

растительного происхождения. Так, из 42 положительных тестов, поставленных у детей 1-й группы, в 34 случаях выявлялась аллергия к продуктам растительного происхождения (12 — к глюкозе, 8 — к цитрусовым, 10 — к меду, 3 — к яблоку, 1 — к моркови), 8 — к белковым продуктам (5 — к яйцу, 3 — к коровьему молоку); во 2-й группе из 36 положительных результатов с обоими иммунологическими тестами 32 были вызваны продуктами растительного происхождения (14 — глюкозой, 10 — медом, 6 — цитрусовыми, 1 — яблоком, 1 — морковью), 4 — белковыми продуктами (2 — яйцом, 2 — коровьим молоком); в 3-й — из 7 положительных тестов в 3 случаях выявлялась аллергия к продуктам растительного происхождения (1 — к меду, 1 — к глюкозе, 1 — к цитрусовым) и 4 — к белковым продуктам (3 — к яйцу, 1 — к молоку).

С указанными пищевыми аллергенами мы проводили кожные скарификационные пробы. Совпадение их результатов в РАД у детей 1-й группы наблюдалось в 51,5% случаев, во 2-й — в 59% и в 3-й — в 70%.

При изучении содержания общего иммуноглобулина Е в динамике оказалось, что в остром периоде вирусного гепатита А его уровень у детей 1-й группы превышал норму в 6 раз (у 17), во 2-й — в 2,4 раза (у 13), в 3-й — в 2,5 раза (у 15); в периоде реконвалесценции — соответственно в 5 (у 15), в 4 (у 17) и в 1,5 раза (у 5).

В целях уточнения лабораторно выявленной пищевой сенсibilизации у 10 детей 2-й группы при выпадении одного серологического теста мы провели дополнительные аллергологические тесты: параллельно с провокационной оральной пробой с данным пищевым аллергеном определяли пробу Кока, тромбопенический тест и лейкопеническую пробу Видаля—Вогана. Клинических проявлений орально-провокационных проб не обнаружено; проба Кока и тромбопенический тест оказались положительными у 5 детей, лейкопеническая проба Видаля—Вогана — у 6.

Клинические обострения пищевой аллергии среди детей 1-й группы свидетельствуют, на наш взгляд, о том, что вирусный гепатит А явился провокационным фактором. Это подтверждается и результатами аллергологических тестов у 10 детей 2-й группы, у которых в периоде реконвалесценции была выявлена доклиническая пищевая сенсibilизация по 4—5 параметрам.

Положительные реакции на пищевые аллергены, наблюдавшиеся нами у больных всех 3 групп, не имели существенных различий в остром периоде вирусного гепатита А и могли быть объяснены нарушением барьерной функции печени.

Нами установлено, что у больных 1 и 2-й групп число положительных проб по двум серологическим тестам оставалось стабильным как в остром периоде болезни, так и в периоде реконвалесценции, но в последнем случае качественная характеристика отличалась значительным преобладанием числа положительных реакций на продукты растительного происхождения. В отличие от них у детей 3-й группы был отмечен резкий спад числа положительных проб в периоде реконвалесценции (в 4,5 раза), что связано с восстановлением барьерной функции печени и согласуется с литературными данными [1, 2, 4].

Таким образом, мы полагаем, что вирусный гепатит А предрасполагает к клиническому обострению пищевой аллергии и развитию пищевой сенсibilизации, особенно к углеводам, у детей с наследственной предрасположенностью к аллергическим заболеваниям.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ногаллер А. М. Пищевая аллергия. М., Медицина, 1983.—2. Пыцкий В. И., Адрианов И. В., Артамасова А. В. Аллергические заболевания. М., Медицина, 1984.—3. Соколова Т. С., Лусс Л. В., Рошаль Н. И. Пищевая аллергия у детей. М., Медицина, 1977.—4. Старосельский Д. В., Гранипов В. М. Врач. дело, 1977, 1.

Поступила 8 апреля 1985 г.

УДК 616.831—001.3—02—092 «364»

## ОБ ОДНОЙ ИЗ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ МЕДИЦИНЫ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

*Г. М. Шерешевский*

Сорок лет прошло с тех пор, как советский народ отстоял в борьбе с фашистской Германией мир и жизнь на земле. Неоценимый вклад в Победу был внесен медицинскими работниками страны. В годы Великой Отечественной войны, как го-

ворил М. И. Калинин, медицинское обеспечение Красной Армии стояло в одном ряду с авиационным и артиллерийским. Творчески используя прошлый опыт, военные медики смело внедряли в практику диагностики и лечения раненых и больных последние достижения науки.

В числе успехов военной медицины в период Великой Отечественной войны одно из важных мест занимали разработка вопросов этиологии, патогенеза и клиники контузионных поражений и осуществление последовательной системы специализированной помощи контуженным непосредственно во фронтовых районах.

В Великой Отечественной войне число контуженных составляло в среднем 2,5—3,5% от общего числа санитарных потерь<sup>1</sup>. В отдельных же сражениях оно достигало 15% [12], на Северо-Кавказском фронте — 7% [4]. В первый период войны относительно определения «контуженные», трактовки этиологии и патогенеза этого вида поражения существовали различные точки зрения. Некоторые специалисты считали, что термин «контуженные» применим только к перенесшим закрытую травму мозга [6]. Значительное число специалистов в группу контуженных включали перенесших закрытую травму мозга, баротравму и тех, у кого имелись функциональные расстройства нервной деятельности психогенного характера [9]. Были специалисты, обозначавшие термином «контуженные» лишь лица с психогенной травмой [8]. В начале Великой Отечественной войны были случаи, когда контужеными на этапах эвакуации считались пострадавшие с неясным для врача характером повреждения (при экспресс-диагностике). Некоторые специалисты стремились выделить в отдельную нозологическую группу так называемых ЛОР-контуженных.

Множество научных статей о контуженных, написанных врачами, работавшими от ПМП до глубокого тыла, были опубликованы в годы Великой Отечественной войны в периодической медицинской печати. Занимались контужеными и специалисты поволжских городов: в г. Казани — проф. И. М. Русецкий [7], в г. Куйбышеве — проф. А. В. Ильин [3] и др.

В результате исследований был выработан правильный подход к контуженым и оценке их поражения, что подтверждалось успешным лечением всех контуженных в пределах фронтового района и возвращением их в строй. К контуженым следует относить только тех лиц, которые поражаются взрывной волной в боевой обстановке на войне. Возникновение в большинстве случаев характерной клинической картины у контуженных и главным образом особенности ее динамики связаны не только с причиной — действием взрывной воздушной волны, но и со стрессовым состоянием человека, возможным только в условиях боевых действий.

Патогенез болезненных проявлений, характерных для контуженных, обусловлен действием основных поражающих факторов взрывной воздушной волны: 1) непосредственным силовым действием ударной воздушной волны [1], 2) резким повышением, а затем понижением атмосферного давления, 3) действием звуковой части воздушной волны. Первый фактор вызывает коммоционно-контузионный синдром [10, 11], а также возможные поражения внутренних органов: легких, почек и органов брюшной полости; второй — баротравму с характерными для нее симптомами поражения среднего уха и сосудов; третий, звуковой, — акутотравму, то есть расстройство в речеслуховом аппарате.

Таким образом, контузионную болезнь можно рассматривать как симптомокомплекс. Все названные отдельные клинические явления у контуженных могут иметь различную выраженность, но расстройства, зависящие от поражения нервной системы, проявляются непременно при каждой, даже самой легкой, травме, вызванной действием воздушной волны.

Следует иметь в виду, что в головном мозге у контуженных могут возникнуть динамические соотношения процессов торможения и возбуждения, которые И. П. Павловым считались характерными для истерии [2]; создается как бы приобретенная предрасположенность к болезненным проявлениям функционального характера — истерии [5].

В заключение следует отметить, что новая диагностическая и лечебно-эвакуационная система обеспечения контуженных, разработанная и окрепшая в ходе Великой Отечественной войны, имеет непреходящее значение.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баронов В. А. В кн.: Закрытые травмы головного мозга. М., 1966.
2. Иванов-Смоленский А. Т. В кн.: Военная медицина в Великой Отечествен-

<sup>1</sup> В санитарные потери включалось число раненых, контуженных, обмороженных, обожженных, пораженных БОВ и больных.

ной войне. М., 1946, вып. 3.—3. Ильин А. В. Невропатол. и психиатр., 1942, 6.—4. Мешман Ф. Д. В кн.: Материалы фронтовой врачебной конференции СКФ. Действующая армия, 1943.—5. Осипов В. П. Клин. мед., 1943, 10—11.—6. Панченко Д. И. Избранные вопросы фронтовой невропатологии. Действующая армия, 1944.—7. Русецкий И. М. Клин. мед., 1943, 1—2.—8. Свядош Л. М. Военно-мед. журн., 1945, 12.—9. Сепп Е. К., Эмоциональные реакции у лиц, перенесших контузию взрывной волной. М., АМН, 1948.—10. Снежневский А. В. Военно-мед. журн., 1947, 2.—11. Спасокукоцкий С. И., Златоверов А. И. К патогенезу и лечению сотрясения мозга. М., 1937.—12. Шогам Д. Н. Военно-мед. журн., 1946, 12.

Поступила 10 января 1985 г.

УДК 617.559—002.27—08:616.74:613.73

## О ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОМ ВКЛЮЧЕНИИ МЫШЦ В ПРОЦЕСС МИОФИКСАЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СИНДРОМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

О. В. Добронецкая

*Кафедра нервных болезней (зав.— проф. Я. Ю. Попелянский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

При остеохондрозе позвоночника важную роль играют компенсаторные мышечные реакции, ведущие к фиксации пораженного позвоночно-двигательного сегмента (ПДС), к развитию анталгических поз, при которых уменьшается интенсивность болевой импульсации. Я. Ю. Попелянским выделены следующие виды миофиксаций по топическому принципу — локально-вертебральная, вертебральная и экстравертебральная. При локально-вертебральной миофиксации блокируется движение только одного ПДС, при вертебральной — нескольких ПДС отдела или отделов позвоночника, а при экстравертебральной — соседние отделы позвоночника и ближайшие суставы конечностей вплоть до тазобедренной разгибательной и сгибательной ригидности. Саногенирующие возможности фиксации могут быть компенсирующими, субкомпенсирующими и декомпенсирующими.

В ряде случаев для купирования мышечно-тонических реакций используют миорелаксирующие средства [1, 2]. Их применение, согласно нашим данным, не совсем рационально. При выключении сегментарных мышц пораженного ПДС нарушается мышечный корсет, выключается миофиксация других суставов, что в свою очередь удлиняет период обострения. Такое положение обусловлено отсутствием сведений о динамике развития компенсаторных мышечных реакций у больных с синдромами остеохондроза позвоночника. Вследствие этого врачи испытывают определенные трудности при выборе тактики в отношении тонического сокращения паравертебральных и сегментарных мышц.

Целью настоящего исследования являлось изучение последовательности развития мышечных компенсаторных реакций позвоночника у больных с различными синдромами остеохондроза позвоночника.

Нами было обследовано 30 больных (9 женщин и 21 мужчина, возраст—21—52 года) с дисфункциональными проявлениями поясничного остеохондроза на всех этапах обострения. У 6 из них был вертебральный синдром, у 14 — люмбоишиалгия, у 5 — корешковый синдром, у 4 — нарушение спинального кровообращения (у одного нарушение в системе артерии Адамкевича, у 3 — в дополнительной артерии Депрож—Гетерона) и у одной больной — компрессия конского хвоста. Всем больным проведено классическое, неврологическое, рентгенологическое (рентгенограммы обзорные и с функциональными пробами) и вертеброневрологическое (включая курвиметрию, пальпаметрию, тензоальгиметрию, мионометрию) обследования. Выраженность мышечно-тонических реакций оценивалась по трем степеням [3]. Больным с нарушениями спинального кровообращения выполнялась стимуляционная ЭМГ (Н-рефлекс).

У всех больных с вертебральным синдромом, люмбоишиалгией и корешковым синдромом в первые 2 дня заболевания развивалась распространенная миофиксация. В процессе вовлекались следующие мышцы: длинные разгибатели спины, квадратные мышцы поясницы, мышцы ягодицы (средние ягодичные, большие ягодичные), ишиокруральные, передние мышцы бедра и голени на стороне как пораженной, так