

маломощные трансплантаты, и их недостаточность, несмотря на полное приживление, выявлялась уже при выписке. Все 3 больных работают, что позволяет отнести эти результаты к удовлетворительным.

Из 16 больных, оперированных при наличии компрессии спинного мозга, 12 выписаны с хорошими функциональными результатами — у них произошло полное восстановление функции спинного мозга. Прочная стабилизация позвоночника явилась гарантией рецидивов спинномозговых расстройств. 4 больных этой группы продолжают лечение, причем у них также имеется четкая тенденция к восстановлению функции спинного мозга.

У 83 больных достигнуто излечение процесса с анкилозом пораженных позвонков и полным отсутствием болей. Большинство из них продолжает учебу и работу.

Радикально-восстановительное лечение туберкулезного спондилита позволяет у большинства оперированных больных ликвидировать специфический процесс и достичь восстановления нарушенной опороспособности позвоночника, предупредить его дальнейшую деформацию. Это дает возможность проводить широкую профилактику инвалидности больных туберкулезным спондилитом.

С каждым годом количество больных, которым выполняются сложные радикально-восстановительные операции, возрастает. И это является отражением не только возросших возможностей хирургии, но и стремления к выполнению таких операций, которые оказываются более эффективными как в смысле ликвидации процесса, так и в достижении лучших функциональных исходов.

УДК 616.831—616—001—616.8

О НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ЧЕРЕПНОМЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Е. Н. Лексин, Т. С. Осинцева, А. П. Железных

Клиника нервных болезней (зав.—доц. Т. С. Осинцева) и клиника факультетской хирургии (зав.—проф. С. И. Ворончихин) Ижевского медицинского института

Неврологическим проявлениям острых черепно мозговых травм уделяется незаслуженно мало внимания. Между тем тяжесть острого периода и характер неврологических осложнений в последующем обусловлены не столько повреждением покровов и костей черепа, сколько травмой головного мозга и его оболочек [1, 2, 3].

В настоящем исследовании мы стремились выявить особенности неврологических проявлений острого периода закрытых черепно мозговых травм с субарахноидальным кровоизлиянием. Большинство обследованных больных (92 из 102) были доставлены в клинику в тяжелом состоянии. Сопор был у 55 больных, различная степень комы — у 37. Длительность нарушения сознания была различной и колебалась от нескольких минут и часов (84 больных) до нескольких суток (8 больных).

Сразу же по выходе из коматозного состояния все больные предъявляли жалобы на головную боль. У 96 больных она сопровождалась головокружением и тошнотой, у 64 — рвотой. Головная боль усиливалась обычно после утомления (чтение, разговор, ходьба) и уменьшалась после отдыха.

Менингеальный синдром был у 90 больных, выявлялся обычно с момента поступления и в дальнейшем в течение 5—20 (у 79) и более (у 11) дней. У 11 больных был только симптом Кернига, у 27 — только ригидность мышц затылка и у 52 — сочетание этих симптомов. Симптом Кернига держался значительно дольше, чем ригидность мышц затылка. Патогенез его образования остается недостаточно ясным. Какое-то значение имеет, видимо, тот факт, что изолированный симптом Кернига встречался обычно при опухолях мосто-мозжечкового угла и при переломах костей основания черепа (чаще — пирамидки височной кости). У 12 наших больных менингеальные симптомы отсутствовали.

Результаты ликворологических исследований представлены в табл. 1.

Характерным, патогномичным для субарахноидального кровоизлияния ликворным симптомом является наличие в нем свежих эритроцитов от нескольких сот до многих тысяч в 1 мм^3 . При повторных исследованиях обнаружено изменение цвета ликвора с кровавистого на кантохромный (в сроки от 5 до 20 дней), а затем наступает нормализация.

При повторных пункциях у большинства больных отмечается снижение высокого и повышение низкого ликворного давления, а назначение соответствующей терапии ускоряет процесс его нормализации. Это важное обстоятельство нуждается в дальнейшем тщательном изучении, так как до настоящего времени нет четкого объяснения причин ликворной гипер- и гипотензии, возникающей при закрытых травмах черепа и головного мозга [4, 5, 9, 11]. Однако уже сейчас результаты исследований давления спинномозговой жидкости в динамике можно использовать при назначении терапии, тем более, что данные Т. М. Сергиенко и В. С. Михайловского (1955) свидетельствуют

Таблица 1

**Состав и давление спинномозговой жидкости при
закрытой черепномозговой травме с
субарахноидальным кровоизлиянием**

Давление и состав ликвора		Число больных
Свежие эритроциты		102
Давление ¹ , мм вод. ст.	Менее 100	18
	От 100 до 200	25
	Более 200	39
Белок, ‰	Менее 0,165	15
	От 0,165 до 0,33	32
	От 0,33 до 0,99	52
	Более 1	3
Цитоз, клеток в 1 мм ³	От 0 до 5	19
	От 5 до 100	71
	От 100 до 1000	11
	Более 1000	1

¹ Исследовалось не у всех больных.

об изменении ликворного давления у одного и того же больного в различные периоды травмы.

Умеренное повышение белка и плеоцитоз обусловлены, по-видимому, белком и форменными элементами крови, излившейся в субарахноидальное пространство.

При неврологическом обследовании у 98 из 102 больных выявлено 292 различных симптома поражения вещества головного мозга и черепномозговых нервов. В табл. 2 эти симптомы представлены в виде 3 групп синдромов.

Таблица 2

**Локальные неврологические симптомы в остром и подостром периодах
закрытых черепномозговых травм с субарахноидальным кровоизлиянием**

Симптомы		Число больных
Симптомы поражения ствола и черепномозго- вых нервов	Нистагм	48
	Снижение слуха	15
	Анизокория	21
	Парез конвергенции	16
	Птоз	4
	Косоглазие	2
	Сужение полей зрения	10
	Синдром Манна — Гуревича	25
Периферический парез мимических мышц	4	
Пирамидные симптомы	Центральный парез мимических мышц и языка	74
	Неравенство сухожильных и кожных рефлексов	45
	Патологические стопные рефлексы	14
	Гемипарез	6
Симптомы поражения коры мозга	Моторная афазия	6
	Приступы джексоновской эпилепсии	1
	Зрительные галлюцинации	1

У подавляющего большинства больных (у 72) эти симптомы исчезали через 5—10 дней. Однако довольно часто при воздействии на организм дополнительных вредных факторов (утомление, нарушение режима, психотравма и пр.) усиливались имеющиеся, а иногда выявлялись исчезнувшие симптомы. Это своеобразное «мерцание» неврологической симптоматики, отмечаемое ранее П. М. Панченко (1965), Т. С. Осинцевой и И. И. Сидоровой (1967) и др. при новокаиновом растормаживании, важно в двух аспектах. С одной стороны, оно помогает в топической диагностике органических поражений головного мозга при закрытой травме черепа, а с другой подтверждает мнение ряда авторов [2, 3, 12], что исчезновение локальных симптомов, вызванных травмой, следует расценивать не как восстановление динамических расстройств, а как компенсацию (часто недостаточную стойкую) длительно существующего органического дефекта в веществе и оболочках мозга.

Итак, у больных с субарахноидальными гемorragиями травматического генеза почти постоянно (у 97% обследованных) выявляются локальные симптомы поражения вещества головного мозга и черепномозговых нервов. Менингеальный синдром при этом менее постоянен. Так, у 10% обследованных он был представлен только симптомом Кернига, а у 12% его вообще не удалось выявить ни в остром периоде, ни в последующем. Ликворная гипотензия отмечена в 18%, а гипертензия — в 38%.

В остром и подостром периодах травмы выявлено своеобразное мерцание неврологической симптоматики, когда исчезнувшие в процессе лечения симптомы вновь выявляются при воздействии на организм дополнительных вредных факторов. Последнее обстоятельство свидетельствует о неполной и нестойкой компенсации органических дефектов мозга, вызванных травмой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабчин И. С. Закрытые повреждения черепа и головного мозга. Методическое пособие, Л., 1958.— 2. Баронов В. А. Закрытые травмы головного мозга. Медицина, Л., 1966.— 3. Гращенко Н. И., Иргер И. М. Руководство по неврологии. Медгиз, М., 1962, т. 8.— 4. Зограбян С. Г. В кн.: Проблемы нейрохирургии. Медгиз, М., 1957.— 5. Оганесян С. С. Там же.— 6. Осинцева Т. С. и Сидорова И. И. Материалы Всесоюз. конф. по кортико-висцеральным взаимоотношениям в физиологии, медицине и биологии. Целиноград, 1967.— 7. Панченко П. М. Тр. обьед. конф. нейрохирургов и международного симпозиума по проблеме «Клиника и хирургическое лечение эпилепсии». Медицина, Л., 1965, т. 1.— 8. Раздольский И. Я. Опухоли головного мозга. Медгиз, М., 1954.— 9. Русанова А. А. Тр. Всеросс. научно-практ. конф. нейрохирургов. Медгиз, Л., 1956.— 10. Сергиенко Т. М. и Михайловский В. С. *Вопр. нейрохир.*, 1955, 2.— 11. Угрюмов В. М. Там же, 1958, 2.— 12. Угрюмов В. М., Лубенский Е. Г., Калинин С. С., Качаев В. Л., Дубикайтис В. В. Диагностика и хирургическое лечение травматической эпилепсии. Медицина, Л., 1967.

УДК 616—006.33

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Х. М. Шульман

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав.— проф. Г. М. Николасев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова на базе 15-й городской клинической больницы (главрач — Л. А. Баранчикова)

Дегенеративно-дистрофическое поражение поясничного отдела позвоночника является наиболее частым этиологическим фактором разнообразных альгических и других синдромов, возникающих в указанной области. Несмотря на определенные успехи консервативной терапии этого заболевания, все же значительная группа больных нуждается в хирургической помощи. В данном сообщении мы остановимся на некоторых вопросах диагностики и терапевтической тактики у этой группы больных.

В настоящее время все большее признание получают экономные, максимально щадящие способы вскрытия позвоночного канала, осуществляемые подчас совершенно без резекции костных элементов, формирующих его стенки. В этой связи возрастает значение топического диагноза.

Первым в процессе топической диагностики необходимо решить вопрос об отношении грыжевых выпячиваний к средней линии ventральной стенки позвоночного канала или установить характер взаимоотношений грыжевых выпячиваний с экстрадуральными порциями корешков и оболочек спинного мозга. Уточнить это удастся с помощью