

Реоэнцефалографические показатели гемодинамики у больных рассеянным склерозом

| Бассейн | α , сек. | α/β | α/T , % | Q, сек | i | Коэффициент асимметрии |
|-----------------------|--|--|--------------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| Полушарная РЭГ . . | $0,10 \pm 0,05$ ($0,11 \pm 0,01$) | $1:6,8 \pm 4,1$ ($1:5,4 \pm 0,3$) | $13,1 \pm 8,0$ ($16,7 \pm 0,9$) | $0,16 \pm 0,07$ ($0,16 \pm 0,00$) | $0,76 \pm 0,84$ ($1,37 \pm 0,05$) | $18,9 \pm 5,2$ ($29,9 \pm 14,5$) |
| Темпоральная РЭГ . . | $0,09 \pm 0,06$ ($0,11 \pm 0,01$) | $1:7,5 \pm 4,7$ ($1:5,4 \pm 0,3$) | $11,9 \pm 7,2$ ($17,0 \pm 0,9$) | $0,19 \pm 0,54$ ($0,17 \pm 0,00$) | $0,57 \pm 0,66$ ($0,14 \pm 0,05$) | $24,0 \pm 6,1$ ($17,2 \pm 4,0$) |
| Вертебральная РЭГ . . | $0,09 \pm 0,11$ ($0,11 \pm 0,01$) | $1:6,7 \pm 5,0$ ($1:5,3 \pm 0,3$) | $12,9 \pm 9,7$ ($17,0 \pm 0,9$) | $0,16 \pm 0,08$ ($0,16 \pm 0,00$) | $0,52 \pm 0,62$ ($1,00 \pm 0,05$) | $37,6 \pm 9,0$ ($18,4 \pm 4,1$) |

Примечание. В скобках даны показатели контрольной группы.

вен $1,00 \pm 0,05$ ($P < 0,01$). Коэффициент асимметрии у больных также увеличен по сравнению с контролем. Все это может свидетельствовать о снижении интенсивности кровенаполнения в сосудах мозга больных рассеянным склерозом, в том числе и в вертебро-базилярном бассейне. Как известно, из этого бассейна кровоснабжаются большая часть ствола мозга, задние отделы гипоталамуса, мозжечок, часть затылочных долей мозга, верхняя часть шейного отдела спинного мозга. В этих же отделах чаще локализуются склеротические бляшки (основной патологоанатомический субстрат). Недостаточность кровоснабжения этих зон у больных рассеянным склерозом может сформировать, на наш взгляд, своего рода «замкнутый круг» вследствие нарушения функционального состояния гипоталамо-стволовых образований головного мозга, участвующих в вегетативно-сосудистой регуляции, и создать предпосылку к хронически-прогрессирующему течению заболевания. Выказанные предположения могут явиться основанием к включению в комплекс терапевтических мероприятий при данном заболевании средств, направленных на нормализацию церебральной гемодинамики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Минц А. Я., Ронкин М. А. Реографическая диагностика сосудистых заболеваний головного мозга. Киев, 1967.— 2. Яруллин Х. Х. Клиническая реоэнцефалография. Медицина, М., 1967.

Поступила 28 октября 1973 г.

УДК 616.714/716

О ЗАЖИВЛЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕРЕПА

Проф. М. Х. Файзуллин, И. И. Камалов

Кафедра рентгенологии (зав. — проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и Казанский НИИТО

Линейные переломы являются наиболее частой формой повреждений свода и основания черепа, рентгенодиагностика которых достаточно освещена в литературе [1, 3, 4, 7, 8]. Однако клинико-рентгенологические сопоставления последствий линейных переломов-трещин черепа разработаны не в полной мере. Дискутабельным остается вопрос и о сроках заживления таких переломов черепа.

Изучение последствий перенесенных повреждений черепа представляет большой клинический интерес еще и потому, что переломы черепа, как правило, сопровождаются ушибом головного мозга, а также эпидуральными, субдуральными и внутримозговыми гематомами (по данным В. В. Лебедева и Ю. И. Королькова, в 96; 64,9 и 54% соответственно); к тому же травма мозга нередко ведет к развитию внутренних заболеваний [5]. В связи с этим при обследовании лиц, страдающих травматическим заболеванием головного мозга, немаловажное значение имеет определение признаков бывшей травмы. Установление или исключение

трещин черепа облегчает детализацию травматической болезни мозга и является важным для трудовой и судебно-медицинской экспертизы. Ценность рентгенологического исследования даже на отдаленных сроках после травм заключается в том, что можно косвенно судить об их тяжести и установить локализацию поражения.

Указанные обстоятельства определили цель наших исследований: изучение клинико-рентгенологических проявлений линейных переломов на поздних и отдаленных сроках. Работа заключалась в выяснении катамнеза, неврологическом и многопроекционном кранио-рентгенологическом исследовании.

Для уточнения степени заживления линейных переломов черепа на отдаленных сроках, помимо многопроекционных снимков, мы анализировали рентгенограммы с прямым увеличением изображения, а также контактные снимки и с применением феномена параллакса, а также томограммы.

Обследовано 78 мужчин и 34 женщины в возрасте от 10 до 60 лет. У 37 из них был перелом теменных и теменно-височных костей, у 22 — затылочных, у 19 — височных, у 17 — лобных, у 9 — множественные переломы свода и основания черепа и у 8 — переломы основания черепа. У 50 чел. давность перелома была от 2 до 5 лет, у 62 — от 5 до 15. Преобладали бытовая и транспортная травмы.

К 3 годам после перенесенной травмы линия перелома черепа уменьшается в прозрачности, становится менее интенсивной; в дальнейшем, на сроках до 5 лет, отмечается ее частичное или полное исчезновение. Наконец, на сроках 10 лет и более линейные переломы обычно полностью исчезали. Случаи, когда линия перелома не исчезает через 10—15 лет после травмы, можно объяснить повреждением твердой мозговой оболочки или отодвиганием ее от кости эпидуральной гематомой. Экспериментальные данные показывают, что неповрежденная твердая мозговая оболочка принимает участие в регенерации кости [2]. У молодых лиц, особенно у детей, линейные переломы исчезают быстрее, чем у более старших.

Быстрее заживают трещины теменной и теменно-височной костей, медленнее — трещины лобной кости, далее затылочной, и наиболее медленно — переломы основания черепа, а также множественные переломы свода и основания черепа.

До 5 лет после травмы заживление с преобладанием фиброзного процесса (неравномерное исчезновение, прерывистость, уменьшение прозрачности, протяженности линии перелома) констатировано в 49%. При сроках свыше 5 лет заживление трещин черепа отмечалось уже у 86% обследованных, причем преобладала костная консолидация (полное исчезновение линии перелома-трещины на краниограммах).

Наиболее стойкими клиническими изменениями были у больных с множественными переломами свода и основания черепа, переломами левой теменной и височных костей. У больных с преимущественным поражением лобных, теменных и височных областей нередко наблюдались астенический и диэнцефальный синдромы. Для перелома свода и основания черепа, а также левой височной кости наиболее характерными были вестибулярный и церебрально-очаговый синдромы. Нередко у одного и того же больного имелось сочетание нескольких клинических синдромов. В первые годы после травмы доминировали астенический и диэнцефальный синдромы, на более отдаленных сроках (3—10 лет) — вестибулярный и очагово-церебральный.

Большинство больных жаловалось на раздражительность, вспыльчивость, иногда доходящую до аффективных вспышек, быструю смену настроений, понижение работоспособности, ухудшение памяти, нарушение сна. Вегетативно-сосудистые расстройства отмечались у 60 больных и выражались диффузным гипергидрозом, лабильностью вазомо-

торов лица, акроцианозом, усиленным и стойким местным дермографизмом, асимметрией АД (разница 10—15 мм рт. ст.). У 28 чел. отмечалось повышение АД на плечевой артерии, у 15 — понижение. Височно-плечевой коэффициент Ровинского у 32 больных был в пределах нормы, у 10 — понижен, у 19 — повышен. Головные боли у большинства лиц носили периодический характер с локализацией в области трещины или перелома, 17 больных указали на диффузную головную боль постоянного характера, сопровождающуюся тошнотой, головокружением. У 21 чел. после травмы были приступы менбероподобного характера.

У большинства больных обнаружена органическая неврологическая симптоматика в виде анизокории, асимметрии носогубных складок и анизорефлексии, наличие патологических рефлексов (у 12), нередко выраженные расстройства чувствительности. Посттравматический неврит лицевого нерва выявлен у 6 больных, неврит слуховых нервов с явлениями тугоухости — у 11, снижение и отсутствие обоняния на стороне травмы — у 5. 4 больных лечились у психиатров по поводу травматической эпилепсии с изменением личности. Заживление линейного перелома-трещины черепа не исключало тяжелых последствий последней травматической болезни головного мозга, ибо характер неврологических осложнений обусловлен в первую очередь травмой головного мозга и его оболочек.

Офтальмологические изменения выявлены у 60 больных. Они заключались в снижении остроты зрения (у 28 больных), атрофии зрительных нервов (у 3), спазме сосудов сетчатки (у 15), ангиопатии (у 4) и сужении полей зрения, выраженном в различной степени (у 25).

Изучение трудоспособности больных показало, что наиболее частой причиной ограничения трудоспособности были различные проявления астенического синдрома в виде изменений психики, генерализованные вегетативно-сосудистые нарушения, а также невриты II и VIII пар черепно-мозговых нервов. Остались на прежней работе 46 чел., 16 перешли на менее квалифицированную работу. 12% пострадавших стали инвалидами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Б а б ч и н И. С. Хирургия, 1943, 7; Закрытые повреждения черепа и головного мозга. Медгиз, Л., 1958.— 2. К а н т о р о в а В. И. Арх. анат., гистол. и эмбриол., 1973, т. XV, вып. 11.— 3. К о п ы л о в М. Б. Основы нейрохирургической рентгенодиагностики. Медгиз, М., 1940.— 4. К о с и н с к а я Н. С. в кн.: Основы практической нейрохирургии. Медгиз, Л., 1958.— 5. К у ш е л е в с к и й Б. П., Р е н е в а Т. Г. Казанский мед. ж., 1973, 5.— 6. Л е б е д е в В. В., К о р о л ь к о в Ю. И., И о ф ф е Ю. С., О с т р о в с к а я И. М. Рентгенодиагностика травматических повреждений черепа и головного мозга. Медицина, М., 1973.— 7. Р о х л и н Д. Г. и М а й к о в а-С т р о г а н о в а В. С. Вестн. рентгенол. и радиол., 1940, т. 20, вып. 5.— 8. Ф а й з у л л и н М. Х. Рентгенодиагностика повреждений мозгового черепа и некоторые вопросы пневмоэнцефалографии. Таткнигоиздат, Казань, 1961; Рентгенодиагностика повреждений костей черепа. Методические материалы. Таткнигоиздат, Казань, 1951.

Поступила 14 марта 1974 г.

УДК 616.714/716

О СРОКАХ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ

С. А. Гринберг, А. А. Калашников, И. И. Камалов

Нейрохирургическое отделение Казанского научно-исследовательского института
травматологии и ортопедии

Несмотря на большое число работ, посвященных клинике и лечению острой черепно-мозговой травмы, прогнозирование исходов этой патологии мало изучено. Не существует также единства мнений относительно наиболее оптимальных сроков госпитализации и трудовой экспертизы больных с травмой различной тяжести.