

АМПЛИТУДА ПОВОРОТОВ ГОЛОВЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

В. И. Марулина

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

Проблема перинатальных повреждений нервной системы находит все более широкое отражение в литературе. Особое внимание уделяется родовому травматизму, причем становится все более необходимой дифференциация поражений головного мозга и спинного мозга с указанием обнаруженного клинического синдрома. Большая проблема складывается из малых. Нередко отдельные, даже небольшие симптомы могут сыграть важную роль в правильной оценке неврологического статуса. Наша работа посвящена изучению одного из таких симптомов, не нашедших отражения в литературе.

Поводом для настоящего исследования послужила обнаруженная нами различная подвижность в шейном отделе позвоночника у новорожденных: избыточная у одних, умеренная или ограниченная у других. Понятно, что эти оценки могут быть весьма субъективны. Что же считать нормальным объемом движения головы новорожденного? Существует ли взаимосвязь между объемом данных движений и неврологическим статусом?

В родильном доме без специального отбора был обследован 71 новорожденный. Обращалось внимание на положение головки ребенка в спокойном состоянии и возможный объем пассивных движений в шейном отделе позвоночника. Ориентирами на головке условно взят козлос, на груди — стернальная и мамиллярная линии. Кроме того, мы оценивали форму шеи: обычная, короткая (до степени «вставленной головки») с обилием поперечных складок, наличие кривошеи. Все это позволяло косвенно судить о наличии натального повреждения шейного отдела позвоночника и спинного мозга [1].

Общезвестно, что ребенок начинает удерживать головку с 2 мес. Однако уже в родильном доме у одних детей головка безвольно свисает (симптом «падающей головки»), другие могут удерживать ее в течение нескольких секунд. Неодинаковым было положение головки и при вызывании хватательного рефлекса: отвисала или приподнималась практически в одной плоскости с туловищем. Подъем и поворот головки в положении новорожденного на животе (защитный рефлекс) хорошо осуществляются у одних и отсутствуют у других (там, где имеется натальная травма).

У всех детей мы тщательно оценивали неврологический статус. У 36 новорожденных неврологическая симптоматика в родильном доме не была обнаружена. Их объединяло отсутствие не только неврологической симптоматики, но и амплитуды движения в шейном отделе. При пассивном повороте головки козлос достигал проекции линии, расположенной на равном расстоянии между стернальной и мамиллярной линиями. У большинства из них (у 22 из 36) шея имела обычную форму, и именно эти дети могли удерживать головку в вертикальном положении. Защитный рефлекс состоял у них из отчетливого приподнимания и последующего поворота головки. При вызывании хватательного рефлекса головка не отвисала, а рефлекс Переса был полным. У остальных 14 здоровых новорожденных имелся симптом «короткой шеи» и «вставленной головки». У таких детей в вертикальном положении, на животе и при вызывании хватательного рефлекса головка чаще не удерживалась.

У следующей группы новорожденных (21 чел.) повороты головки были избыточными: при пассивном повороте головки ребенка козлос совпадал с проекцией стернальной линии. У 14 из них был обнаружен так называемый миотонический синдром, явившийся следствием натально обусловленной ишемии ретикулярной формации ствола мозга. 11 из 14 детей не удерживали головку в вертикальном положении; у 13 новорожденных головка отвисала при вызывании хватательного рефлекса, у 10 — не приподнималась в положении на животе (защитный рефлекс). В тех случаях, когда мышечная гипотония была иного происхождения, исследование функциональных возможностей шейного отдела позвоночника при помощи ранее описанных тестов патологии не выявило.

У 24 детей 3-й группы при повороте головки козлос совпадал с проекцией мамиллярной линии. Такой объем движения головки можно считать ограниченным. У ряда детей (14) козлос при пассивных поворотах головки не достигал проекции указанной линии даже на 0,5—1 см. У 7 из 14 детей был диагностирован спастический тетрапарез, причем у 5 — вследствие поражения головного мозга, у 2 — верхнешейного отдела спинного мозга.

У новорожденных с церебральной пато-

логией форма шеи была обычной. Тесты-нагрузки на шейный отдел выполнялись хорошо. В то же время отсутствие признаков поражения головного мозга, наличие кривошеи, симптома «вставленной головки», вторичного бульбарного симптомокомплекса, отрицательные ответы на тесты-нагрузки позволили у 2 новорожденных спастический тетрапарез расценить как следствие спинальной патологии. В эту группу вошли также 4 новорожденных с натально обусловленным миотоническим синдромом. Кроме снижения мышечного тонуса у них имелись бульбарные нарушения, срыгивания, отмечался симптом «вставленной головки», ответы на тесты-нагрузки были отрицательными. Еще у 3 детей был выявлен нижний смешанный парепарез как следствие поражения грудного и поясничного отделов спинного мозга; симптом «вставленной головки» и отрицательные ответы на тесты-нагрузки позволили предположить у этих детей наличие второго очага поражения на уровне шейного отдела позвоночника и спинного мозга.

Таким образом, у детей 3-й группы ведущим симптомокомплексом являлся спастический тетрапарез. Следовательно, ограничение движения головки можно в таких случаях связывать с общим повышением мышечного тонуса. Это подтверждалось результатами осмотра детей сразу после сна, когда мышечный тонус, естественно, ниже, а пассивные движения головки имеют больший объем. К концу осмотра отмечалось отчетливое повышение мышечного тонуса и параллельно с этим пассивные повороты головки становились ограниченными. Поэто-

му ограничение подвижности в шейном отделе в сочетании с симптомами «короткой шеи», «вставленной головки», подкрепленное отрицательными ответами на тесты-нагрузки, можно считать признаком поражения шейного отдела позвоночника и спинного мозга.

Следовательно, подвижность в шейном отделе в основном зависит от состояния мышечного тонуса: при гипотонии объем пассивных движений головки увеличивается, козелок достигает стеральной линии; при общем гипертонусе движения ограничены, козелок с трудом доходит до проекции мамиллярной линии. У неврологически здоровых новорожденных козелок при поворотах головки проецируется на середину расстояния между указанными линиями. В тех случаях, когда эта зависимость не прослеживается, показаны дополнительные обследования, прежде всего рентгенография шейного отдела позвоночника.

Новорожденные с натально обусловленной патологией шейного отдела позвоночника и спинного мозга плохо удерживают головку в вертикальном положении, на животе, при вызывании хватательного рефлекса. Полученные данные могут служить подспорьем в клинической диагностике некоторых форм патологии центральных и периферических отделов нервной системы, сопровождающихся нарушением мышечного тонуса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ратнер А. Ю. // Родовые повреждения нервной системы у детей. — Казань, 1985.

Поступила 28.03.88.

УДК 617.518—003.215—07

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТОРОНЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ

В. М. Трошин, А. В. Лебедев, С. М. Фролова

Горьковский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
(директор — докт. мед. наук В. В. Азолов)

Для нейрохирурга принципиальное значение имеет распознавание стороны формирования внутричерепной гематомы у больных с черепно-мозговой травмой. Эта задача не менее сложна, чем определение ее наличия. Наряду с неврологической картиной следует учитывать характер и локализацию повреждений покровов головы и костей черепа. Между тем такой традиционный симптом внутричерепной гематомы, как расширение зрачка, встречается у 15—20% больных на стороне, противоположной гематоме. Нередко (приблизительно у 20% пострадавших) выявляется гомолатеральный пирамидный синдром. Имеющиеся клинические диссоциации, как правило, обус-

ловлены либо тяжелым сопутствующим ушибом полушария мозга, противоположного стороне с гематомой, либо развившейся дислокацией стволовых образований [1, 2, 3].

В случаях затруднения в определении стороны локализации гематомы нейрохирург использует арсенал инструментальных методов исследования: краниографию, Эхо-ЭГ, ангиографию, ЭЭГ, компьютерную томографию и т. д. Однако в urgentных ситуациях врач лишен возможности из-за дефицита времени провести полное обследование больного с привлечением перечисленных инструментальных методов, да и далеко не все учреждения ими располагают. При поступлении пострадавшего с тяжелой череп-