

Результаты лечения больных церебральным арахноидитом

Клиническая фаза при поступлении	Число наблюдений	Клиническая фаза при выписке больного из стационара			
		I	II	III	IV
Субкомпенсации (II)	34	31	3	—	—
Умеренной декомпенсации (III)	51	32	14	5	—
Грубой декомпенсации (IV)	13	3	8	—	2
Всего	98	66	25	5	2

ловного мозга, вскрывая особенности их развития, позволяет в новом аспекте рассмотреть диагностические возможности современного комплекса исследований и вопрос о рациональной терапии. Очевидно, целесообразно определять не только диагноз церебрального арахноидита с указанием ведущего неврологического синдрома, но и фазу его клинической компенсации. Данные электрофизиологических исследований, проведенных в динамике, объективизируют жалобы больных и выявляют некоторые патогенетические механизмы, обуславливающие декомпенсацию процесса и степень ее выраженности. Учет фазности клинического течения церебрального арахноидита помогает осуществить дифференцированный подход к лечению.

Поступила 29 марта 1977 г.

УДК 616.832.12—053.1—001—073.75

О КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ДЕТЕЙ С НАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА

Проф. А. Ю. Ратнер, канд. мед. наук М. К. Михайлов

Кафедра нервных болезней детского возраста (зав.— проф. А. Ю. Ратнер) и кафедра рентгенологии (зав.— заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. На основании клинического обследования 317 детей с натальными поражениями спинного мозга дается оценка рентгенологического метода диагностики подобных страданий. Рентгенологически выявляемые симптомы травмы шейного отдела позвоночника были обнаружены у 33,1% обследованных, а среди детей до 1 года — у 51,4%. Нередко у больных с родовыми повреждениями на шейном уровне страдает спинальный дыхательный центр, что приводит к нарушению подвижности диафрагмы. Поэтому исследование органов грудной клетки должно быть обязательным при малейшей дыхательной недостаточности. Приводится классификация натальных поражений шейного отдела спинного мозга.

В последние годы становится все более очевидным, что, наряду с родовыми травмами головного мозга, в процессе родов, особенно при ведении их с акушерскими пособиями, нередко повреждаются спинной мозг и позвоночник. Однако при сравнении рентгенологических данных с клинической картиной у детей с натальными спинальными нарушениями обращено внимание на отсутствие параллелизма между выраженностью рентгеновских и неврологических симптомов при этом заболевании [6]. Поэтому мы решили проанализировать результаты тщательного рентгенологического обследования детей с родовыми повреждениями спинного мозга в сопоставлении с обнаруживаемой у них неврологической симптоматикой и выяснить, в какой мере рентгеновские данные могут помочь диагностике этого нередкого вида родового травматизма нервной системы у детей. Под наблюдением находилось 317 детей в возрасте от 2 недель до 15 лет. У 278 из них поражение локализовалось, судя по неврологической симптоматике, на уровне шейного отдела спинного мозга.

Клинически́е данные контролировались электромио- и реоэнцефалографией.

У 92 из 278 детей (33,1%) рентгенографически определялись отчетливые признаки повреждения шейного отдела позвоночника: у 9 обнаружена четкая деформация 1—2 шейных позвонков, свидетельствующая о переломе тела позвонка, у 33 — дислокация 2—3 шейных позвонков кзади, у 27 — подвывих в суставе Крюгеля; наконец, у 31 — смещение воздушного столба трахеи. Мы полагаем, что последнее — следствие натальной травмы на этом же уровне с последующим развитием деформирующих рубцов. Рентгенологические признаки повреждения шейного отдела позвоночника встречались или в отдельности, или одновременно. Важно учесть, что рентгенодиагностика может быть при известном навыке весьма успешной и у детей первых месяцев жизни, и даже у новорожденных. Более того, именно у маленьких тонкие рентгеновские симптомы выявляются отчетливее и чаще, ибо с годами по мере развития организма и роста позвонков небольшие изменения нивелируются. Так, 105 из 317 наших больных были в возрасте до года; рентгеновские признаки повреждения шейных позвонков установлены у 54 (51,4%) детей этой группы, то есть значительно чаще, чем у более старших. При обследовании непосредственно в роддоме у 4 из 8 новорожденных с акушерскими параличами в первые же дни жизни были обнаружены четкие рентгенологические признаки деформации шейных позвонков.

На большом клиническом материале показано, что переломы ключицы у новорожденных с акушерскими параличами являются не причиной возникновения паралича, а одним из симптомов родовых травм, указывающим на необходимость клинического и рентгенологического обследования шейного отдела позвоночника [3]. Все это обязывает проводить неврологический осмотр новорожденных в роддоме и при малейшем подозрении рентгенографировать шейный отдел позвоночника. Выявление повреждений уже на раннем этапе, во-первых, имеет неограниченное значение для терапии и, во-вторых, предупреждает о необходимости максимального щажения позвоночника новорожденного во избежание дальнейшей дислокации позвонков, с чем, к сожалению, нам приходилось сталкиваться в клинике.

Как же относиться к обнаруженному нами проценту рентгенологически выявленного повреждения шейных позвонков? Означает ли это, что в остальных случаях позвоночник совершенно не пострадал? Важно учесть, что для возникновения неврологических симптомов поражения сегментарных и проводниковых структур на цервикальном уровне достаточно относительно небольшого очага поражения. Особенностью родовых повреждений на этом уровне является частота повреждений позвоночных артерий, проходящих в поперечных отростках шейных позвонков. Даже минимальная травма стенки позвоночных артерий может вызвать ее спазм и вторичную ишемию спинальных структур [2, 4]. С этих позиций обнаруженная частота рентгенологических находок несомненно велика.

Сопоставляя неврологическую и рентгенологическую картину, мы предлагаем выделять следующие виды натального поражения шейного отдела спинного мозга.

1. Натальные повреждения шейного отдела позвоночника (рентгенологически выявленные) без вовлечения в процесс спинного мозга.

2. Натальные повреждения шейного отдела позвоночника (рентгенологически выявленные) и спинного мозга: а) смещение шейных позвонков с той или иной степенью компрессии спинного мозга; б) смещение шейных позвонков с вовлечением в процесс позвоночных артерий и вторичной ишемией спинальных структур на том же уровне; в) сочетанное поражение позвоночника и спинного мозга, при котором имеется первич-

ная геморрагия в спинном мозгу, а травма позвонков не привела ни к компрессии спинного мозга, ни к компрессии позвоночной артерии (наиболее редкий вариант).

3. Рентгенонегативные натальные поражения шейных позвонков с вовлечением в процесс самого спинного мозга или позвоночных артерий с вторичной спинальной ишемией. Истинную частоту этого варианта поражения оценить очень трудно, но он несомненно существует и притом нередко.

4. Натальные поражения шейного отдела спинного мозга (коммоции, контузии, геморрагии) без повреждения позвоночника.

Следовательно, рентгенологически видимая деформация шейных позвонков у новорожденного явно указывает на родовую травму этой области и в подавляющем большинстве случаев сопровождается неврологическими нарушениями той же локализации. Отсутствие рентгенологически видимых симптомов повреждения позвоночника еще не дает права отвергнуть не только поражение спинного мозга, но и повреждения позвоночника (они вполне могут быть рентгенонегативными). Решающее значение в установлении диагноза имеет клиническая картина, неврологическая симптоматика.

Сказанным не исчерпываются значение и возможности рентгенологического обследования детей с натальными повреждениями шейного отдела спинного мозга. Исследованиями Н. Г. Паленовой (1963) показано, что на уровне С₄-сегмента в ядре диафрагмального нерва у новорожденных располагается спинальный дыхательный центр. Даже минимальное травмирование этой области приводит к нарушению прежде всего подвижности диафрагмы со вторичными, неврогенно обусловленными дыхательными нарушениями. К сожалению, обычное рентгенологическое обследование грудной клетки у новорожденных выявляет ограничение подвижности диафрагмы лишь в наиболее грубых случаях. Тем не менее мы смогли рентгенологически подтвердить нарушение функции диафрагмального нерва у 9 из 128 обследованных детей. В одном из этих случаев паралич купола диафрагмы был убедительно подтвержден на вскрытии. Таким образом, рентгенологическое обследование грудной клетки у детей с натальными травмами спинного мозга следует предпринимать как можно раньше, особенно при малейших проявлениях дыхательной недостаточности. Активные, целенаправленные терапевтические мероприятия могут способствовать предупреждению пневмоний, столь частых у детей этой группы.

И, наконец, третьим объектом внимания рентгенолога у детей с натальными спинальными нарушениями цервикальной локализации является область плечевых суставов и плечевых костей, особенно при так называемых «акушерских параличах». Развивающаяся у таких детей выраженная гипотония мышц проксимальных отделов руки приводит нередко к разболтанности в плечевом суставе вплоть до нейрогенно обусловленного подвывиха. Рентгенологическое обследование таких больных (при появлении симптома «щелканья» Финка, симптома «двугорбого плеча», при резко выраженной мышечной гипотонии в руке) следует, по нашему мнению, считать обязательным. У 86 (64,1%) из 134 обследованных в этом плане детей мы обнаружили отчетливые изменения в костях плечевого пояса и верхней конечности: недоразвитие акромиального конца ключицы, суставной впадины лопатки, особенно головки плечевой кости. Обычно на стороне поражения ядро окостенения головки плечевой кости появляется позже, его развитие замедлено по сравнению со здоровой стороной, вследствие чего расширяется пространство в плечевом суставе, головка плечевой кости отстоит от суставной впадины лопатки, что позволяет высказаться о подвывихе или вывихе в этом суставе.

Рентгенологическое исследование области плечевых суставов у больных этой группы важно еще и в том отношении, что при акушерских параличах руки возникают иногда большие трудности в дифференциации истинного паралича с псевдопараличом руки у новорожденного — обездвиженность руки вследствие возникшего при родоразрешении перелома проксимального отдела плечевой кости [5]. Без рентгенографии провести дифференциацию практически невозможно.

Таким образом, своевременное целенаправленное рентгенологическое обследование детей с натальными повреждениями шейного отдела спинного мозга имеет исключительно важное значение для неврологической диагностики. Его важно предпринимать как можно раньше, при необходимости — уже в роддоме, и это может способствовать раннему распознаванию характера поражения и проведению на ранних сроках терапевтических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Паленова Н. Г. Развитие спинального отдела дыхательного центра и влияние на него вредных факторов. Автореф. канд. дисс., М., 1963.— 2. Ратнер А. Ю. Журн. невропатол. и психиатр., 1974, 10.— 3. Ратнер А. Ю., Солдатова Л. П. Акушерские параличи новорожденных. Казань, 1975.— 4. Jates P. Arch. dis. Child., 1959, 34, 346.— 5. Kehrner E. Die Armlähmungen bei Neugeborenen. Stuttgart, 1934.— 6. Swischuk Z. E. Radiology, 1969, 92, 4.
- Поступила 14 сентября 1976 г.

УДК 618.13—002:2:616.71—018.3—002:616.834.5

ПОЯСНИЧНЫЙ ОСТЕОХОНДРОЗ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Т. М. Кухнина

Кафедра нервных болезней (зав.— проф. Я. Ю. Попелянский) и кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Л. А. Козлов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. У больных поясничным остеохондрозом и остаточными явлениями воспалительных гинекологических заболеваний выявлена повышенная готовность к мышечно-тоническим реакциям в области тазового дна, более выраженная на стороне сочетанной патологии.

Изучение особенностей клинической картины поясничного остеохондроза при наличии хронических воспалительных заболеваний органов малого таза неспецифической этиологии имеет диагностическое и лечебное значение. Нами были обследованы 56 женщин, больных поясничным остеохондрозом (люмбалгия, люмбосакралгия, люмбоишиалгия), в возрасте от 37 до 52 лет. У 42 из них (1-я группа) дискогенный радикулит сочетался с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий (больные с острым и подострым течением воспалительного процесса в анализ не включались) и у 14 (2-я группа) патологии женской половой сферы не было.

Гинекологические заболевания мы диагностировали совместно с гинекологом на основании данных анамнеза и объективных исследований. Остаточные явления воспалительного процесса в гениталиях выражались в некотором увеличении придатков матки, тяжести, иногда болезненности их. Клинические данные указывали не на вовлечение в процесс нервных образований малого таза, а на процесс в малом тазу как источник патологической импульсации. Особенный интерес представляли те больные, которые при незначительных пальпаторных изменениях внутренних половых органов жаловались на выраженные болевые ощущения, локализующиеся в области малого таза, что давало основание предположить об иной природе болевых ощущений.

Вертеброгенный характер неврологического синдрома по данным клинического обследования подтвержден у 25 больных 1-й гр. и у всех 14 пациенток 2-й гр. На обзорных спондилограммах определены дегенеративно-дистрофические поражения одного или обоих нижнепоясничных позвоночных сегментов.

40 больных с сочетанием вертеброгенной патологии и гинекологического заболевания предъявляли однотипные жалобы на боли в крестце, отдающие в ногу и паховую область. В течение заболевания четко прослеживалась зависимость люмбосакралгия-