

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ШЕЙНОЙ МИГРЕНИ И ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

А. Ю. Ратнер

Кафедра нервных болезней (и. о. зав. — доц. А. Н. Смирнов) и кафедра рентгенологии № 1 (зав. — проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Под нашим наблюдением находилось 250 больных шейной мигренью. Многие из них раньше безуспешно лечились по поводу «церебральной вазопатии», «окципитальной невралгии», «травматической энцефалопатии», «диэнцефалита» и т. п. Однако дифференциальная диагностика шейной мигрени и перечисленных заболеваний при современном уровне знаний не представляет больших трудностей; значительно сложнее и ответственнее дифференциация шейной мигрени от опухолей задней черепной ямки.

Головные боли при шейной мигрени обычно сосредоточиваются в шейно-затылочной области и далеко не всегда бывают односторонними. На высоте приступов возможна тошнота и рвота, а интенсивность головной боли чрезвычайно велика. Повороты головы резко ухудшают состояние больного и выраженность церебральных симптомов: деформированные крючковидные отростки шейных позвонков сдавливают позвоночные артерии и тем нарушают кровообращение прежде всего в области задней черепной ямки.

Характер и локализация головных болей, тошнота и рвота не менее типичны и для опухолей задней черепной ямки. Очень важный и ранний для диагноза шейной мигрени признак — ограничение поворотов головы — при подозрении на опухоль задней черепной ямки также теряет свое значение. Правда, при опухолях эта вынужденная поза связана с нарушением ликворотока, а при шейной мигрени — с патологией шейного отдела позвоночника, однако клинически их разграничить далеко не всегда удается.

Жалобы на те или иные нарушения зрения и слуха, характерные для шейной мигрени, нередки и при заднечерепных опухолях. Общеизвестен симптом Бурденко — Крамера, когда при локализации опухолевого процесса в задней черепной ямке появляются боли в глазу. Возникновение слуховых нарушений еще более понятно, так как и при опухолях мозжечка, и при опухолях ствола вовлечение в процесс VIII нерва считается типичным, причем характер паракузии и гипакузии и при опухолях, и при шейной мигрени чрезвычайно сходен. Однако уже здесь для дифференциальной диагностики следует отметить, что если при опухолях зрительные и слуховые нарушения достаточно стабильны, то при шейной мигрени они нередко отчетливо зависят от поворотов головы.

Оценка координационных нарушений и в том, и в другом случае очень ответственна. Ишемия в вертебро-базиллярной системе при шейной мигрени приводит и к мозжечковой неполноценности, и к ишемии вестибулярных ядер ствола, и к ишемии лабиринта. Нами выделена вестибулярная форма шейной мигрени с характерными жалобами на головокружение и покачивание при ходьбе, а осмотр выявляет у этих больных легкий нистагм, промахивание при координационных пробах, положительный симптом Ромберга и т. д. Все эти симптомы, как известно, не в меньшей степени характерны и для опухолей задней черепной ямки.

Проводниковые нарушения, свойственные опухолям головного мозга, для шейной мигрени мало характерны, и это могло бы служить отличительным признаком. Однако работами последних лет показано существование так называемых дискогенных миелопатий, когда проводниковые спинальные нарушения могут возникнуть вследствие неполноценности в позвоночных артериях. Таким образом, и этот признак далеко не патогномоничен.

Можно было бы указать на развитие бульбарных нарушений при опухолях задней черепной ямки, что при шейной мигрени бывает чрезвычайно редко. Однако дожидаться этой стадии было бы слишком рискованно. Шейный корешковый синдром не свойствен опухолям головного мозга, но мы встречали больных, у которых опухоль мозжечка вызывала боли в шее и симулировала выраженный корешковый синдром. С другой стороны, наши исследования показали, что при шейной мигрени иногда проходит несколько лет, прежде чем к сильным головным болям присоединяются шейные корешковые симптомы.

Поэтому в сложных случаях дифференциальной диагностики шейной мигрени и опухолей задней черепной ямки приходится опираться не столько на неврологический статус, сколько на дополнительные методы исследования, которые необходимы здесь

в полном объеме. Хотя Girard и указывает, что при шейной мигрени весьма возможны застойные изменения на глазном дне, но все же первые проявления застойных сосков должны расцениваться как один из доводов в пользу возможной опухоли. Краниограммы при опухолях задней черепной ямки раньше или позже выявляют следы интракраниальной гипертензии, тогда как ни у одного из 250 больных шейной мигренью мы не видели на краниограммах значительного усиления «пальцевидных вдавлений». Поэтому данный симптом следует принимать во внимание.

Рентгенограммы шейного отдела позвоночника в таких ответственных случаях должны оцениваться с особой осторожностью, поскольку обнаружение рентгеновских признаков шейного остеохондроза у лиц среднего и пожилого возраста само по себе еще ни о чем не говорит — спондилограммы приобретают значение лишь в сопоставлении с клиникой. Большую ценность для диагностики представляет электроэнцефалография. При шейной мигрени определяется дизритмия α -ритма и снижение его величины в затылочных отведениях на стороне головной боли, тогда как при опухоли можно выявить очаг патологической активности. Люмбальная пункция при опухоли в большинстве случаев обнаруживает гипертензию и белково-клеточную диссоциацию, тогда как у больных шейной мигренью ни того, ни другого мы не встречали.

Считаем необходимым подчеркнуть особую роль реоэнцефалографии в дифференциальной диагностике шейной мигрени и интракраниальных опухолей. Этот метод дает достаточно полную информацию о состоянии кровообращения каждого полушария головного мозга. Мы записали реоэнцефалограммы 60 больных шейной мигренью, причем не только по обычной лобно-мастоидальной методике, позволяющей судить о кровенаполнении в системе сонных артерий, но и с затылочно-мастоидальными отведениями, характеризующими кровенаполнение в вертебро-базиллярной системе (отдельно справа и слева). Оказалось, что при шейной мигрени изменения на реоэнцефалограммах бассейна сонных артерий незначительны (на большой стороне несколько ниже амплитуда волн) или отсутствуют. В то же время реоэнцефалограммы бассейна позвоночных артерий резко отличаются от нормы; на большой стороне амплитуда резко снижена, а при поворотах головы (особенно назад) эти изменения достигают максимума. По данным Jenkner, при опухолях таких изменений на реоэнцефалограмме никогда не бывает. Мы можем считать указанные РЭГ-изменения типичными именно для шейной мигрени. Все перечисленные методы позволяют относительно рано решить вопросы диагностики и в одном случае предпринять более раннее оперативное вмешательство, а в другом назначить каузальную терапию на шейный отдел позвоночника с большими шансами на хороший эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ратнер А. Ю. Шейная мигрень. Казань, 1965. — 2. Bärtschi-Roschaix M. Migräne cervicale. Bern, 1949. — 3. Girard G. Rev. d'oto-neuro-ophthalm., 1952, 24, 1. — 4. Jenkner F. Rheoencephalography. USA, 1962.

УДК 616.831

ПРИМЕНЕНИЕ ГЛИЦЕРИНА ПРИ ОПУХОЛЯХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А. А. Шутов и Г. С. Корж

Клиника нервных болезней (зав. — проф. А. Н. Шаповал) Пермского медицинского института

Дегидратирующая терапия занимает видное место среди методов симптоматического лечения заболеваний головного мозга, протекающих с гипертензионным синдромом (опухоль, травмы и др.). Для снижения внутричерепного давления применяются гипертонические растворы различных электролитов и неэлектролитов (хлористый натрий, сернокислая магнезия, новурит, маннит и др.). Сильным гипотензивным действием обладает также мочевины, но из-за токсических свойств, многочисленных противопоказаний и неудобств, связанных с введением препарата, применение этого мощного противоотечного средства ограничено и практически возможно только в квалифицированных нейрохирургических клиниках. Изыскание веществ, оказывающих хороший осмотический эффект, удобных для приема и не вызывающих побочных явлений, продолжается. В качестве одного из них предложен глицерин, впервые с хорошим результатом примененный Vinco и соавт. для уменьшения экспериментального отека мозга у животных. При искусственном увеличении концентрации глицерина в крови, достигаемом введением его внутрь из расчета 0,5—5,0 г/кг веса больного, повышается осмоти-