

Ампутацию производили в пределах клинически здоровых тканей, а у части больных — в зоне гипоэстезии. Наблюдения показали, что у всех пациентов после ампутации конечности заживление кожных ран происходило в обычные сроки, на отдаленных сроках нейротрофические расстройства не возникали, больные пользовались протезами. Этот опыт убедил нас, что при стойких нейротрофических процессах ампутация становится вынужденной мерой. С целью формирования максимально длинной культы она может быть произведена и на уровне частичной гипоэстезии. Артродез выполнен лишь при отсутствии раневого процесса на стопе. Наиболее эффективен так называемый артродез корня стопы, при котором сразу артродезируются надтаранный, подтаранный и таранно-ладьевидные суставы. Эта операция возвращает больному устойчивость стопы, предупреждает развитие деформирующих изменений в суставах стопы, избавляет от болей. Однако при нейротрофических процессах в стопе показания к этой операции весьма ограничены.

Из консервативных методов лечения нами широко использовались физиотерапия (К-электрофорез, УФ-облучение, УВЧ-терапия, гальванизация, грязелечение), лечебная физкультура, массаж.

Физиотерапевтические и оперативные методы лечения инвалидов Отечественной войны с повреждением седалищного нерва всегда сочетались с общеукрепляющим и медикаментозным лечением. Больным производили переливание крови, кровезаменителей, широко использовали витаминотерапию, назначали богатую витаминами и белками диету. У ряда больных с целью стимуляции регенеративных процессов применяли тканевую терапию по Филатову.

В результате лечения у 122 больных (71,8%) было достигнуто улучшение течения патологического процесса: уменьшение трофических расстройств, исчезновение воспалительных явлений в тканях стопы, сокращение, а у ряда больных стойкое закрытие язв. У 48 больных (28,2%) улучшения добиться не удалось. У части из них была произведена ампутация конечности, о чем упоминалось выше.

Поступила 16 ноября 1977 г.

УДК 616.717.5—009.7

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И КЛАССИФИКАЦИЯ ВЕГЕТАТИВНО-ИРРИТАТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ

Е. С. Строков

*Кафедра нервных болезней (зав.— проф. Я. Ю. Попелянский) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Реферат. Обследовано 705 больных с переломом лучевой кости в типичном месте. У 134 (19%) выявлен вегетативно-ирритативный синдром и изучена его клиническая картина и течение. Предлагается разделять синдромы по распространенности на дистальную и тотальную симпатальгию руки, квадрантный и половинный синдром и выделять ангиодистоническую, дистрофическую и миофиброзную стадии течения. Чем более распространен патологический процесс, тем труднее он поддается лечению. Переход процесса во вторую — дистрофическую — стадию еще более затрудняет выздоровление.

Ключевые слова: лучевая кость, перелом, вегетативно-ирритативный синдром.

Библиография: 9 названий.

Переломы лучевой кости типичной локализации занимают первое место по частоте среди всех переломов. Согласно данным Г. И. Турнера (1931) и И. Ф. Тютюника (1961), после этих переломов в 9—16% развиваются вегетативно-ирритативные синдромы.

Нами обследовано 705 пациентов с переломом лучевой кости в типичном месте. У 134 из них (11 мужчин и 123 женщины в возрасте от 19 до 77 лет) был выявлен вегетативно-ирритативный синдром. Переломы справа были у 66, слева — у 68. Большинство больных находилось под наблюдением с первых дней после репозиции и наложения гипсовой повязки и только 34 пациента — после ее снятия. Контрольную группу составили 140 больных с переломом лучевой кости без вегетативно-ирритативного синдрома.

У 52 пострадавших с самого момента травмы возникли настолько интенсивные боли в предплечье и кисти, что больные в первые 1—6 суток не могли уснуть; боли продолжали беспокоить их в течение всего периода иммобилизации и немного стихали после обезболивания перед репозицией и иммобилизацией. Развивался отек пальцев и кисти, свободной от гипсовой повязки. Кожа кисти и пальцев с первых дней была багрово-синюшной, горячей на ощупь. Смена повязки облегчения не приносила.

Менее интенсивные боли в начальном периоде отмечены у 82 больных. Такими

же они оставались и в периоде иммобилизации. Отек пальцев был умеренным, объем движений — большим. Однако после снятия повязки на 2—3-й день возникали ригидность в пальцах и лучезапястном суставе, движения в пальцах и кисти становились резко болезненными, нарастали отек и синюшность кожи кисти.

В дальнейшем существенной разницы в клинической картине у больных этих групп не отмечалось. У многих пациентов к концу иммобилизации боль с кисти и дистального отдела предплечья распространялась на все предплечье, плечо, плечевой сустав, в область шеи, головы, грудной клетки, на бедро или на всю соответствующую половину тела. У 3 пациентов боль распространялась на противоположную руку. При этом боль в дистальном отделе руки была всегда интенсивней, усиливалась от движений кисти и пальцев, при опускании руки, при волнении, во время голода, при перемене погоды, особенно перед ненастьем, при охлаждении. Умеренное тепло уменьшало боли, а от горячего они усиливались. Ночью боли становились нестерпимыми, лишая пациентов сна, особенно из-за невозможности выбрать удобное положение руки. Так, 12 человек могли спать только в позе «салютующего пионера». Днем они предпочитали держать руку на косыночной повязке, снимая ее с повязки только для проведения лечебной гимнастики. Одновременно с болями возникала повышенная зябкость кисти или всей руки. Рвущая, ноющая боль через 2—4 нед становилась мозжащей, «нудной», сверлящей, лишая пациентов аппетита и уверенности в выздоровлении.

При электротермометрии обнаруживалась асимметрия от 0,5 до 6°. Кожа в первые же дни становилась сухой, а на тыле кисти — блестящей и истонченной, как папиросная бумага, легко прокальвалась при исследовании чувствительности. У большинства больных (до 88%) появлялся гипертрихоз, особенно на тыле локтевой стороны предплечья и на тыле основных фаланг. У 7 больных наблюдалось относительно обильное оволосение на средних фалангах. Эти волосы были не только длиннее, но и толще в диаметре, чем на здоровой стороне (микрометрически вместо 0,05 мм—0,08—0,09 мм) и часто имели характерный вид — толстые и черные внизу у корня и более тонкие и светлые к верхушке.

Отек кисти и пальцев, в первые дни мягкий, тестообразный, при затяжном течении становился твердым, резиноподобным, отмечалось быстрое исчезновение вмятины после надавливания. Кожа при резко выраженном отеке теряла свой рисунок не только на тыле кисти, но и на ладонной стороне. Ногти у 29 больных (21,6%) замедляли рост, за 2—3 месяца их приходилось срезать не более 1—2 раз. У 61 больного (45,5%) ногти росли быстрее и вскоре загибались к ладонной поверхности. При замедленном росте они становились хрупкими, а при быстром выявлялась грубая продольная или (реже) поперечная исчерченность, иногда имевшая вид «лесенки». В некоторых случаях пальцы приобретали типичный вид «обсосанного пальца» или «сосульки», когда концевая фаланга истончалась дистально, а ноготь становился более длинным, чем на здоровой стороне.

В период разгара вегетативно-ирритативного синдрома четко проявлялось влияние положения руки на ее цвет. Так, при опускании руки она становилась более синюшной, при поднимании — бледной, при горизонтальном положении через 20—40 сек приобретала обычный цвет. Часто (26,8%) ладонная сторона кисти имела неравномерный багрово-синюшный цвет, пятна цианоза чередовались с пятнами бледности. У некоторых больных (7,4%) наблюдалась бледность всей отечной кисти.

При распространенном стойком болевом синдроме в 50% визуально и пальпаторно определялась желеобразная припухлость в области медиального мыщелка плеча. Кожа в этом месте становилась дряблой, нависала над суставом.

У 20 пациентов обнаруживалась плотная припухлость в надключичной области. У 2 больных на стороне перелома и у 2 на противоположной стороне имелась плотная припухлость грудно-ключичного сустава — синдром Титце [1, 9], у 1 были резкие боли и подострая атрофия дельтовидной, подостной и ромбовидной мышц в стадии затухающего обострения вегетативно-трофических нарушений (синдром Персонейдж — Тернера [2]). В стадии разгара синдрома у 17 пациентов отмечен гипергидроз ладонной стороны кисти и межпальцевых промежутков. Пот имел зловонный запах, иногда стекала каплями. Кожа часто была мацерированной. У всех больных с вегетативно-ирритативным синдромом рентгенофотометрически обнаруживался остеопороз костей кисти и дистальной трети предплечья, иногда плечевой кости, ключицы, ребер.

Сразу после перелома и в последующие дни движения пальцев становились значительно ограниченными и болезненными, нарастали сосудисто-трофические симптомы. После снятия гипсовой повязки активные движения либо совсем прекращались (у 23 больных), либо были резко ограниченными и болезненными. Ригидность в лучезапястном и пальцевых суставах наступала более быстрыми темпами, чем у лиц без вегетативно-ирритативного синдрома. У 14 пациентов, у которых не было активных движений, в пределах малой амплитуды пассивных движений кисти и пальцев обнаруживался повышенный тонус. Кисть приобретала вид «спянной» или форму «кисти акушера» либо напоминала кисть, держащую мяч. Это давало основание говорить о рефлекторных контрактурах. У 9 больных была отмечена полная гипотония, что соответствует картине рефлекторного паралича.

У 33 человек наблюдался более частый, чем при паркинсонизме, тремор кисти

сгибательно-разгибательного или пронаторно-супинаторного типа, у 42 — тремор пальцев кисти. Дрожание усиливалось при движениях, легком утомлении руки. У 3 больных, у которых перелом возник на фоне паркинсонизма, тремор на поврежденной руке был больше по амплитуде. У 1 пациента отмечены миоклонии за счет сокращения трехглавой мышцы. У 12 человек уменьшилась амплитуда движений в локтевом суставе. Еще чаще (у 34 больных) наблюдалось нарушение объема движений в плечевом суставе, причем особенно болезненными и ограниченными были отведение и ротация. При пассивных движениях предплечья часто (у 73 чел.) обнаружилось повышение тонуса плечевого сустава, которое при продолжении движений нарастало. Пальпаторно у большинства обследованных (91%) определялась гипотония. В сгибателях и (чаще) в разгибателях кисти пальпировалось тестообразное размягчение, более распространенное при рефлекторных параличах (у 19 больных). В постиммобилизационном периоде у всех обследованных обнаружена гипотрофия мышц предплечья, у 91 — плеча и у 21 — плечевого пояса. Нередко поврежденная рука приобретала форму «булавы»: гипотрофичное, потерявшее прежнюю форму предплечье и шарообразная, отекая, с полусогнутыми пальцами кисть.

Карпо-радиальный рефлекс на больной стороне оказался повышенным у 103 больных, повышение рефлексов с сухожилий двуглавой и трехглавой мышц отмечено у 97. При явном повышении рефлексов электрическая возбудимость соответствующих мышц была достоверно снижена (у 72 обследованных 2,8 мА при 1,9 мА на здоровой стороне).

Чувствительность, особенно в дистальных отделах рук, была грубо нарушена. Гипалгезия с гиперпатией определялась у 77 чел., гиперестезия — у 33. Наряду с участками гипестезии обнаруживалась гиперестезия. Нередко наблюдалась диссоциация между болевой и температурной или между болевой и тактильной чувствительностью. У всех больных была снижена или отсутствовала вибрационная чувствительность. Мышечное-суставное чувство нарушалось редко и умеренно. Часто удлинялось время адаптации к уколу.

Распространение чувствительных расстройств колебалось в широких пределах. Начинаясь в области кисти, эти нарушения достигали различных уровней по псевдосегментарному типу, иногда захватывая верхнюю четверть (у 26), а то и всю половину тела (у 6) и редко — противоположную руку (у 3). Границы чувствительных нарушений были нечеткими и непостоянными. Двигательные расстройства наблюдались преимущественно в руке и редко в шее, нарушения со стороны трофики — на всей верхней четверти тела. Так, остеопороз иногда выявлялся не только в костях кисти и предплечья, но и в плечевой кости, ключице и ребрах. Сосудисто-секреторные нарушения, так же как и чувствительные, иногда распространялись на четверть и половину тела (потливость, бледность, изменение температуры и электрокожного сопротивления).

Наши наблюдения показали, что тяжесть неврологической картины и прогноз определялись не столько отдельными (пусть и яркими) симптомами, сколько выраженностью и распространенностью всего вегетативно-ирритативного синдрома.

Исходя из этого, мы считаем возможным рекомендовать следующую классификацию вегетативно-ирритативного синдрома, опирающуюся на данные о распространенности болевых зон, нарушений движений, чувствительности, трофики и секреторных изменений:

- 1) дистальная симпаталгия — синдром, при котором соответствующая патология не распространяется выше локтевого сустава (нами она обнаружена у 64 пациентов);
- 2) тотальная симпаталгия, распространяющаяся до уровня плечевого сустава (установлена у 38 больных);
- 3) квадрантный синдром, распространяющийся на верхнюю четверть тела (выявлен у 26 больных);
- 4) половинный синдром — в патологический процесс вовлекается половина тела (констатирован у 6 больных).

В развитии указанных выше, как и других вегетативных синдромов, согласно данным ряда авторов [5—8], наблюдается три стадии: ангиодистоническая, дистрофическая и конечной атрофии. Последней стадии у наших больных не отмечено.

У всех 134 пациентов патологический процесс начинался с ангиодистонической стадии и только у 6 перешел во вторую, дистрофическую стадию.

Длительность нетрудоспособности у больных с дистрофической стадией достигла 84 дней ($P < 0,05$), что значительно больше, чем у остальных пациентов. Временная нетрудоспособность возрастала и в группах больных с более распространенным процессом. Так, при дистальной симпаталгии она составила 44 дня, а при квадрантных синдромах — 63 дня.

После стихания основных вегетативно-трофических нарушений мы выделяем стадию миофиброзных проявлений. Она характеризуется поражением мышц, их инсерций, апоневрозов, фиброзно-костных каналов нервов, периартикулярных зон. В этой стадии мы наблюдали плечевые периартрозы, эпикондилиты, стилоидиты, контрактуры Дюпюитрена, синдромы Титце передней лестничной мышцы, круглого пронатора, синдром Персонейдж — Тернера (1963) и др. Миофиброзные проявления обнаружены у 41,8% пациентов. В контрольной группе указанные синдромы почти не встречались (отмечены лишь контрактуры Дюпюитрена у 2 больных).

На распространение процесса влияют сопутствующие обострения висцеральных заболеваний, клинически выраженный остеохондроз и очаги патологической импульсации с периферии.

Итак, по нашим данным при переломе лучевой кости в типичном месте почти у каждого пятого больного возникала картина вегетативно-ирритативного синдрома, чему способствовали дополнительные очаги ирритации и преморбидная вегетативная патология. Классификация указанных синдромов должна основываться на их распространенности и интенсивности, а стадии процесса — на характере выраженности сосудистых, мышечно-тонических и дистрофических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попелянский Я. Ю., Строков Е. С., Хижняк О. И. Клин. мед., 1971, 9.—2. Скоромец А. А. Журн. невропатол. и психиатр., 1963, 6.—3. Турнер Г. И. Вестн. хир. и пограничн. обл., 1931, 22.—4. Тютюник И. Ф. Врач. дело, 1961, 9.—5. Фролова А. Ф. Рефлекторная дистрофия конечности после травмы и воспаления. Автореф. канд. дисс., Харьков, 1950.—6. Plewes L. W. J. Bone Jt. Surg., 1956, 38—B, 195.—7. Scheibe G., Karitzky B. Chirurg, 1954, 25, 5.—8. Semb H. Acta Orthoped. Scand., 1971, 42, 1.—9. Tietze A. Berliner Klinische Wochenschrift, 1921, 58, 829.

Поступила 1 апреля 1978 г.

УДК 616.711+616.832]—001:616.134.91/145.53

СПИНАЛЬНЫЕ СОСУДИСТЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Е. К. Валеев, Р. Ш. Шакуров

Нейрохирургическое отделение Казанского НИИ травматологии и ортопедии (директор — проф. У. Я. Богданович) и кафедра невропатологии Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Проведено комплексное клиническое, рентгенологическое и электрофизиологическое обследование 120 больных с травматическими повреждениями позвоночника и спинного мозга. У 34 из них выявлено ишемическое поражение спинного мозга, обусловленное сосудистыми расстройствами, что подтверждалось несовпадением очага поражения мозга и уровня перелома, наличием двух очагов поражения — в области травмы и на отдалении, соответствием очага поражения зоне васкуляризации спинного мозга. Своевременное распознавание ишемического поражения спинного мозга позволяет определить рациональную лечебную тактику, что влияет на течение и исход заболевания.

Ключевые слова: сосуды спинного мозга, травмы.

Библиография: 9 названий.

Клиницисты и патологоанатомы неоднократно отмечали несоответствие между тяжестью поражения спинного мозга и степенью повреждения позвоночника [5, 6, 8]. При закрытых травмах позвоночника, на первый взгляд незначительных, наблюдались тяжелые поражения в виде размягчения всего поперечника спинного мозга или появления множественных некротических очагов не только на уровне травмы, но и в далеко отстоящих сегментах спинного мозга. Данное несоответствие объясняли направленным аэродинамическим сил, возникших в момент травмы [4, 7]. В настоящее время подобные дистантные поражения связывают с ишемическими размягчениями спинного мозга, которые могут наступать в остром и отдаленном периодах травмы, составляя часть сложной картины травматического поражения спинного мозга [2, 9].

В остром периоде травмы важно дифференцировать повреждение спинного мозга, вызванное непосредственной компрессией его, от ишемического размягчения, обусловленного сосудистыми расстройствами. Своевременное распознавание ишемического поражения спинного мозга определяет рациональную лечебную тактику, влияет на течение и исход заболевания.

Цель данной работы — изучение сосудистых поражений спинного мозга в различных периодах осложненной травмы позвоночника.

Под нашим наблюдением находилось 120 больных (87 мужчин и 33 женщины) с травмами позвоночника и спинного мозга (возраст — от 18 до 56 лет). У 33 из них был поврежден шейный отдел позвоночника, у 45 — грудной и у 42 — поясничный. Наряду с тщательным неврологическим обследованием больных в остром и отдаленном периодах травмы производились спондилография, в том числе и томография, пневмомиеелография, эпидурография, с водорастворимыми йодсодержащими препаратами, веноспондилография, реоэнцефалография и электромиография. 92 боль-