

## ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ ОПУХОЛЯХ СПИННОГО МОЗГА

*Е. К. Валеев, С. А. Гринберг*

*Казанский НИИ травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки  
ТАССР проф. У. Я. Богданович)*

**Реферат.** Обобщены данные наблюдений за 18 больными, у которых опухоли спинного мозга дебютировали болевыми синдромами со стороны внутренних органов и в начальном периоде заболевания ошибочно трактовались как болезни сердца, желудка, печени и др. Для своевременной диагностики опухолей спинного мозга важное значение имеет правильная оценка висцероспинальной патологии.

Ключевые слова: спинной мозг, опухоли.

Библиография: 3 названия.

При опухолях спинного мозга в начальных стадиях заболевания боли во внутренних органах могут иногда быть первыми, ведущими и в течение длительного времени единственными симптомами. И. Я. Раздольский (1956), И. К. Зюзин (1952) наблюдали больных, у которых висцеральные симптомы возникли за 4—5 лет до распознавания поражения спинного мозга; этих больных лечили по поводу различных соматических заболеваний и даже подвергали необоснованным оперативным вмешательствам [1, 3].

Боли во внутренних органах были первыми симптомами у 18 из 105 больных с опухолями спинного мозга, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении Казанского НИИ травматологии и ортопедии. У 8 больных с опухолями нижнейшейной и верхнегрудной локализации заболевание вначале проявилось болями в области сердца. Так, у С., 42 лет, боли в левой половине грудной клетки около года трактовались как заболевание сердца, и она лечилась у терапевта. Только когда развились парестезии и появилась нарастающая слабость в нижних конечностях, возникла мысль об опухоли. Удалена субдуральная невринома на уровне D<sub>3-4</sub> позвонков. В настоящее время С. здорова, работает в колхозе, имевшиеся до операции боли в области сердца исчезли.

Корешковые симптомы раздражения D<sub>7-10</sub> сегментов иногда диагностируют как заболевание желудка, печени, желчного пузыря. Описаны даже случаи ошибочных операций по поводу предполагавшихся язв желудка и калькулезного холецистита. Мы наблюдали 6 больных, у которых при опухоли спинного мозга на уровне D<sub>5-7</sub> позвонков болезнь в начальном периоде расценивалась как поражение желудка и печени.

М., 41 года, жаловалась на боли в области правой лопатки, в подреберье, эпигастрии, что трактовалось как холецистит и гастрит. Через 1,5 года присоединились боли и слабость в ногах; в последующем развилась нижняя спастическая паралегия с нарушениями чувствительности с уровня D<sub>3</sub> сегмента и расстройством функций тазовых органов. Во время операции была частично удалена интрамедуллярная опухоль типа астроцитомы на уровне D<sub>6-7</sub> позвонков. Больная начала ходить, боли во внутренних органах прошли, но через 1,5 года вновь наступило ухудшение состояния. У другой больной С., 60 лет, опухоль на уровне D<sub>5-6</sub> позвонков — экстрамедуллярная субдуральная псаммома — в течение 3 лет ошибочно принимали за болезнь печени, по поводу чего С. неоднократно госпитализировали в терапевтическую клинику.

Боли при поражениях нижегрудных, поясничных сегментов и корешков конского хвоста иногда относят за счет аппендицита, гинекологических заболеваний, геморроя и др. Описаны больные с опухолями спинного мозга на уровне D<sub>10-11</sub> и L<sub>1</sub> позвонков, которые подвергались операциям аппендэктомии, подшивания почки и матки, повторным вмешательствам на прямой кишке.

С данной патологией было 4 больных. У Г., 44 лет, при наличии опухоли на уровне D<sub>3-9</sub> позвонков (невринома) заболевание началось с болей в левом боку, определялся положительный симптом Пастернацкого, что несколько месяцев расценивалось как следствие болезни почек, пока не появились неврологические нарушения.

В качестве иллюстрации многократных ошибочных операций на органах брюшной полости приводим следующее наблюдение.

С., 40 лет, находился в нейрохирургическом отделении Казанского НИИ травматологии и ортопедии с 7/XI 1974 г. по 7/II 1975 г. Поступил с жалобами на отсутствие движений в ногах и нарушение функции тазовых органов. Объективно выявлены нижняя спастическая паралегия, гипестезия с уровня D<sub>12</sub>—L<sub>1</sub> сегментов, отсут-

ствие средних и нижних брюшных, кремастерных рефлексов, задержка мочи и кала. Данные люмбальной пункции: белково-клеточная диссоциация (белок 4,8 г/л), полный блок при пробе Квеккенштедта. На эпидурограммах — остановка контрастного вещества на уровне D<sub>10</sub> позвонка.

Из анамнеза: в 1968 г. возникли боли в правой подвздошной области, усиливающиеся при кашле, поднятии тяжести. Во время одного из приступов С. был доставлен в клинику неотложной хирургии и оперирован по поводу «катарального аппендицита». Послеоперационный период протекал гладко, но через месяц вновь появились указанные выше жалобы, что расценивалось как проявление спаечной болезни; назначена соответствующая терапия. Боли в правой подвздошной области продолжали беспокоить, и в 1971 г. больной был повторно оперирован по поводу предполагавшейся послеоперационной грыжи. На операции обнаружено незначительное расхождение мышц в области рубца; грыжевого выпячивания, припаивания или ущемления петли кишечника не найдено. В последующем, ввиду непрекращающихся болей, С. неоднократно безуспешно обследовали и лечили хирурги и терапевты. В августе 1974 г. при резком толчке во время торможения автобуса возникли опоясывающие боли. В октябре 1974 г. больной вновь был госпитализирован в хирургическую клинику и оперирован по поводу предполагаемого спаечного процесса в брюшной полости; произведена лапаротомия с фиксацией слепой кишки. На 7-й день после операции появились парестезии и слабость в ногах, на 10-й день присоединилась задержка мочи и стула. Больной переведен в нейрохирургическое отделение.

8/IX 1974 г. удалена субдурально расположенная невринома на уровне D<sub>9-10</sub> позвонков. Через 3 дня после операции началось восстановление функций спинного мозга. К моменту выписки состояние пациента вполне удовлетворительное, он ходит самостоятельно; остается небольшая спастичность в нижних конечностях. Боли, беспокоившие больного с 1968 г., прошли.

Как видно из данного наблюдения, первыми, ведущими и в течение 7 лет единственными симптомами заболевания при невриноме на уровне D<sub>9-10</sub> позвонков являлись боли в органах брюшной полости, по поводу чего больной трижды оперирован.

Таким образом, наши наблюдения подтверждают роль висцеральной симптоматики в клинике опухолей спинного мозга. Проявления со стороны внутренних органов у подобных больных составляют единый комплекс сомато-вегетативных нарушений и связаны с поражением спинного мозга, их правильная интерпретация имеет большое значение для своевременной диагностики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бротман М. К. Врач. дело, 1948, 7. — 2. Зюзин И. К. Неврол. и псих., 1952, 8. — 3. Раздольский И. Я. Клин. мед., 1956, 3.

Поступила 1 апреля 1978 г.

УДК 616.379—008.64

## К МЕХАНИЗМУ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ПРИ НЕКОМПЕНСИРОВАННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

*В. В. Талантов, Э. Н. Хасанов*

*Кафедра эндокринологии (зав.— проф. В. В. Талантов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

**Реферат.** Проведено исследование экскреции альдостерона с мочой и содержания калия, натрия в плазме, эритроцитах и суточной моче у 56 больных сахарным диабетом разной степени тяжести и различной степени декомпенсации. Обнаружено повышение экскреции альдостерона у больных с некомпенсированным диабетом, изменения в обмене натрия и калия. На величину альдостеронурии оказывает влияние не степень тяжести сахарного диабета, а степень декомпенсации заболевания. Сделан вывод о вторичном характере выявленного гиперальдостеронизма.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, альдостерон, натрий, калий.

**Библиография:** 3 названия.

При декомпенсированном сахарном диабете происходит нарушение всех видов обмена веществ, в том числе и водно-минерального. Понимание механизма развития гиперальдостеронизма при сахарном диабете как одного из факторов развития диабетических микроангиопатий [1] имеет немаловажное значение для клинической диабетологии.