

фекция может проникать в межзачаточный мозг, минуя гематоэнцефалический барьер по периневральным пространствам веточек обонятельного нерва.

По нашим многочисленным наблюдениям, после тонзиллэктомии наступало выздоровление или кардинальное улучшение, что косвенно подтверждало влияние тонзиллярной инфекции на возникновение базофилизма. Многие пациенты (60 чел.) связывают начало своего заболевания с перенесенным гриппом или ОРЗ. Строго учесть частоту аденовирусной инфекции не представляется возможным ни у больных, ни у здоровых лиц контрольной группы. Тем не менее, можно считать, что роль аденовирусной инфекции в развитии базофилизма значительна.

Итак, пубертатно-юношеский базофилизм представляет собой распространенное заболевание подросткового возраста (37 больных на 1000 подростков). Это заболевание наблюдается у девочек почти в 11 раз чаще, чем у мальчиков. Пубертатно-юношеский базофилизм — полиэтиологическое заболевание. Обнаружена статистически достоверная зависимость возникновения базофилизма от вирусных инфекционных заболеваний, тонзиллярной инфекции, травм черепа.

УДК 616.127—005.8:616.71—002.27—08

### **М. Н. Пугачев (Казань). Лечение рефлекторных синдромов шейного остеохондроза у больных, перенесших инфаркт миокарда**

Среди больных, перенесших острый инфаркт миокарда, часто возникают жалобы, которые нельзя объяснить одной патологией сердца. Так, инфарктом миокарда болеют лица среднего возраста, у которых часто выявляются дегенеративные поражения шейного отдела позвоночника, осложняющие течение заболеваний сердца.

За время 1979—1981 гг. под нашим наблюдением в отделении реабилитации санатория «Васильевский» находились 860 больных, перенесших острый инфаркт миокарда с сопутствующим остеохондрозом. Многие из них жаловались на боли за грудиной, в области соска, сердца, шеи, лопатки, левого плечевого сустава и плеча. Как известно, жалобы такого рода встречаются у лиц после инфаркта миокарда и у больных шейным остеохондрозом. С целью выявления не только висцеральной патологии, но и нейроортопедических нарушений всем больным было проведено спондилографическое обследование шейного отдела позвоночника. Особое внимание при этом уделяли оценке состояния мышц шеи и плечевого пояса, а также позвоночной артерии. Изменения передней лестничной мышцы и точки позвоночной артерии определяли визуально и пальпаторно с учетом плотности, величины, болезненности, наличия припухлости Ковтуновича. Нарушения со стороны симпатического сплетения позвоночной артерии устанавливали по анамнезу, а также по болезненности в точке позвоночной артерии, по иррадиации болей при вызывании феномена вибрационной отдачи.

По данным рентгенологического и клинического обследований, шейный остеохондроз был диагностирован у 278 (32,3%) из 860 больных, из них под нашим наблюдением находилось 73 пациента. В возрасте до 39 лет было 4 человека, 40—49—27, 50—59—38, 60—65 лет—4. Во всех возрастных группах преобладали мужчины (59), особенно 50—59 лет (24), чаще умственного труда (41).

Независимо от срока дифференцированного и комплексного лечения после установления диагноза больным с клинически выраженными цервикалгиями и пекталгиями проводили блокаду 2% раствором новокаина по стандартной методике в зоне точки позвоночной артерии, передней лестничной мышцы и звездчатого узла в количестве до 2 мл в каждую область одновременно с одной стороны. О достаточном орошении новокаином звездчатого узла судили по развитию синдрома Горнера. Перед процедурой учитывали переносимость новокаина. Блокады выполняли через день при односторонних вертебро-неврологических проявлениях и ежедневно при двусторонних, чередуя стороны (курс—3—10 инъекций). Одновременно лечили основное заболевание.

Под влиянием новокаиновых блокад у всех 73 пациентов исчезла боль при движении рукой и головой, менее ощутимыми становились напряжение и болезненность мышц шейно-воротниковой зоны. В результате ослабления болей улучшалось течение реабилитационного периода, повышалась и ускорялась толерантность к физической нагрузке, у больных нарастала уверенность в выздоровлении и возможности приступить к труду. Осложнений от блокад мы не наблюдали. По отчетным данным, к работе после выписки приступили 80% больных.

Таким образом, в специализированном отделении санатория для постинфарктных больных целесообразно проводить нейроортопедическое обследование. При наличии клинически значимого шейного остеохондроза, способствующего кардиалгическим проявлениям, показаны новокаиновые блокады передней лестничной мышцы, позвоночной артерии и звездчатого узла.