

А.К.Письменный, И.М.Федорин, Е.В.Мурышкин

ПНЕВМОТОРАКС ПРИ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Самарский областной противотуберкулезный диспансер

Причины пневмоторакса многочисленны. По частоте с травматическим пневмотораксом конкурирует спонтанный, сопровождающий большую часть заболеваний легких и плевры. Ведущую роль в развитии спонтанного пневмоторакса играют буллезная эмфизема легких, острые и хронические воспалительные процессы в органах дыхания, пневмосклероз. Среди редких причин отмечена бронхиальная астма, приводятся единичные клинические наблюдения [4]. Иглоорефлексотерапия — широко известный метод лечения бронхиальной астмы, однако в специальной литературе имеются лишь единичные работы по анализу осложнений иглоукалывания [2]. Возможность пневмоторакса описана при чрезмерной глубине прокола в точке, расположенной на передней поверхности грудной клетки во втором межреберье [1]. В доступной литературе нами обнаружено лишь одно описание такого осложнения [3]. В связи с этим и мы решили поделиться собственным опытом.

При анализе историй болезни 649 больных пневмотораксом за последние 9 лет бронхиальная астма как фоновое заболевание выявлена у 45 (6,9%) человек, из них у 30 (67%) пациентов пневмоторакс спонтанно развился в состоянии покоя, у 8 (18%) — во время кашля или приступа бронхоспазма, у 2 (4%) — вследствие травмы при неудачной катетеризации подключичной вены. У 5 (11%) пациентов пневмоторакс возник в результате сеанса иглоорефлексотерапии. Приводим описание последних случаев.

Больной К., 55 лет, поступил в стационар 20.02.92 с выраженной дыхательной недостаточностью. Страдает бронхиальной астмой 12 лет. Находился в санатории, когда развился астматический статус. Для купирования статуса помимо медикаментозного лечения применено иглоукалывание. Во время сеанса при введении иглы в области спины ощутил резкую боль в грудной клетке справа. На рентгенограмме обнаружен тотальный правосторонний пневмоторакс, по поводу чего направлен в наш стационар. Выполнено дренирование плевральной полости, легкое расправилось на 5-е сутки.

Больной Б., 53 лет, поступил 29.04.93 с умеренно выраженными признаками дыхательной недостаточности. Бронхиальной астмой болеет с детства. По поводу данного заболевания находился на стационарном лечении. В плановом порядке проводилась акупунктура. Сразу после очередного сеанса возникли боль и чувство тяжести в грудной клетке справа. Рентгенологически выявлен ограниченный

пневмоторакс справа. Доставлен в наш стационар. Легкое расправлено с помощью плевральных пункций в течение 17 дней.

Больной Х., 33 лет, поступил 02.12.93. В течение 4 лет состоял на учете с диагнозом бронхиальной астмы, инфекционно-аллергической формы. Амбулаторно проходил курс иглоорефлексотерапии. Во время проведения очередного иглоукалывания развился тотальный напряженный пневмоторакс слева. Доставлен с выраженной дыхательной недостаточностью. Выполнено дренирование левой плевральной полости. Легкое полностью расправлено в 1-е сутки.

Больная Б., 32 лет, страдает астмой 7 лет, доставлена 18.12.94 с тяжелой дыхательной недостаточностью из городской больницы, где находилась на лечении с диагнозом: эндогенная бронхиальная астма, средней тяжести, гормонозависимая. В комплексе лечебных мероприятий использовалась акупунктура. После одного из сеансов отметила некоторое ухудшение самочувствия. Постепенно нарастала одышка. Через 6 дней выполнена рентгенография грудной клетки. Диагностирован тотальный пневмоторакс слева. После перевода в легочно-хирургическое отделение больной выполнено дренирование левой плевральной полости. Легкое полностью расправилось в 1-е сутки.

Больная Н., 47 лет, поступила 22.04.96 с тотальным пневмотораксом слева. Патология выявлена на 4-й день после сеанса иглоукалывания по поводу бронхиальной астмы. Выполнено дренирование плевральной полости. Легкое расправилось через 4 дня.

Возникает вопрос о патогенезе пневмоторакса. Наиболее вероятными механизмами являются 3: прямая травма, внезапное повышение внутрибронхиального давления, рефлекторный компонент. Методика выполнения акупунктуры и минимальный диаметр игл позволяют усомниться в прямом повреждении висцеральной плевры во всех приведенных случаях. Это косвенно подтверждается анамнезом больных, не страдавших легочными заболеваниями: у одного пациента тотальный коллапс легкого развился после спинальной пункции, еще у одного — после подкожной инъекции вакцины в подлопаточную область. Повышение внутригрудного давления из-за напряжения дыхательных мышц отмечается не только при уколе иглой, но и при любом приступе кашля и бронхоспазма, однако спонтанный пневмоторакс у других больных астмой при таких обстоятельствах выявлен реже всего.

Таким образом, не обнаружено прямой зависимости развития пневмоторакса при иглоорефлексотера-

пии бронхиальной астмы от механических факторов. Это может свидетельствовать о существовании патологического рефлекса. Гипотетический характер последнего утверждения является поводом для дальнейшего исследования этого вопроса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иглокальвание/Под общ. ред. Хоанг Бао Тяу, Ла Куанг Ниеп; Пер. с вьет. М.: Медицина; 1988.
2. Муллер В.П. Об осложнениях рефлексотерапии при лечении больных бронхиальной астмой. В кн.: Новые методы диагно-

стики и реабилитации больных неспецифическими заболеваниями легких: Тезисы к респ. конф. М.; Барнаул; 1985; Т.2: 128–129.

3. Уша Л.А. Случай развития спонтанного пневмоторакса у больного во время сеанса иглокальвания. В кн.: Строев Ю.И. (ред.) Патология внутренних органов при нейрогормональных и обменных нарушениях: Сборник науч. трудов. Л.; 1988. 136–138.
4. Чухриенко Д.П., Даниленко М.В., Бондаренко В.А., Белый И.С. Спонтанный (патологический) пневмоторакс. М.: Медицина; 1973.

Поступила 11.07.2000

Юбилейные даты

"ЗОЛОТОЙ ГИППОКРАТ" — РОССИЙСКОМУ УЧЕНОМУ



12 мая 2002 года в г. Хайфа (Израиль) состоялась торжественная церемония присуждения международной премии по терапии — "Золотой Гиппократ". Премия, учрежденная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), поддержанная Нобелевским комитетом, а также инициативной группой Ассоциации врачей-терапевтов Израиля, была вручена известному российскому ученому Александру Григорьевичу Чучалину — академику РАМН, профессору, заслуженному деятелю науки РФ, директору Института

пульмонологии МЗ РФ и заведующему кафедрой внутренних болезней РГМУ.

Этим актом международная медицинская общественность достойно оценила многолетний организационный, научный и клинический вклад академика Александра Григорьевича Чучалина в российскую и мировую медицину. Он основоположник современной российской пульмонологии. С его именем связано признание пульмонологии самостоятельным медицинским направлением в России, появление среди прочих равных врачебных специальностей специальности врача-пульмонолога. Это позволило открыть в поликлиниках первые пульмонологические кабинеты и пульмонологические отделения в стационарах. В настоящее время эта служба общепризнана и является неотъемлемой частью отечественной медицины.

В последние десятилетия отечественная пульмонология ярко освещена общественным и организационным талантом Александра Григорьевича. Им создано (1986 г.) научное общество пульмонологов России, руководителем которого он является. Им основан (1991 г.) и регулярно издается фундаментальный научно-практический журнал "Пульмонология", хорошо известный как в России, так и за рубежом. Александр Григорьевич является инициатором создания (1991 г.) Института пульмонологии МЗ РФ, открытия его филиалов в различных регионах страны, он возглавляет фонд "Здоровье населения России".

Начиная с 1990 года под руководством А.Г.Чучалина ежегодно проводится Национальный конгресс по болезням органов дыхания, неизменно вызывающий большой интерес среди российских и зарубежных специалистов в области пульмонологии.

Академик А.Г.Чучалин — организатор, научный руководитель и бессменный президент ежегодного