениями лекарственной болезни основное заболевание осталось невыясненным.

Приводим описание наиболее ярких и характерных случаев смерти.

1. О., 47 лет, поступил 6/1 1965 г. в оториноларингологическое отделение по поводу запущенного рака гортани с метастазами в лимфоузлы шеи (III и IV степень). 21/1 во время операции (экстирпация гортани) после введения 200 мл 0,5% раствора новокаина (без адреналина) больной почувствовал резкую боль в пояснице, а при разрезе кожи области операционного поля — боль в сердце; появились тахикардия и аритмия. Вскоре наступила смерть. В анамнезе у больного полиартрит, непереносимость к некоторым лекарственным веществам, в частности к стрептомицину. При вскрытии трупа, кроме полнокровия органов, ничего не обнаружено (то же и при гистологическом исследовании).

2. А., 48 лет, находилась на лечении в гематологическом отделении, куда поступила 20/XII 1968 г. с диагнозом: ретикулез. За время лечения получила 1780 мг преднизолона, 4000 мл крови; принимала пенициллин, намицин, элениум, аскорбиновую кислоту, хлористый кальций, гемостимицин, аспирин, циклофосфен, ноксирон, валокордин, кордиамин, липокаин, глюкозу, гипокортизон, аминокровин, витамин В₁₂ и др., всего 33 препарата. На 45-й день после поступления была отмечена иктеричность