

ВЫВОДЫ

1. Сальбутамол является высокоэффективным бронходилататором, оказывающим минимальное влияние на кровообращение больных туберкулезом органов дыхания.
2. Сублингвальный прием нитроглицерина сопровождается улучшением бронхиальной проходимости у больных туберкулезом легких, но вызывает выраженные изменения системной и легочной гемодинамики. Это позволяет рекомендовать его лишь в отдельных случаях при лечении бронхоспазма.
3. Запись реопульмограммы до приема нитроглицерина и после него позволяет судить об обратимости регионарных расстройств легочного кровообращения.
4. Изучение действия нитратов в пульмонологии можно считать перспективным направлением исследований, ведущих к более совершенному лечению бронхообструктивного синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Витолс О. Я. //Клин. мед.—1980.— № 12.— С. 33—36.— 2. Мухарьямов Н. М., Мареев В. Ю. //Лечение хронической сердечной недостаточности.— М., Медицина, 1985.—
3. Соколов И. В., Яруллин Х. Х. //Клин. мед.— 1983.— № 7.— С. 94—102.— 4. Смирнов Г. А., Абашев И. М. //Казанский мед. ж.— 1984.— № 6.— С. 429—433.— 5. Тимошенко Г. А. //Врач. дело.— 1984.— № 12.— С. 36—40.— 6. Шток В. Н. //Лекарственные средства в ангионеврологии.— М., Медицина, 1984.— 7. Bierman C. W. //Chest.— 1977.— Vol. 72.— P. 689—691.— 8. Brown S. E., Linden G. S. et al. //Thorax.— 1983.— Vol. 38.— P. 840—844.— 9. Cerrina J., Denjean A. et al. //Amer. Rev. Resp. Dis.— 1981.— Vol. 123.— P. 156—160.— 10. Delaunois L., Jomard P. et al. //Bull. europ. Physiopath. resp.— 1984.— Vol. 20.— P. 11—18.— 11. Fourrier F., Chopin C. et al. //Intensive Care Med.— 1982.— Vol. 8.— P. 85—88.— 12. Goldstein J. A. //Chest.— 1984.— Vol. 85.— P. 449.

Поступила 01.10.85.

УДК 616.832—005.1—053.2

СПИНАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ У ДЕТЕЙ

А. Ю. Ратнер, О. С. Кочергина

Кафедра детской невропатологии (зав.— проф. А. Ю. Ратнер) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В большинстве неврологических стационаров спинальные инсульты все еще относятся к редкостям, хотя острое развитие болезни, умение локализовать поражение в спинном мозге и знание некоторых основных особенностей этого заболевания делают диагностику нарушений спинального кровообращения несложной даже в амбулаторных условиях. Определенную роль играет, вероятно, многолетнее предубеждение, что спинальных инсультов вообще не существует. Нет сведений об этой патологии в учебниках и руководствах по неврологии даже десятилетней давности. Что касается возможности спинальных инсультов у детей, то данное предположение может показаться неправдоподобным. Но, к сожалению, спинальные инсульты у детей существуют и относительно не так уж редко. Умение их распознавать позволяет начать немедленную адекватную терапию и только тогда удается достичь хороших результатов.

Мы обследовали 63 ребенка в возрасте 3—14 лет, у которых острое нарушение спинального кровообращения не вызывало сомнений. У 46 детей ишемия локализовалась в области шейного, а у 17— в области поясничного утолщения. Если у взрослых спинальные инсульты возникали чаще всего вследствие атеросклеротических изменений аорты и ее ветвей, остеохондроза, гормональной спондилопатии, иногда беременности [1], то у детей они являлись, по нашим данным, поздним осложнением субклинической родовой травмы позвоночника. Минимальная дислокация в «разболтанном» сегменте позвоночника (нестабильность одного-двух позвонков, слабость суставно-связочного аппарата на уровне травмы), имевшаяся у ребенка со времени родов, много лет спустя под влиянием небольшой нагрузки, неловкого движения или физкультурного упражнения вовлекала в процесс корешково-спинальную артерию, что приводило к развитию ишемии, распространенной по длиннику спинного мозга больше, чем по поперечнику (феномен «карандаша» Цюльха).

Спинальные инсульты в детском возрасте обычно не угрожают жизни и потому морфологические данные представлены быть не могут. В то же время клинические формы спинальных ишемий ничем не отличаются от таковых у взрослых, когда корреляция неврологических и морфологических данных очень высока. И для детей, и для взрослых в большинстве случаев типична сохранность чувствительных функций, поражение преимущественно передне-роговых структур спинного мозга (ввиду их особой чувствительности к ишемии), вовлечение в процесс сегментов спинного мозга на значительном протяжении, соответствующем бассейну позвоночных артерий или артерии Адамкевича.

У 46 детей спинальный инсульт локализовался на уровне шейного утолщения. Это неудивительно, если учесть преобладающую частоту родовых повреждений именно шейного отдела позвоночника. Но указаний на наличие грубых родовых травм у наших пациентов в анамнезе не было, все они развивались соответственно возрасту. Лишь в единичных случаях заболевание начиналось без провокаций (у 6 детей). Инсульт возникал чаще всего после резкого поворота или запрокидывания головы, падения, небольшого физического перенапряжения, кувырков и других акробатических упражнений на занятиях физкультурой и т. д. Для нестабильных со времени родов позвонков небольшой нагрузки оказывалось достаточно для минимальной дислокации и сдавления корешково-спинальной артерии с развитием спинальной ишемии.

У 9 из 46 детей заболевание возникло на фоне необычно раннего в детстве шейного остеохондроза и проявлялось болями в шее и ограничением при повороте головы, шейно-затылочным болевым синдромом, у 25 — совершенно внезапно, инсультобразно; у остальных симптоматика патологии максимальной выраженности возникла в течение нескольких часов.

Ведущим симптомокомплексом у всех больных этой группы являлся типичный для спинальной ишемии вялый парез в руках с одной или с обеих сторон в различных сочетаниях: у 4 — с нижним спастическим парализмом (распространение ишемии на боковые столбы спинного мозга), у 6 — с одновременным развитием выраженного миотонического синдрома (за счет вовлечения в процесс ретикулярной формации ствола мозга); у 5 больных распространение ишемии привело к развитию бульбарного симптомокомплекса.

Следует подчеркнуть, что результаты неврологического обследования наших пациентов очень четко коррелировали с рентгенологическими и электрофизиологическими данными. Так, у 21 из 46 больных на шейных спондилограммах обнаружены проявления натально обусловленной нестабильности позвоночника (спондилолистез, локальный угловой кифоз), у 3 — даже подвывихи шейных позвонков, еще у 3 — врожденные аномалии, у 15 — рентгенологические признаки остеохондроза, причем чаще всего в сочетании со спондилолистезом. По данным Г. М. Кушнир [2], шейный остеохондроз в детском возрасте возникает прежде всего вследствие натальной травмы той же локализации. Отклонений на шейных спондилограммах не выявлено только у 4 из 46 детей. По нашему мнению, эти факты лишней раз доказывают роль натально обусловленных изменений шейных позвонков в развитии патологии сосудов спинного мозга.

Реоэнцефалографическое обследование всех пациентов этой группы обнаружило выраженные признаки вертебробазилярной ишемии. Электромиографическое обследование было предпринято нами прежде всего с целью подтвердить клинически выявленную у большинства детей передне-роговую локализацию поражения. Сопадение обнаружено и качественное, и количественное: там, где парез был менее грубым, миографическая картина оказалась не столь выраженной. Так, у 15 из 46 больных на ЭМГ с мышц рук имели место изменения, соответствующие II типу (по классификации Ю. С. Юсевич), еще у 12 — характерные потенциалы фасцикуляций (обычно у тех детей, у которых был невыраженный, вялый парез рук). У 17 детей наряду с передне-роговой локализацией поражения найдены признаки супрасегментарной неполноценности, причем именно у тех, у которых наряду с вялым парезом рук были выявлены пирамидные нарушения. Лишь у 4 из 46 больных электромиографически обнаружены признаки супрасегментарной патологии.

Все 46 детей получили в клинике курс интенсивного лечения: эуфиллин и никотиновую кислоту внутривенно, папаверин подкожно, электрофорез спазмолитиков попеременно на верхнешейный отдел позвоночника, аминалон и др. Общеизвестно, что ранняя адекватная терапия ишемических инсультов спинного мозга оказывается чаще всего весьма эффективной. Наши наблюдения это подтверждают: у 10 детей было достигнуто полное восстановление функций, у 34 — значительное улучшение с небольшими двигательными расстройствами. У 2 детей эффект от

лечения был минимальным (изменения на снимках были у них особенно грубыми и указывали на натально обусловленный подвывих шейных позвонков). Результаты лечения были хуже в тех случаях, когда дети поступали в клинику с опозданием — многих из них в условиях города амбулаторно лечили по поводу «миозита», «артрита плечевого сустава», «ушиба нерва».

Ишемические инсульты в бассейне артерии поясничного утолщения (артерия Адамкевича) встречаются реже и у взрослых, и у детей. С такой патологией под нашим наблюдением было 17 детей: 8 из них были в возрасте 3—6 лет, 9 — 7 — 14 лет. Существенной задержки в физическом развитии ни у кого из них не было. Спинальные инсульты этой локализации возникали чаще всего после небольшой травмы от падения, резкого наклона, прыжка в длину, причем характер травмы не позволял предположить никакой серьезной травматической патологии позвоночника или спинного мозга. Против предположения о компрессии или контузии спинного мозга свидетельствовали запоздалое появление неврологической симптоматики, отсутствие проводниковых чувствительных, часто пирамидных нарушений, большая протяженность процесса по длиннику спинного мозга. У 10 детей неврологические нарушения проявились внезапно, у 7 — в течение нескольких часов.

Как и при цервикальной локализации поражения, ведущим неврологическим синдромом был переднероговой симптомокомплекс, но только люмбальной локализации: нижний вялый парапарез выявлялся в различных сочетаниях с другими неврологическими симптомами. 6 из 17 детей и до острого развития заболевания отмечали боли в спине, иногда ощущение хруста в области поясницы. У 2 из 17 детей одновременно развилась и дисфункция тазовых органов по периферическому типу (следовательно, процесс захватил область как поясничного утолщения, так и конуса). У 5 детей острый спинальный процесс привел к довольно быстрому развитию компенсаторного сколиоза. В то же время рентгенологическое исследование процесса при этой локализации ничего существенного у больных не выявило, что отмечал и М. К. Михайлов [3] у детей с перинатальными повреждениями позвоночника. ЭМГ-исследование у всех 17 детей подтвердило локализацию поражения.

Общая сосудистая терапия у больных этой группы была та же, но физиотерапия (включая электрофорез спазмолитиков, аппликации парафина и др.) была направлена на область вхождения артерии Адамкевича, на нижегрудной отдел позвоночника. В результате у 4 детей восстановление функции в ногах было полным, у 12 — значительным, и лишь один ребенок (поздно поступивший в клинику с далеко зашедшими спинальными нарушениями) несмотря на весь комплекс лечения остался инвалидом.

Таким образом, спинальные ишемические инсульты могут возникать и в детском возрасте. Они характеризуются типичной клинической картиной, в большинстве случаев без труда диагностируются специалистами и успешно поддаются лечению, если врач уточнил локализацию и характер поражения. Просчеты в диагностике приводят таких детей к тяжелой инвалидности. Существенным препятствием в диагностике является отсутствие соответствующих публикаций в доступной литературе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герман Д. Г., Скоромец А. А. // Нарушение спинномозгового кровообращения. — Кишинев, 1981.
2. Кушнир Г. М. // Клинические особенности церебральных синдромов шейного остеохондроза в детском возрасте. — Автореф. канд. дисс. — Казань, 1980.
3. Михайлов М. К. // Рентгенодиагностика родовых повреждений позвоночника. — Казань, 1983.

Поступила 13.05.86.