

больных, согласующейся и с литературными данными, являлось значительное усиление болей при постановке клизмы. Нормальный стул был у 5 больных, неустойчивый — у 38, постоянные, упорные запоры — у 13, поносы — у 2. У 35 больных была постоянная субфебрильная температура и у 12 — периодический субфебрилитет. У 23 больных выявлен лимфоцитоз в пределах 30—44, у 15 — нерезко ускоренная РОЭ, у 20 — увеличение силовых кислот (более 210 ед. о. п.). Секреция и кислотность желудочного сока были нормальны у 16, повышены у 6, понижены у 26, анацидное состояние было у 10 больных. У 9 больных отмечалось небольшое увеличение и болезненность печени. Однако результаты функциональных проб печени не представляли отклонений от нормы, за исключением удлинения коагуляционной ленты Вельтмана до 8—10-й пробирок у 25 больных. У 25 больных латентное время желчно-дуоденального рефлекса было нормальным, у 23 рефлекс был ускорен до 4—6 мин. и у 6 замедлен свыше 15 мин. Количество и концентрация пузырной желчи были в норме. У 23 больных в пузырной желчи имелись хлопья и лейкоциты до 10—20 в поле зрения, что, однако, не могло объяснить картину заболевания. При копрологическом исследовании особых отклонений не было выявлено. При рентгенологическом исследовании помимо дискинетических расстройств желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей был выявлен считающийся характерным для увеличения мезентериальных лимфоузлов так называемый рентгенологический симптом «пустоты». Кроме того, у ряда больных в этой области были обнаружены обызвествленные лимфоузлы. Таким образом, тщательное клинико-лабораторное и рентгенологическое исследование, наряду с симптомами общего характера и положительными результатами специфических проб, давало возможность остановиться на диагнозе туберкулезного мезоаденита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асадов Г. З. Хирургия, 1958, 4.— 2. Берлин Л. Б., Беюл Е. А. Тер. арх., 1948, 2.— 3. Верникова Ю. М. Probl. туберкулеза, 1929, 10.— 4. Гогин Е. Е. Вестн. хир. им. Грекова, 1956, 1.— 5. Земков И. А. Врач. газета, 1929, 13.— 6. Сычев А. Г. Клин. мед., 1966, 12.— 7. Лебедев А. П. Хирургия, 1953, 3.— 8. Миртовская Е. В. Клин. мед., 1953, 12.— 9. Оносовский В. В. Вопр. туберкулеза, 1931, 10—11.— 10. Подоненко А. П. Хирургия, 1963, 9.— 11. Хаскалевич М. Г. Probl. туб., 1940, 6—8.— 12. Цейтман А. А. Клин. мед., 1953, 12.— 13. Штернберг А. Я. Врач. газета, 1926, 15—16.— 14. Шмелев Н. А. Опыт сов. мед. в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг., 1951, т. 25.— 15. Эбич Д. М. Probl. туб., 1951, 6.— 16. Юркина А. И. Сов. мед., 1952, 2; Probl. туб., 1951, 1.— 17. Якубович М. И. Воен. мед. ж., 1952, 6.

УДК 616—006.33—616.711.6—612.824.1

ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИКВОРА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННОГО ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Х. М. Шулман

Кафедра нервных болезней (зав.— проф. Л. И. Омороков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и нейрохирургическое отделение 15-й городской клинической больницы (главврач — Л. А. Баранчикова)

В течение последнего тридцатилетия остеохондроз позвоночника привлекает к себе все большее внимание специалистов самых различных медицинских профилей в связи с весьма разнообразными его клиническими проявлениями. В настоящее время доказано, что остеохондроз позвоночника является ведущим этиологическим фактором корешковых, спинальных и сосудистых синдромов.

В периодической литературе опубликовано большое количество исследований, посвященных клинической картине различных форм проявления остеохондроза, но наряду с этим совершенно недостаточно представлены данные об изменениях ликвора при этом заболевании. Более того, некоторые авторы вообще не придают существенного значения ликворологическим данным [8, 9, 10, 12]. Вместе с тем ряд исследователей подчеркивает несомненное их значение, особенно в диагностике остеохондроза позвоночника, осложненного задними грыжами дисков [1, 3, 4, 6, 13, 14, 15, 16].

Нами проанализированы изменения ликвора у 103 больных, оперированных по поводу остеохондроза поясничного отдела позвоночника, осложненного задними грыжами дисков. Из них у 36 (34,9%) обнаружена механическая блокада подпаутинного пространства на уровне локализации грыж и у 95 (92,2%) — белково-клеточная диссоциация. Даже самая общая характеристика ликворологических данных убеждает в важности и необходимости проведения такого рода исследований.

Анализ динамики развития заболевания и сопоставление различных его этапов с данными операционных находок позволили выделить в течении болезни 4 прогрессивно возрастающие по тяжести стадии.

При первой стадии — дискогенной, или вертебральной, наблюдаются симптомы раздражения нервных окончаний суставно-связочного аппарата позвоночника. Иногда в процесс вовлекаются корешки, прилежащие к заинтересованным дискам, и соответствующие участки твердой мозговой оболочки. Стойкого выпадения функций нервных элементов не отмечается. В клинической картине ведущее место принадлежит вертебральному синдрому.

Вторая стадия — монорадикулярная. Поражен один, реже два спинальных корешка на протяжении их экстрадуральных порций. Типична дерматомная локализация боли, относительно стойкие рефлекторные, двигательные и чувствительные нарушения. Ведущее место в клинической картине занимает корешковый синдром; два других, вертебральный и вегетативный, представлены в менее отчетливой форме.

Третья стадия — полирадикулярная. В процесс вовлечено несколько корешков с преимущественным поражением одного или двух из них, обычно смежных с грыжевыми выпячиваниями. Клиническая картина заболевания на данном этапе обусловлена не только грыжевыми выпячиваниями, но и в значительной степени вторичными реактивными изменениями суставно-связочного аппарата пораженного сегмента позвоночника, а также корешков и оболочек спинного мозга. Ведущая роль в симптоматике принадлежит корешковым выпадениям, более распространенным и выраженным, чем во 2-й стадии заболевания.

Четвертая — стадия компрессии корешков конского хвоста. Развиваются грубые неврологические нарушения в виде параличей или парезов нижних конечностей, более демонстративные в дистальных отделах, выпадение чувствительности, расстройство функций тазовых органов. Эта стадия чаще обусловлена срединно расположенными грыжевыми выпячиваниями, однако парамедиальные грыжи значительных размеров также могут вызвать каудальный синдром.

При сопоставлении тяжести заболевания с характером изменений ликвора удалось выявить определенный параллелизм. Белково-клеточная диссоциация встретилась у 15 больных из 21 со 2-й ст. заболевания, у 41 из 43 обследованных с 3-й ст. и у всех 39 с синдромом компрессии корешков конского хвоста. Число больных с белково-клеточной диссоциацией возрастает по мере прогрессирования заболевания. Параллельно с этим возрастает содержание белка в ликворе. Максимальное количество белка у пациентов со 2-й ст. заболевания достигало $2,31^0_{00}$, с 3-й стадией — $6,6^0_{00}$, с каудальным синдромом — $24,4^0_{00}$.

Наибольшую ценность представляют исследования ликвора, полученного вблизи очага поражения. С этой целью прокол субарахноидального пространства производят ниже предполагаемой локализации грыжевого выпячивания, на уровне ее или тотчас выше. 24 больным из анализируемой группы производили позтажные пункции, то есть ниже и выше расположения выпячиваний, 78 пациентам — на уровне очага или ниже его. У всех больных, которым производили позтажно люмбальные пункции, содержание белка в порциях ликвора, полученных ниже выпячиваний, оказалось большим, чем в порциях, полученных выше расположения грыж. Соотношение количества содержания белка в указанных порциях ликвора колебалось в пределах 1,25—2,64, и лишь в одном наблюдении это соотношение достигло 10.

Соотношение количества белка в ликворе, полученном ниже и выше очага поражения, по мнению М. И. Бротмана (1962), имеет дифференциально-диагностическое значение. Для опухолей корешков конского хвоста это соотношение колеблется в пределах 1:10, 1:100, при грыжах дисков не превышает 1:4.

Количество клеток в ликворе больных со 2 и 3-й стадиями заболевания обычно не превышало нормы. Лишь у 2 больных плеоцитоз достигал 20/3—30/3. Наряду с этим у них найдено до 3,3% белка. Из больных с каудальным синдромом плеоцитоз был у 7, из них у 3 количество клеток не превышало 20/3, у 3 — 30/3, и лишь у одного клетки не поддавались подсчету.

В анализируемой группе пациентов белково-клеточная диссоциация не найдена у 8 больных (7,7%), у 6 из них клиническая картина заболевания соответствовала 2-й ст., у 2 — 3-й. Следует отметить, что только 2 больным последней группы прокол производили ниже уровня грыжевых выпячиваний. Таким образом, белково-клеточная диссоциация в ликворе больных остеохондрозом, осложненным задними грыжами дисков, на стадии развившейся компрессии сосудов и нервных элементов является достаточно типичным признаком.

У 36 (34,9%) больных анализируемой группы выявлен симптом механической блокады подпаутинного пространства (у 12 с 3-й ст. заболевания и у 24 с каудальным синдромом). Полная механическая блокада обнаружена у 22 больных (у 4 с 3-й ст. заболевания и у 18 с синдромом компрессии корешков конского хвоста). Следует отметить, что у больных с грыжами дисков мы не наблюдали после люмбальной пункции симптома вклинивания, типичного для спинальных опухолей.

ВЫВОДЫ

1. Белково-клеточная диссоциация достаточно типична для поясничного остеохондроза, осложненного задними грыжами дисков.

2. Количество белка в ликворе находится в прямой зависимости от стадии заболевания, она увеличивается с нарастанием застойно-компрессионных явлений.

3. Количество белка в ликворе не достигает высоких цифр, типичных для спинальных опухолей поясничной локализации. Соотношение содержания белка в порциях ликвора, полученных ниже и выше локализации процесса, не превышает 1:3, 1:4.

4. Механическая блокада подпаутинного пространства не является патогномоничной для опухолевых процессов. При остеохондрозе поясничного отдела позвоночника этот симптом встречается достаточно часто, особенно у больных с каудальным синдромом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бротман М. К. В кн.: Остеохондрозы позвоночника. Новокузнецк, 1962.
2. Варно П. А. Тез. докл. VII научн. сесс. Ярославск. мед. ин-та. Ярославль, 1951.
3. Глорнозова Т. Г. Журн. невропатол. и психиатр., 1961, 2.
4. Злотник З. И. Там же.
5. Кадин Л. С. Вопр. нейрохир., 1952, 1.
6. Кенц В. В. и соавт. Тез. докл. на Белорусск. респ. конф. невроп. и псих. Минск, 1960.
7. Лурье З. Л. Вопр. нейрохир., 1957, 4.
8. Овечкин Р. В. В кн.: Опухоли мозга. Свердловск, 1958.
9. Осна А. И. Ортопед. травматол., 1962, 5.
10. Попова Н. И. Вопр. нейрохир., 1946, 1.
11. Раудам Э. И. и соавт. Журн. невропатол. и психиатр., 1960, 10.
12. Саруханян В. О. Межпозвоночный диск, его разрывы и выпячивания. Автореф. докт. дисс., Ереван, 1955, т. 1.
13. Epstein B. Am. J. Roentgenol., 1949, 61, 6, 775—783.
14. Falconer A. Brit. J. Surg., 1948, 35, 139, 225—237.
15. Kaplan L., Kennedy F. Brain, 1950, 73, 337—345.
16. Rafter J. Am. J. Surg., 1959, 97, 4, 388—399.

УДК 618.11—616—89—618.2

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ НА ЯИЧНИКАХ

В. Г. Дунаева

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Р. Г. Бакиева, консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и кафедра клинической анатомии и оперативной хирургии (зав.—проф. Б. В. Огнев) ЦИУ

В основу настоящего сообщения положен анализ ближайших и отдаленных результатов у 169 женщин, оперированных в 1964—1966 гг. в гинекологическом отделении 2-й городской больницы г. Казани по поводу кистовидных доброкачественных опухолей яичника и паровария, а также по поводу внематочной беременности.

У 2 женщин были удалены оба яичника, у них прекратились менструации, исчезло половое чувство.

После удаления одного яичника у девочки отмечено хорошее общее состояние, исчезновение болей в период менструации (по-видимому, за счет удаления источника заболевания).

Удаление только одного яичника в детородном возрасте у 28 женщин не вызвало нарушения общего состояния. У 7 больных возникли послеоперационные спайки. Менструальная функция не изменилась. Половое чувство понизилось.

Удаление только одного яичника у 10 женщин в возрасте 41—50 лет резко нарушило менструальную, а также и детородную функции, половое чувство. Нарушение общего состояния отмечено у 3 больных (появился климактерический синдром).

Удаление яичника у женщин старше 50 лет очевидных нарушений в организме, а также со стороны менструальной и детородной функций не вызвало, за исключением понижения полового чувства.

Нарушения после удаления одного яичника в значительной мере связаны с возрастом женщины.

У 25 женщин в возрасте от 21 до 40 лет удаление яичника сочеталось с удалением трубы. Общее состояние больных после операций оставалось хорошим, у 8 женщин резко нарушились менструации и понизилась детородная функция, а половая функция снизилась незначительно.

9 больных подверглись только резекции обоих яичников, а у 7 резекция сочеталась с удалением одной трубы. У всех отмечено лишь понижение детородной функции.

У 17 женщин произведена резекция одного яичника, а у 46 также удаление одной и у 15 — обеих труб. После резекции одного яичника у всех отмечено хорошее общее состояние. Эта операция не нарушила полового чувства, лишь несколько понизила детородную функцию.