

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

исследования симптомов, которые условно могут быть названы ортопедическими. К ним относятся: направление сколиоза, характер ограничения объема движений в поясничном отделе, разница напряжений мышц спины и др. Анализ данной группы симптомов показал, что парамедиальные грыжи дисков сопровождаются гетеролатеральным сколиозом по отношению к стороне локализации болевого синдрома, более выраженным напряжением паравerteбральных мышц на противоположной от очага стороне, большим ограничением объема движений в направлении здоровой конечности. Боковые грыжи характеризуются гомолатеральным сколиозом, напряжение мышц спины отчетливее на стороне очага, объем движений ограничен больше в сторону больной конечности. Срединные грыжи чаще сопровождаются кифосколиозом, ограничением объема движений в поясничном отделе кзади.

Второй этап топической диагностики сводится к решению вопроса об уровне локализации грыжевых выпячиваний. При этом ведущее значение имеют признаки, которые условно могут быть названы неврологическими. К ним относятся: симптом «звонка», зоны распространения боли, преимущественная слабость тех или иных групп мышц, зоны нарушений чувствительности. Анализ указанных клинических признаков с учетом заранее известного типа расположения грыж на вентральной стенке позвоночного канала в большинстве наблюдений дает возможность правильно определить уровень поражения. Необходимость в применении контрастных методов диагностики возникает в тех сравнительно редких случаях, когда обычные клинко-рентгенологические данные оказываются недостаточными для постановки нозологического или топического диагноза.

В последние годы наибольшее распространение получил метод пневмографической диагностики объемных процессов, расположенных в полости позвоночного канала. Однако применительно к выявлению грыжевых выпячиваний дисков традиционная методика имеет существенные недостатки. Обнаружение экстрадурально расположенных образований находится в абсолютной зависимости от деформации ими стенок дурального мешка. Грыжевые выпячивания, располагаясь вне контрастируемой полости, часто не деформируют твердую мозговую оболочку. С целью устранения указанного недостатка мы несколько изменили методику исследования. Сущность дополнений сводится к одновременному введению газа (кислород, воздух) в субархноидальное и эпидуральное пространство. Кроме того, если рентгенография в двух перпендикулярных проекциях (фас, профиль) оказывается недостаточной, производятся снимки в полукосых положениях. Преимуществом указанной методики является возможность получить изображение не только стенок субархноидального канала, но и непосредственно образований, расположенных в эпидуральном пространстве. Это, в свою очередь, позволяет установить область, из которой исходит объемный процесс, а следовательно, облегчает распознавание его природы.

Изучение клинической картины заболевания более чем у 200 больных и сопоставление этих данных с изменениями, обнаруженными во время операций, позволили нам предложить рабочую классификацию остеохондроза поясничного отдела позвоночника, осложненного задними грыжами дисков.

В клинической картине представилось возможным выделить 4 стадии, или периода, в течении болезни.

Первая, дискогенная, или вертебральная стадия характеризуется симптомами раздражения нервных окончаний суставно-связочного аппарата позвоночника, иногда в процесс вовлекаются нервные корешки, прилежащие к заинтересованным дискам, и соответствующие участки твердой мозговой оболочки. Для этой стадии типична большая динамичность субъективных и объективных симптомов, отсутствуют признаки стойких выпадений функций нервных элементов.

Для второй, монорадикулярной стадии типичны симптомы поражения экстрадуральных порций одного, реже двух спинальных корешков, смежных с заинтересованным диском.

Третья, полирадикулярная стадия отличается вовлечением в процесс экстра- и интрадуральных порций спинальных корешков, на фоне которых выявляется преимущественное поражение одного или двух из них, обычно смежных с пораженным диском.

Четвертая стадия — каудальная компрессия (каудальный синдром) — сопровождается грубыми неврологическими расстройствами, свидетельствующими о поражении значительной части корешков конского хвоста (паралич стоп, нарушение функций органов таза и др.).

Указанная последовательность развития клинической картины заболевания не является абсолютной. В особенности это относится к каудальному синдрому. Последний нередко развивается остро на фоне второй монорадикулярной стадии заболевания.

Как показал опыт, больные с I стадией заболевания и большинство пациентов со II стадией не нуждаются в хирургической помощи. Консервативная терапия этих групп больных дает стойкие положительные результаты. Основным принципом терапии является создание разгрузки пораженному отделу позвоночника и при необходимости иммобилизация его в дальнейшем с помощью консервативных ортопедических мероприятий. Поставленная цель достигается строгим постельным режимом, на фоне которого проводится вытяжение и терапевтические процедуры. В лечебный комплекс как обязательный компонент входят в последующем физические упражнения, направленные на укрепление мышечного корсета.

Больным с III стадией заболевания показано хирургическое вмешательство, так как эффективность консервативной терапии у них ограничивается лишь кратковременным субъективным улучшением. Больным с IV стадией заболевания операции следует производить в плане urgentной помощи. Промедление с операцией чревато тяжелыми расстройствами, которые в дальнейшем чрезвычайно трудно поддаются терапии.

Приведенная схематическая классификация позволяет конкретизировать показания к различным видам терапии, избрать наиболее адекватный метод лечения и дать объективную оценку его на основе сравнения однородных групп больных.

УДК 616.71—018.3—002

О СУДОРОЖНОМ СТЫГИВАНИИ МЫШЦ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

В. П. Веселовский

Кафедра нервных болезней (зав.—проф. Я. Ю. Попелянский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и городская больница г. Барнаула (главрач — Н. И. Кислов)

Мы обследовали 116 больных поясничным остеохондрозом, из них у 31 мужчины и 23 женщин в возрасте от 22 до 72 лет были крампи.

У больных поясничным остеохондрозом с крампи в анамнезе чаще встречаются указания на заболевания центральной нервной системы и желудочно-кишечного тракта, чем у больных без крампи (разница статистически достоверна).

У всех больных было хроническое рецидивирующее течение болезни, у 48 из них преобладали рефлекторные синдромы остеохондроза. Длительность заболевания колебалась от 1 до 28 лет. Впервые судороги появлялись в срок от 1 месяца до 20 лет с момента заболевания. У большинства больных после возникновения судорог отмечалось усиление болевого синдрома и удлинение периода обострения заболевания.

Судороги крайне болезненны, мучительны. Длятся они обычно от 20 сек. до 3 мин. У 18 больных судороги возникали днем, у 23 — ночью и у 13 — как днем, так и ночью.

При анализе рентгенограмм поясничного отдела позвоночника мы обратили внимание на частоту передних разрастаний углов тел позвонков (у 37 из 54 больных), у 27 больных они локализовались в сегменте L11—L11. Мы различали 2 степени разрастаний: 1а степень — передние разрастания углов тел позвонков менее 5 мм, без склероза тел позвонков (14 больных); 1б — передние разрастания менее 5 мм, но с наличием выраженного склероза тел позвонков (13 больных); 2а — выраженные, направленные вперед разрастания в 5 мм и более, без грубого склероза тел позвонков, но функциональные снимки выявляют расшатанность в пораженном сегменте (2 больных); 2б — выраженные, направленные вперед разрастания в 5 мм и более при утолщении замыкающей пластинки с переходом склероза на тело позвонка и уплощении диска. 2-я степень разрастаний указывает на патологическую подвижность сегментов, на возможную микротравматизацию близлежащих образований (8 больных).

В зависимости от времени возникновения судорог в течение суток мы разделили больных на 3 группы. 1-я гр. включала 11 мужчин и 7 женщин в возрасте от 39 до 61 года. У этих больных судороги возникали днем. Длительность процесса у них была от 4 до 20 лет, у 17 были рефлекторные синдромы поясничного остеохондроза. Судороги появлялись в среднем через 7,3 года после начала заболевания. У 13 больных они были односторонними, у остальных — двусторонними, но с преобладанием крампи на одной из сторон. Вызывались они, как правило, охлаждением, длительным мышечным напряжением, длились обычно от 30 сек. до 1,5 мин. В анамнезе у 8 больных — заболевания пищеварительного тракта, у 2 — центральной нервной системы. На ноге с крампи наблюдалась гипотермия, уменьшение времени рассасывания при пробе Мак-Клора — Олдрича, выраженность ультрафиолетовой эритемы, уменьшение содержания сахара, кальция, увеличение содержания ацетилхолина и холинэстеразы крови, удлинение времени возникновения местного и рефлекторного дермографизма. У 16 из 18 больных были передние разрастания углов тел позвонков (у 11 они локализовались в сегменте L11—L11); у 3 — 1а степени, у 7 — 1б ст., у 1 — 2а ст., у 5 — 2б ст.

Ко 2-й гр. отнесено 12 мужчин и 11 женщин в возрасте от 28 до 72 лет. Для этой группы характерны ночные судороги, чаще (21) двусторонние, длящиеся от 30 сек. до 3 мин., настолько болезненные, что они будят больных. Длительность заболевания в этой группе — от 1 до 28 лет. У 20 больных были рефлекторные синдромы поясничного остеохондроза. Судороги наступали значительно раньше, чем в 1-й гр., в среднем через 2,7 года после начала заболевания.

У больных отмечалась гипотермия кожи ног, ускорение пробы Мак-Клора — Олдрича, выраженная эритема от ультрафиолетового облучения, увеличение времени появления местного и рефлекторного дермографизма, уменьшение содержания в крови