

образная дислокация двух-трех шейных позвонков, перелом шейных позвонков в родах.

Нами разработаны методы терапии применительно к каждой локализации натального спинального поражения. Оказалось, что электрофорез спазмолитиков (а в последующем — прозерина и лидазы) на область поражения в сочетании с программированной электростимуляцией паретичных мышц, грязевые аппликации на уровень очага, назначение спазмолитиков парентерально весьма эффективны и могут быть рекомендованы для широкого практического применения.

Несомненно главное — число больных с родовыми повреждениями спинного мозга достаточно велико, своевременная диагностика в этих случаях вполне возможна, а целенаправленная терапия может привести к значительному улучшению.

Поступила 28 февраля 1978 г.

УДК 616.831—005—053.2:616.151.5

СВЕРТЫВАЕМОСТЬ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

М. И. Меер

Кафедра нервных болезней детского возраста (зав. — проф. А. Ю. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Методом тромбозластографии исследована система гемокоагуляции у 59 детей с хронической церебральной сосудистой недостаточностью в вертебробазилярном сосудистом бассейне, причиной которой являлась натальная травма шейного отдела позвоночника и позвоночных артерий. Полученные данные свидетельствуют о гиперкоагуляции у обследованных детей.

Ключевые слова: церебральная сосудистая недостаточность у детей, тромбозластография.

1 таблица.

Нами в неврологической клинике обследованы с использованием клинических, электрофизиологических, рентгенологических методов 59 детей (возраст — от 9 до 14 лет), страдающих хронической церебральной сосудистой недостаточностью. Причиной этой патологии являлась неполноценность вертебробазилярного сосудистого бассейна как следствие натальной травмы шейного отдела позвоночника и позвоночных артерий. У 13 пациентов выявлен ранний шейный остеохондроз, обуславливающий нарушение кровоснабжения в том же бассейне.

Для исследования системы гемокоагуляции мы пользовались методом тромбозластографии (ТЭГ). За норму приняты константы тромбозластограммы цельной крови 20 практически здоровых детей.

Обследованные нами дети были условно разделены на 3 группы в соответствии с тяжестью состояния и выраженностью сосудистых кризов.

1-ю группу составили 16 больных, у которых на фоне хронической церебральной сосудистой недостаточности развивались пароксизмы динамических нарушений мозгового кровообращения. Для этой группы больных были характерны приступы сильных головных болей с тошнотой, рвотой, на фоне которых отмечались гемипарезы, гемипарезы, афатические нарушения речи. Очаговая симптоматика держалась от 10—15 минут до нескольких часов, а иногда и суток. Частота тяжелых кризов с очаговыми симптомами выпадения была в среднем до 1 раза в неделю, но между приступами сильных головных болей отмечались почти ежедневные умеренные головные боли без проявления очаговой симптоматики.

2-я группа включала 30 больных, у которых на фоне той же, но менее выраженной хронической церебральной сосудистой недостаточности возникали сосудистые кризы, не сопровождавшиеся очаговыми неврологическими симптомами. На высоте криза у этих больных появлялись умеренные или более интенсивные головные боли, сопровождавшиеся тошнотой, рвотой, головокружением, общей слабостью. У большинства детей головные боли возникали ежедневно.

К 3-й группе мы отнесли 13 больных с необычно ранним шейным остеохондрозом и типичной для этого страдания хронической вертебробазилярной сосудистой недостаточностью. У них сосудистые кризы протекали с головной болью, усиливающейся при поворотах головы, с головокружением, тошнотой, реже рвотой. Кроме того, наблюдался характерный вертеброгенный синдром (боль в области остистых отростков шейных позвонков, ограничение и боль при поворотах головы в стороны, «хруст» в шее при движениях головой). Рентгенологические данные подтверждали наличие шейного остеохондроза. Электромиографически чаще, чем у детей других групп, выявлялась заинтересованность спинальных мотонейронов сегментов C₅—C₈ (у 8 из 13 обследованных).

Общим для всех групп было наличие симптомов поражения на уровне шейного отдела позвоночника и спинного мозга (гипотрофии мышц плечевого пояса, гипотония в мышцах рук, напряжение шейно-затылочных мышц, асимметрия стояния плечевого пояса и др.).

Характер изменения свертываемости крови во всех группах больных принципиально сходен (см. табл.). Результаты исследования свидетельствуют о четкой ги-

Показатели тромбозластограммы

Параметры ТЭГ.	Группы детей			
	здоровые	больные 1-й группы	больные 2-й группы	больные 3-й группы
R	10,79±0,31	10,48±0,61	8,51±0,54	10,55±0,46
K	5,31±0,34	5,04±0,38	5,54±0,34	7,03±0,44
R+K	16,10±0,54	15,51±0,91	14,51±0,54	17,58±0,68
t	16,80±1,38	32,79±5,96	36,26±4,64	29,82±8,23
S	22,11±1,41	37,82±5,99	41,80±4,58	36,85±8,13
T	32,90±1,54	48,30±5,93	47,79±4,66	47,40±8,02
Ma	45,80±1,51	68,07±6,75	66,76±4,32	55,25±7,98
<α	3,90±0,19	5,07±0,67	5,00±0,26	3,92±0,30
R/K	2,09±0,12	2,14±0,11	1,75±0,11	1,56±0,13
Ma/S	2,12±0,14	2,12±0,21	1,95±0,13	1,80±0,16
Si	2,88±0,16	4,80±0,69	4,84±0,37	3,23±0,52
E	85,55±4,76	776,78±352,59	617,88±158,46	320,82±115,51
F	10,91±0,53	14,22±1,92	14,00±0,73	10,97±0,84

перкоагуляционной наклонности у больных, что сочетается с удлинением специфической константы свертывания, времени образования сгустка, тотального времени свертывания крови. Существует корреляция клинических данных и показателей гемокоагуляции: чем грубее нарушения мозгового кровообращения, тем выраженнее изменения гемокоагуляции.

Поступила 10 января 1978 г.

УДК 616.988.23:617.582—001.6

К ВОПРОСУ О ПАРАЛИТИЧЕСКИХ ВЫВИХАХ БЕДРА У ДЕТЕЙ

Г. П. Ларина

Кафедра нервных болезней детского возраста (зав.— проф. А. Ю. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. При обследовании детей, находящихся на учете по поводу вывихов бедра, у части из них была обнаружена натально обусловленная неврологическая патология — либо нижний вялый парализ, либо мнотонический синдром с грубой типотонией в ногах. Автор приходит к выводу, что вывихи у детей со столь грубой