

позывов к мочеиспусканию. Затем присоединилось онемение конечностей, тонические судороги в руках («рука акушера»), затрудненные разжимания пальцев, не уменьшающиеся при повторных движениях. Са крови 10,2 мг%. Через 10—15 мин. с улучшением состояния миотонические реакции исчезали.

При сопоставлении электромиограмм, записанных у больных с миотоническим синдромом при поражении гипоталамической области и у больной с дистрофической миотонией, констатированы выраженные количественные различия в электромиограммах. У больной с дистрофической миотонией определяется постоянное тоническое напряжение мышц, полное расслабление мышц невозможно; выражена миотоническая задержка. У больной с миотоническим синдромом электромиограмма близка к норме, отмечаются лишь количественные изменения в форме снижения амплитуды потенциала и легкая миотоническая задержка, проявляющаяся только при максимальном усилении.

Таким образом, миотонические реакции при дизэнцефальных синдромах не укладываются в рамки миотонии как заболевания не только клинически, но и по данным электрофизиологического исследования.

УДК 617.518—616—003.215

Г. С. Қнирик, Е. Қ. Валеев и С. А. Гринберг (Казань). Применение эхоэнцефалографии в диагностике интракраниальных гематом

Ультразвук по-разному поглощается тканями в зависимости от их плотности и отражается от границы раздела двух сред, обладающих различными плотностями. При эхографии ультразвуковые волны проходят через полость черепа, отражаются от срединных структур мозга, к которым большинство авторов относят эпифиз, III желудочек, серповидный отросток, продольную межполушарную щель, прозрачную перегородку. Это так называемое эхо средней линии — М-эхо. Новые исследования показали, что основная роль в создании М-эха принадлежит стенкам III желудочка, обызвествленному эпифизу и прозрачной перегородке. Кроме М-эха могут быть сигналы от боковых желудочков, некоторых подкорковых образований. К смещающим срединные структуры головного мозга образованиям относятся полушарные суб- или эпидуральные гематомы, внутримозговые кровоизлияния, абсцессы, кисты, паразиты, опухоли, отек головного мозга. Точность метода по данным шведских авторов — 97,8%.

Мы проводили исследования ультразвуковым аппаратом «ЭХО-11». С целью выработки границ нормы для нашего аппарата и проверки точности метода обследовано 50 практически здоровых людей. Максимальное отклонение кривой срединного эха в норме равнялось 1—1,7 мм. Наши данные совпадают с выводами других авторов. Эхоэнцефалография является важным вспомогательным диагностическим методом в экстренной нейротравматологии, где необходимо в кратчайший срок, не отягощая состояние больного, выявить церебральную патологию.

Для иллюстрации приводим выписки из истории болезни.

1. Ш., 34 лет, доставлен 19/IV 1969 г. с жалобами на сильные головные боли, тошноту, рвоту, ограничение движений в правой руке, преимущественно в проксимальном отделе. За сутки до поступления получил удар тяжелым предметом по голове. Терял сознание. Страдает хроническим алкоголизмом, по поводу чего неоднократно лечился.

Больной в сознании, но вял, оглушен. Пульс 52, АД 110/75. Зрачки равные, реакция на свет сохранена. Корнеальные рефлексы живые. Асимметрии носогубных складок нет. Язык по средней линии. Чувствительность на лице, туловище, конечностях нарушена (детальное исследование из-за оглушенности больного невозможно). Движения в конечностях сохранены, лишь в правом плечевом суставе ограничены. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены равномерно. Намек на симптом Бабинского справа. Резко выражены менингеальные знаки. На краниограммах — трещина левой теменно-затылочной кости. При люмбальной пункции спинномозговая жидкость вытекает под повышенным давлением с обильной примесью крови.

Больному произведена эхоэнцефалография. Слева отмечается смещение М-эха вправо на 5 мм, что свидетельствует о наличии объемного процесса в левом полушарии.

Произведена костнопластическая трепанация черепа. Удалена обширная эпидуральная гематома, располагавшаяся в левой теменной области. Движение в правой руке полностью восстановилось. Выздоровление.

2. Л., 56 лет, доставлен 20/IV 1969 г. в тяжелом состоянии. Обстоятельства травмы неизвестны. Резко заторможен, сонлив, в контакт вступает с трудом, о случившемся не помнит. Предъявляет жалобы на сильные головные боли, преимущественно в затылочной области, тошноту.

Парез правого лицевого нерва центрального характера. Движения в конечностях сохранены. Сухожильные рефлексы угнетены, без ясной асимметрии. Двухсторонний симптом Бабинского. Имеются менингеальные знаки.

На краниограммах определяется расхождение лямбовидного и теменно-сосцевидного швов справа с распространением перелома на теменную кость противоположной стороны. При спинномозговой пункции жидкость вытекает под повышенным давлением с большой примесью крови. Кровотечение из правого ушного прохода.

Диагноз: ушиб головного мозга, перелом свода и основания черепа, субарахноидальное кровоотечение.

Проводилась консервативная терапия. Состояние больного не улучшалось, 26/IV оглушенность усилилась. Перестал узнавать жену, детей. Установить речевой контакт с больным невозможно. Речь бессвязная. Ночами не спит, пытается вскочить, убежать. Психомоторное возбуждение.

Окулист не выявил патологии со стороны глазного дна.

При повторном неврологическом исследовании найдена легкая правосторонняя пирамидная недостаточность — небольшое повышение сухожильных рефлексов.

На эхограммах смещение М-эха вправо на 6 мм.

29/IV наложены фрезевые отверстия в лобной и заднетеменной области слева, обнаружена субдуральная гидрома. Аспирировано 140 мл содержимого.

Послеоперационный период протекал гладко. Психические нарушения исчезли. Неврологические изменения прошли. При ультразвуковом обследовании через день смещения срединных структур головного мозга не выявлено.

Приведенные данные свидетельствуют, что эхоэнцефалография является хорошим вспомогательным методом при исследовании больных с травмой черепа и головного мозга.

УДК 617.55—616.839.31—616—009.614

М. Ф. Самыгин и Ю. Н. Дегтярев (Лениногорск). Блокада чревных нервов при патологических процессах в брюшной полости

И. В. Домрачев (1957) использовал блокаду чревных нервов в клинике для лечения воспалительных процессов брюшины и органов брюшной полости. Учитывая все недостатки блокады чревных нервов по Каппису, Негели, Брауну и исходя из концепции А. В. Вишневского о применении новокаина с лечебной целью, мы разработали новую методику блокады чревных нервов и пограничных симпатических стволов, которая практикуется с 1951 г. при различных заболеваниях органов брюшной полости. Топографию распространения новокаина мы изучали на 20 трупах путем введения контрастного вещества. Чревные нервы, симпатический ствол, диафрагмальный нерв оказывались в зоне блокады.

В отличие от метода Мосина, техника введения новокаина по нашему методу более проста и доступна. Но так же, как и при методе В. В. Мосина, возможно повреждение плевры, на что указывает возникающий кашлевой рефлекс. Однако исправление этой технической погрешности значительно проще.

Больного укладывают на операционный стол в горизонтальном положении, вниз лицом, с вытянутыми вперед руками. Руки сгибают в локтевых суставах и укладывают под голову, что способствует отведению лопаток вперед. Под переднюю брюшную стенку подкладывают валик для выравнивания поясничного и грудного отделов позвоночника. Готовят операционное поле от углов лопаток до нижнего поясничного отдела позвоночника. Намечают две точки места введения новокаина с предварительным образованием лимонного желвака. Иглу устанавливают перпендикулярно в VI межреберье справа, отступая на 2 см от позвоночника, и по нижнему краю VII ребра продвигают вглубь с предварительным введением 0,25% раствора новокаина. Как только игла доходит до межреберных мышц, ощущается небольшое увеличение сопротивления и затруднение введения раствора. Продвинув иглу на 0,3—0,5 см, подходят к париетальной плевре, что определяется по более свободному введению раствора. При раздражении плевры появляется кашлевой рефлекс, но это бывает очень редко, так как введенный новокаин анестезирует плевру.

При глубоком вдохе наблюдается небольшое синхронное колебание иглы, после чего под плевру вводят 30 мл 0,25% раствора новокаина. Затем вводят 40—60 мл 0,25% раствора новокаина в IX межреберье для блокады малого чревного нерва слева. В VI межреберье иглу продвигают на глубину в среднем 5—6 см, в IX—8—9 см в зависимости от развития подкожно-жировой клетчатки и мускулатуры больного.

На протяжении 17 лет мы применяем блокаду чревных нервов при спаечной болезни, хроническом спастическом колите, холецистите, частичной кишечной непроходимости, язве двенадцатиперстной кишки, при ушибах спинного мозга с расстройством тазовых органов.

Со спаечной болезнью поступил 231 больной, у 145 получены хорошие отдаленные результаты, у 52 — удовлетворительные, у 34 — временное улучшение. Больных с хроническим спастическим колитом было 428, у 326 достигнуты хорошие отдаленные результаты, у 64 — удовлетворительные, у 38 эффекта не было. Из 89 больных с острым холециститом у 47 отмечены хорошие исходы, у 24 — удовлетворительные и у 18 улучшения не наступило. При частичной кишечной непроходимости у 58 из 66 больных непроходимость разрешилась после блокады, 8 оперированы, у них были в основном механические причины. У больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки положительные результаты лечения получены при свежих формах. При запущенных процессах эффект отсутствовал.