

Кафедра нервных болезней (зав.— проф. Л. И. Омороков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе Республиканской больницы (главврач — К. Л. Свечников)

Сирингомиелия поражает людей по преимуществу в возрасте от 20 до 50 лет. Глубокие трофические нарушения костей, суставов, мышц и кожи часто приводят больных сирингомиелией к хирургу, в то время как первичным является поражение спинного мозга. Наиболее частыми хирургическими осложнениями сирингомиелии являются ожоги, связанные с потерей или снижением температурной чувствительности, кифосколиотические деформации позвоночника в шейном и грудном отделах с образованием реберного горба, артропатические деформации суставов с произвольными вывихами, массивными выпотами, своеобразные деформации кисти с увеличением ее размеров (хейромегалия), отеками мягких тканей, длительно незаживающими безболезненными панарициями, иногда отпадением целых фаланг (мутиляции).

Типичная неврологическая картина в развитых случаях сирингомиелии проявляется вялыми парезами плечевого пояса и рук с атрофиями и контрактурами, спастическими парезами ног, диссоциированной температурно-болевой гипестезией в зонах Зельдера и шейно-грудных дерматомах, а также полным или частичным синдромом Горнера.

Столь тяжелые изменения главным образом верхних конечностей и плечевого пояса существенно снижают трудоспособность людей физического труда.

Характерные для сирингомиелии патоморфологические изменения обнаруживаются в шейно-грудном отделе спинного мозга в виде разрастания глиозной ткани и образования полостей, содержащих жидкость.

Несмотря на столетнюю давность вопроса о патогенезе сирингомиелии, он до конца еще не выяснен. Придавалось значение наследственным факторам и травме в качестве толчка для болезненного роста, особенно мелким профессиональным травмам, связанным с тяжелой физической работой. Чрезвычайный интерес представляют данные Гентри, Паркхорста и Бюлин¹, обнаруживших, что в районах с повышенной радиоактивностью почвы чаще наблюдаются аномалии развития нервной системы.

Сирингомиелия встречается повсеместно, но не одинаково часто.

В пределах территории Советского Союза имеют место значительные колебания удельного веса сирингомиелии в структуре неврологической заболеваемости по материалам неврологических отделений. Так, в Иркутской клинике нервных болезней больные сирингомиелией, по статистике за 7 лет, составили 2,5% к общему числу больных и 3,5% к числу больных органическими заболеваниями центральной нервной системы (Э. А. Монжеевский, 1953), в то время как для клиники нервных болезней Казанского медицинского института аналогичные показатели составили соответственно: 7,3% и 9,3% (Л. И. Омороков и В. М. Сироткин, 1963)². Практически по статистике за четверть века с 1936 по 1961 гг. каждый десятый больной с органическим заболеванием центральной нервной системы в нашей клинике страдал сирингомиелией, в то время как больных рассеянным склерозом было значительно меньше. Гендровский (1962) приводит данные о том, что в США рассеянный склероз встречается в 8 раз чаще сирингомиелии.

Таким образом, сирингомиелия, несомненно, является болезнью с выраженной неравномерностью распространения, однако в доступной нам литературе мы не нашли работ, специально посвященных нозогеографии сирингомиелии. Большой удельный вес сирингомиелии в структуре неврологической заболеваемости сельского населения ТАССР требует изучения вопросов территориального ее распространения, которое должно начинаться с нозогеографического картирования.

В настоящей работе были использованы архивные материалы нашей клиники. Было просмотрено 11 800 историй болезни за период с 1937 по 1941 гг. и с 1945 по 1962 гг. Среди них было отобрано 860 историй болезни с диагнозом сирингомиелия, что составило 7,3% к общему числу. Из них 120 историй относились к больным, проживавшим в городе Казани или за пределами ТАССР, и 250 историй отражали повторное пребывание больного в клинике. Для 415 больных, постоянно проживавших в сельских районах ТАССР, были установлены места жительства и нанесены на карту.

Больные сирингомиелией распределились по карте неравномерно: их больше к северу от Камы и к западу от Волги; имеются районы, в которых не было ни одного заболевания (бывшие Ново-Шешминский и Бавлинский).

¹ Amer J. Publ. Health., 1959, 49, 4—16.

² В кн. «Некоторые вопросы невропатологии и психиатрии». Казанск. мед. ин-т. Казань, 1963 г.

Очевидно, для суждений о заболеваемости эти данные должны быть отнесены к численности населения. Поэтому для 48 районов (в административном делении 1959 г.) были вычислены интенсивные показатели на 100 000 населения. Полученные данные были картированы в масштабе. Обнаружились значительные колебания интенсивного показателя для различных районов: от нуля (Бавлинский, Ново-Шешминский) до 40—45 (Тукаевский, Высокогорский).

Сопоставив полученные данные с ландшафтно-географическим районированием, мы вычислили средние интенсивного показателя для каждой из трех основных ландшафтно-географических зон ТАССР:

1) Правобережье Волги или Предволжье, с относительно мягким климатом, преимущественно черноземными почвами, небольшими массивами лиственных лесов;

2) Левобережье Волги к северу от Камы — Предкамье, с преобладанием подзолистых почв, входящие в южную подзону северной тайги;

3) Левобережье Волги к югу от Камы — Закамье, представляющее лесостепь со сравнительно засушливым климатом и преобладанием черноземных почв; долиной реки Шешмы Закамье разделяется на низкое Западное Закамье и более высокое Восточное Закамье.

Наивысший средний показатель был вычислен для районов Предкамья $27,09 \pm 2,58$, несколько меньший для районов Предволжья — $20,77 \pm 3,12$. Значительно меньшие средние показатели получены для районов Закамья: Восточное Закамье — $16,36 \pm 1,48$ и наименьший — для Западного Закамья — $12,46 \pm 3,21$. Статистическая обработка методом «теста t » показала, что достоверность различий средних для Предкамья и Западного Закамья и соответственно для остальных частей ТАССР — $p < 0,001$.

Для выяснения значения метео-климатических факторов было проведено сравнение средних для зон, лежащих к северу от июльской изотермы $+19^\circ$ и к югу от июльской изотермы $+19,5^\circ$ (линии изотермы взяты по физической карте ТАССР, издания 1962 г.). Для первой зоны средний показатель выразился $30,26 \pm 3,39$, для второй — $14,49 \pm 2,69$; следовательно, для более холодной зоны средний показатель выше с достоверностью — $p < 0,002$. Разница средних интенсивного показателя для зоны с годовым количеством осадков 400—600 мм в год ($21,57 \pm 2,08$) и для зоны с годовым количеством осадков 350—400 мм в год ($17,69 \pm 2,26$) оказалась недостоверной ($p > 0,5$).

В зонах с различной почвенной характеристикой (была использована карта, разработанная Е. Н. Рудневой по материалам Почвенного института им. В. В. Докучаева) вычислялись и сравнивались средние интенсивного показателя. Наибольшим оказался показатель для зоны с дерново-подзолистыми и серыми лесными почвами ($23,86 \pm 1,89$), наименьшим для зоны с черноземными почвами ($13,53 \pm 2,091$); достоверность различий между этими средними высокая ($p < 0,001$).

В связи с наблюдавшимися на территории ТАССР случаями клещевого энцефалита, проявлявшимися в поздних фазах синдрома синдрома (Ф. И. Волтер, 1960), поднимался вопрос о значении клещевого энцефалита в генезе высокой заболеваемости синдрома. Поэтому было произведено сравнение средних величин интенсивного показателя для ареала, который, по данным паразитологического отдела Областной санитарно-эпидемиологической станции (С. В. Чуева), включает природные очаги клещевого энцефалита со средним его показателем для остальных районов, где клещевой энцефалит не регистрировался. В первом случае эта величина составила $17,89 \pm 2,23$, во втором — $21,84 \pm 2,18$, причем разница между ними оказалась мало достоверной ($p > 0,1$).

Очевидно, что материалы больничной статистики, в отличие от результатов по головным осмотрам, отражают не только заболеваемость, но и обращаемость, и в этой связи могут зависеть также и от других, неприродных факторов. Мы сравнили средние величины интенсивного показателя группы районов, отличающихся лучшей транспортной связью с Казанью (районы с прямыми жел. дорожным сообщением с Казанью или непосредственно примыкающие к ней), и остальной группы районов, не имеющих такой связи. В первом случае значение средней $28,32 \pm 2,68$, во втором $17,77 \pm 3,16$; разница между ними достаточно достоверна ($p < 0,002$).