

ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕРЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В ВИСОЧНЫХ И ЗАТЫЛОЧНЫХ АРТЕРИЯХ У СТРАДАЮЩИХ ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ

П. В. Полисадов

(Казань)

Измерение давления на височных артериях впервые введено Г. И. Маркеловым и его сотрудником С. А. Ровинским в 1935 г. в связи с разрешением вопроса о развитии регионарной церебральной патологии сосудистого тонуса.

У нас возникла мысль, что эти исследования будут значительно полнее и ценнее, если одновременно исследовать давление на затылочных артериях. При измерении давления на двух височных и двух затылочных артериях мы получаем более точное указание на область патологического процесса, чем при одном измерении на височных артериях.

Регионарная церебральная гипертония, как и гипотония, была изучена нами у 200 больных, находившихся в неврологическом отделении на стационарном исследовании и лечении с жалобами на упорные систематические головные боли после травматических повреждений головы, перенесенных инфекционных заболеваний, а нередко и без заметных причин. Все эти больные подвергались исследованию глазного дна, спинномозговой жидкости, рентгенографии черепа, а также измерению кожной температуры электротермометром марки ЭТУ-М с полупроводниковыми датчиками на симметричных местах с обеих сторон лобной, височной, теменной, затылочной областей, на лице, шее, туловище и конечностях.

Измерение давления на височных артериях позволяет определять состояние правой и левой сторон в переднем, а главным образом в среднем отделе сосудов головного мозга. Измерение давления на затылочных артериях позволяет определять состояние правой и левой сторон задней черепной области. На стороне патологического процесса отмечается стойкое изменение АД.

Ввиду того, что методика измерения давления на затылочных артериях в литературе достаточно не освещена, следует кратко остановиться на этом. Измерение производится такой же манжеткой пальпаторно, как и височное, или маленькой манжеткой на осциллографе на уровне затылочного бугра на середине расстояния между бугром затылочной кости и сосцевидным отростком височной кости или с небольшим отклонением в ту или другую сторону. Как известно, височно-плечевой коэффициент составляет в норме в среднем 0,5, а затылочно-плечевой — 0,25 или 0,5 затылочно-височного соотношения.

Регионарная церебральная патология отражается на сосудистом тонусе (повышение или понижение давления в затылочной артерии).

Для иллюстрации приводится одно наблюдение.

Л., 21 года, жалуется на боли в левой затылочной области, постоянные, давящие, усиливающиеся от физического напряжения, заболел 4 месяца тому назад после удара молотком по левой лобной области.

Больной вял, медлителен, несколько замкнут. Анизокория (левый > правого). Брюшные рефлексы справа ослаблены, сухожильные и периостальные повышены. Внутренние органы — без патологии.

На рентгенограмме черепа усиление пальцевых вдавлений.

Давление спинномозговой жидкости повышено (до 120 капель в 1 мин); реакция Панди — положительная, Нонне — Апельта — слабо положительная, цитоз — 6, белка — 0,49%, при микроскопии — единичные лейкоциты. АД: на правой плечевой артерии — 100/55 — 120/80, на левой — 100/55 — 115/80; на височных — справа чаще было 30 — 50, а слева — 60 — 80, иногда — 90 — 110; на затылочных асимметрия давления отмечалась ежедневно, слева оно было выше на 10 — 30 (справа — 20 — 40, слева — 30 — 60).

Постоянно отмечалось повышение температуры кожи слева на затылочной, лобной, височной областях и на лице от 0,3 до 1,0°.

Приведенный пример показывает: 1) совпадение области травмы, патологического процесса и регионарной церебральной сосудистой гипертонии на одной левой стороне; 2) височно-плечевой и затылочно-плечевой индексы были постоянно повышены; 3) указанные индексы слева были значительно выше, чем справа, что можно иллюстрировать данными АД только за один день: плечевое давление справа — 100/55, слева — 105/55; височное справа — 60, слева — 90; затылочное справа — 30, слева — 60, следовательно, височно-плечевой коэффициент справа составляет 0,6, слева — 0,9; затылочно-плечевой справа — 0,3, слева — 0,6.

Насколько данные методы исследования ценны для уточнения топической диагностики патологии головного мозга и его оболочек свидетельствует следующая выдержка из истории болезни.

З., 20 лет, пять месяцев тому назад при падении ушиб правую затылочную область, терял сознание на 60—70 мин, была рвота.

Стойкая анизокория (правый > левого). На рентгенограмме черепа трещина затылочной кости справа. Спинномозговая жидкость вытекала под повышенным давлением (150—120 капель в 1 мин); реакция Панди слабо положительная, цитоз — 12, белка — 0,23%. АД на плечевых артериях справа — 130—105/70—50, слева — 125—105/65—50; на височных справа — 85—90, слева — 70—75; на затылочных справа — 55—80, слева — 10—30. Температура кожи на правой затылочной области была постоянно выше, чем слева, на 0,5—0,9°, на правой лобной и височной областях лишь иногда была выше на 0,5°.

В приведенном примере церебральная сосудистая гипертензия в правой затылочной и височной областях красноречиво доказывает ее значение для топической диагностики. Выявление регионарной церебральной сосудистой гипертонии в правой затылочной области представило диагностический интерес и для следующего больного:

Д., 21 года, жалуется на постоянные ноющие, иногда пульсирующие боли в правой затылочной области, усиливающиеся при душевных волнениях, физических напряжениях. При исследовании больного терапевтами и физиотерапевтами патологии не обнаружено. Со стороны анимальной нервной системы отклонений не отмечалось, были обнаружены лишь явления симпатикотонии; так, при исследовании рефлекса Данини-Ашнера пульс чаще не изменялся или ускорялся на 4 удара, а при пробе Эрбена урежение, как правило, было на 24—28 ударов. Спинномозговая жидкость вытекала с очень низким давлением (20 капель в 1 мин); реакции Панди и Нонне-Апельта — положительные, цитоз — 12, единичные лимфоциты; белка — 0,49%.

АД на плечевых артериях было часто симметричным, 90—100—105—110/65—50; на височных — 20—40—50, на левой затылочной — 25—40—60, а на правой затылочной — 60—80.

В данном случае затылочно-плечевой коэффициент справа составляет 0,7—0,8, в то время как височно-плечевой — 0,2—0,5, следовательно, можно сделать вывод, что головные боли в правой затылочной области вызваны регионарной церебральной гипертензией.

Исследованием давления на затылочных артериях (как и на височных) выявляются и постинфекционные церебральные осложнения (арахноидиты и т. п.) после перенесенного гриппа, менингита и пр.

Р., 20 лет, более 6 месяцев тому назад перенес сухой плеврит, после чего установилась стойкая головная боль справа, больше в затылочной области. Больной вял, медлителен, замкнут. Со стороны нервной системы отмечается анизокория (правый > левого), правый угол рта острее и ниже левого при оскале зубов. На рентгенограмме отмечается усиление пальцевых вдавлений. Спинномозговая жидкость: давление повышено (150—120 капель в 1 мин), реакция Панди слабо положительная, цитоз — 10, белка — 0,19%. Температура кожи на правой затылочной и лобной областях была выше на 0,2—0,4°.

АД на плечевых артериях симметричное, 100—110/40—70. На левой височной чаще было 50—60, изредка — 70, на правой височной чаще 65—70, а на правой затылочной чаще 90, в то время как на левой затылочной 40—50—60. В данном случае правый затылочно-плечевой индекс составляет 0,9.

Иногда компенсаторные механизмы успешно выравнивают АД, и это может ввести в заблуждение или привести к отрицательной оценке данного метода исследования.

Примером может служить Г., 17 лет, с опухолью головного мозга (мультиформная глиобластома, исходящая из эпендимы боковых желудочков, протекавшая с ремиссиями, во время которых состояние больного было вполне удовлетворительным, когда исчезали даже головные боли и височно-плечевой индекс и затылочно-плечевой составляли 0,5 и даже 0,4). При ежедневных измерениях АД все же удавалось уловить регионарную сосудистую гипертензию на височных, а чаще — на затылочных артериях (рост опухоли был из задних рогов боковых желудочков) соответственно опухолевому процессу.

В заключение следует отметить, что измерение давления на височных и затылочных артериях вполне применимо при исследовании больных с жалобами на головные боли не только в условиях стационара, но и поликлиники.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арешникова Л. А. Журн. неврол. и псих., 1960, 12. — 2. Маркелов Г. И. Клин. мед., 1936, 6; Тр. Одесск. 2-й клин. б-цы, т. III, 1939. — 3. Маркелов Г. И., Ровинский С. А. Сов. психоневр., 1940, 4. — 4. Маршак М. Е. Бюлл. АМН СССР, 1959, 9. — 5. Ровинский С. А. Невр. и псих., 1939, т. V, вып. 9.

Поступила 3 июня 1961 г.