

щие лучше понять ряд еще мало изученных клинических проявлений. Это позволит лучше прогнозировать (а следовательно, и предотвращать) неблагоприятный оборот болезни. Таким образом, пятая общая закономерность — это закономерность последовательных иннервационных и, соответственно, стато-кинетических сдвигов, обусловленных патологическими деформациями позвоночника. Эти сдвиги ведут к определенной последовательности миалгических (триггерных — по нашей терминологии) и органических изменений в мышцах и фиброзных образованиях. С учетом данной закономерности следует считать, что в сложном комплексе лечебных средств основными являются нейроортопедические, т. е. физические и клинические воздействия на мышечно-фиброзные аппараты и их нервные структуры. Внедряя принцип дозированного и прерывистого вытяжения, мы стремимся не только к декомпрессии нервных стволов, но и к воздействию на проприоцепторы, к изменению иннервационных отношений в зонах нейроостеофиброза как позвоночника, так и других частей тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веселовский В. П. Судорожные стягивания трехглавой мышцы голени (крампи) при поясничном остеохондрозе. Автореф. канд. дисс., Казань, 1972.—
2. Заславский Е. С. Верхнеквадрантный отраженный (реперкуссивный) синдром у больных с поражением легких и плевры. Автореф. канд. дисс., Новокузнецк, 1969.—
3. Иваничев Г. А. В кн.: Остеохондроз позвоночника. Новокузнецк, 1973, 1.—
4. Кадырова Л. А. В кн.: Вертеброгенные заболевания нервной системы. Казань, 1971; В кн.: Остеохондроз позвоночника. Новокузнецк, 1973, 2.—
5. Миненков В. А. В кн.: Остеохондроз позвоночника. Новокузнецк, 1973, 1.—
6. Петров Б. Г. В кн.: Остеохондрозы позвоночника. Новокузнецк, 1966, 2.—
7. Попелянский Я. Ю., Веселовский В. П. Казанский мед. ж., 1972, 5.—
8. Попелянский Я. Ю., Веселовский В. П., Строков Е. С. Сов. мед., 1973, 7.—
9. Усманова А. И. Нервно-мышечные и нервно-сосудистые нарушения при синдромах поясничного остеохондроза. Автореф. канд. дисс., Казань, 1971.

Поступила 15 марта 1974 г.

УДК 616.134.91

КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ СПИНАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Р. Ш. Шакуров

*Кафедра нервных болезней (зав. — проф. И. Н. Дьяконова) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина*

Сосудистые поражения спинного мозга встречаются значительно чаще, чем было принято думать, и составляют 2,3—5—15% сосудистых заболеваний ц. н. с. [1, 3, 5]. Однако общепринятой классификации нарушений спинального кровообращения, которая могла быть использована в практической работе невропатолога и в то же время охватывала бы все стороны этой патологии, нет. В Международной классификации сосудистых поражений головного и спинного мозга, наиболее полно отражающей все стороны сосудистых поражений нервной системы [4], подробно представлена церебральная сосудистая патология, в то время как спинальные сосудистые нарушения даны сжато, в общих чертах.

Поэтому на основе собственных наблюдений (200 больных) и литературных данных мы предлагаем следующую классификационную схему, в основе которой лежат современные представления о кровоснабжении спинного мозга.

Классификация нарушений спинального кровообращения

I. Этиология

A. Первичные сосудистые поражения спинного мозга:

1. Общие заболевания и патологические состояния сердечно-сосудистой системы: атеросклероз, гипертоническая болезнь, симптоматическая гипертония, вазомоторная дистония, патология сердца и нарушения его деятельности (инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность, нарушения ритма).

2. Патология магистральных сосудов и сосудистые мальформации: стенозирующие процессы, тромбоз, эмболия, перегибы, петлеобразования, аневризмы, поражения верхней и нижней полой вен.

3. Васкулиты: инфекционно-аллергические (в том числе при коллагенозах), токсические, сифилитические.

B. Вторичные сосудистые поражения спинного мозга:

1. Патология позвоночника: остеохондроз, спондилолистез, врожденный синостоз, туберкулезный спондилит, опухоли позвоночника, гормональная спондилопатия и др.

2. Заболевания оболочек спинного мозга (лептоменингиты и эпидуриты).

3. Опухоли спинного мозга.

В. Зависящие от нескольких причин (с первичным и вторичным поражением сосудов спинного мозга):

1. Сосудистые поражения при травмах позвоночника и спинного мозга.

2. Прочие заболевания и патологические состояния (болезни крови, эндокринных органов и др.).

II. Характер нарушения кровообращения

A. Острые нарушения спинального кровообращения:

1. Преходящие нарушения: а) в бассейне позвоночной артерии; б) дисциркуляции в корешково-медуллярной артерии; в) дисциркуляции в передней корешковой артерии; г) дисциркуляции в задней корешковой артерии.

2. Инсульты; а) инфаркт (ишемические размягчения спинного мозга); б) кровоизлияния: парэнхиматозное (гематомиялия), субарахноидальное (гематораксис), эпилептическое.

B. Подострые нарушения спинального кровообращения.

В. Хроническая спинальная сосудистая недостаточность (дисциркуляторная миелопатия).

Г. Последствия перенесенного спинального инсульта:

1. В стадии регрессирования.

2. В стадии остаточных явлений.

III. Клинические синдромы

A. По длине спинного мозга:

1. Шейно-стволовой.

2. Верхне-шейный.

3. Шейного утолщения.

4. Грудных сегментов.

5. Поясничного утолщения.

6. Эпиконуса (паралитического ишиаса при дискогенной природе процесса).

7. Конуса.

B. По поперечнику спинного мозга:

1. Синдром поперечного поражения спинного мозга.

2. Синдром поражения вентральной зоны (вентральной $\frac{2}{3}$ спинного мозга).

3. Неполный синдром Броун — Секара.

4. Задне столбовой синдром.

5. Полиомиелитический синдром.

6. Сирингомиелический синдром.

7. Пирамидный синдром.

8. Синдром бокового амиотрофического склероза.

9. Синдром краевой зоны.

IV. Локализация очага поражения в соответствии с сосудистым бассейном

A. В магистральных сосудах (аорта, позвоночная артерия, сегментарные ветви аорты и корешково-медуллярные артерии).

B. В сосудах спинного мозга: 1. В системе передней спинальной артерии. 2. Задних спинальных артерий. 3. Передних корешковых артерий. 4. Задних корешковых артерий. 5. Центральной артерии и других ветвей передней корешковой артерии.

В. Соответственно «критическим зонам» кровоснабжения спинного мозга:

1. По длине: а) зона бульбарная, б) шейная С₄, в) грудная Д₄, Д₈₋₁₀, г) поясничная зона L₁ — L₂, д) конус.

2. По поперечнику: а) центральные отделы спинного мозга — верхушка передних и основание задних рогов, б) территория стыка между конечными ветвями передней, задними спинальными артериями и сосудами *vasa corona*.

Г. Диффузное поражение сосудов.

Д. Поражение вен (верхней полый, нижней полый, корешковых и вен спинного мозга).

V. Характеристика клинических синдромов

А. При острых нарушениях спинального кровообращения:

1. Субъективная симптоматика при отсутствии или наличии слабо выраженных симптомов органического поражения спинного мозга.

2. Отчетливо (умеренно) выраженное нарушение функции спинного мозга — четко выраженные парезы с изменениями в рефлекторной сфере и чувствительными нарушениями, иногда с легкими тазовыми нарушениями.

3. Резко выраженное нарушение функции спинного мозга — глубокие парезы или параличи, выраженные нарушения чувствительности до степени анестезии и выраженные тазовые нарушения.

Б. При хронической спинальной сосудистой недостаточности:

1. Компенсированный (нерезко выраженная утомляемость или иногда слабость в конечностях).

2. Субкомпенсированный (нарастающая слабость в конечностях, умеренно выраженные нарушения чувствительности, изменения в рефлекторной сфере).

3. Декомпенсированный (отчетливые парезы или параличи с выраженными чувствительными нарушениями и тазовыми расстройствами).

VI. Состояние трудоспособности

А. Трудоспособен.

Б. Временно нетрудоспособен.

В. Ограниченно трудоспособен.

Г. Нетрудоспособен.

Д. Нуждается в посторонней помощи.

Е. Нуждается в наблюдении.

Этиологические факторы разделены на три группы. В первую включены заболевания, поражающие непосредственно сердечно-сосудистую систему, врожденные и приобретенные изменения ее и общие гемодинамические нарушения; во вторую — патологические процессы, приводящие к сдавлению сосудов спинного мозга извне: патология позвоночника, оболочек и опухоли спинного мозга; в третью — сочетание различных факторов (чаще это атеросклероз и остеохондроз позвоночника; сюда же отнесены лейкозы и др.). В разделе «Характер нарушения кровообращения» выделены переходящие нарушения в бассейне позвоночной артерии, так как последние сопровождаются не только ствольными, но и спинальными симптомами.

Поскольку в ряде случаев регресс симптоматики через 1 год после спинального инсульта еще продолжался, его последствия разделены на две стадии: регрессирования и остаточных явлений.

Клинические синдромы ишемического поражения спинного мозга выделены в зависимости от локализации очага по длине и поперечнику спинного мозга. Они в практике невропатолога встречаются нередко. Что касается синдрома краевой зоны, то он, как и заднестолбовой синдром, впервые описанный Я. Ю. Попелянским (1962), встречается реже. У нас было всего по одному такому наблюдению.

В разделе локализации очага в бассейне сосудов спинного мозга кроме передних и задних корешковых артерий отдельно выделены передняя и задние спинальные артерии, снабжающие лишь верхние шейные сегменты.

Для удобства экспертизы трудоспособности и прогноза спинальных инсультов клинический симптомокомплекс разделен на три степени. К слабо выраженному нарушению функции спинного мозга отнесена патология лишь с субъективными симптомами при отсутствии органического поражения спинного мозга или при легкой его форме, к умеренно выраженному — спинальные инсульты с четкими парезами, изменениями в рефлекторной сфере, чувствительными нарушениями и иногда легкими тазовыми расстройствами, к резко выраженному — глубокие парезы или параличи, значительные расстройства чувствительности и функции тазовых органов. Хроническая спинальная сосудистая недостаточность разделена, как и другими авторами, на компенсированные, субкомпенсированные и декомпенсированные стадии.

Для определения трудоспособности в классификации выделено 6 групп. К нуждающимся в наблюдении отнесены больные с выраженными бульбарными нарушениями и с поражением дыхательной мускулатуры.

Таким образом, в предлагаемой классификационной схеме сосудистых поражений спинного мозга этиологические факторы разделены на первичные (непосредственные поражения сосудистой системы и общие гемодинамические нарушения) и вторичные патологические факторы, приводящие к сдавлению сосудов спинного мозга. Подробно представлены клинические синдромы по локализации очага поражения по длине и поперечнику спинного мозга. По выраженности клинического синдрома спинальные инсульты разделены на 3 степени, а хроническая спинальная сосудистая недостаточность — на 3 стадии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Миротворская Е. А. В кн.: Вопросы психиатрии и невропатологии. Л., в. 12, 1966.— 2. Попелянский Я. Ю. В кн.: Остеохондрозы позвоночника. Новокузнецк, 1962.— 3. Рябова М. И. Клиника нарушений спинального кровообращения. Автореф. канд. дисс., Киев, 1973.— 4. Шмидт Е. В. и Максудов Г. А. Журн. невропатол. и психиатр., 1971, в. 1.— 5. Jellinger K. Wien. klin. Wschr., 1967, 79, 41.

Поступила 18 марта 1974 г.

УДК 616.832:616.711:616—053.31

РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА, ПОЗВОНОЧНИКА И ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ

Проф. А. Ю. Ратнер

Кафедра нервных болезней детского возраста (зав. — проф. А. Ю. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Несмотря на значительное число публикаций, посвященных родовому травматизму нервной системы, в данной области существует огромное количество противоречий и нерешенных проблем. Это касается и терминологии, и методологии, и элементарных вопросов топической диагностики, и современных параклинических методов исследования.

Мы с 1971 г. изучаем неврологические особенности и клиническую характеристику основных форм натальных поражений спинного мозга в сопоставлении с результатами электрофизиологических, рентгенологических и секционных исследований с целью предложить адекватные методы терапии и разработать организационные принципы раннего выявления, диспансеризации и преемственности в лечении.

Под нашим наблюдением находилось более 500 детей в возрасте от 1—2 мес. до 14—15 лет. Даже в родах, протекающих без осложнений, на шейный отдел позвоночника, спинной мозг и позвоночные артерии плода падает огромная нагрузка. Особенно опасна даже минимальная