

ные эхоэнцефалографии и каротидной ангиографии подтвердили правильность определения стороны локализации. В тот же день больной был прооперирован — удалена хроническая субдуральная гематома в левой лобно-височной области объемом 100 мл. После операции наступило выздоровление.

Предлагаемая таблица проверена на контрольной выборке, включавшей 525 больных со сдавлением головного мозга. У 80% больных сторона расположения гематомы была найдена правильно (ошибки — в 17% случаев, отказы — в 3%). Верификация показала, что у 346 (66%) больных гематомы располагались с одной стороны: в половине случаев — справа, в половине — слева; у 179 человек было двустороннее расположение внутричерепных гематом.

Анализ показал, что внутричерепные гематомы при односторонней их локализации были распознаны правильно у 308 (87%) пациентов (справа — у 155, слева — у 153), неправильно — у 30 (10%) больных (справа — у 17, слева — у 13). Отказы наблюдались лишь у 8 (2,3%) больных: у 4 гематомы были справа, у 4 — слева.

Заслуживают внимания и результаты, полученные при распознавании внутричерепных гематом у больных с полифакторным сдавлением (179). Полифакторное травматическое сдавление головного мозга — особый тяжелый вид патологии. Оно обусловлено одновременным воздействием на мозг двух и более компримирующих субстратов (вдавленные переломы, внутричерепные гематомы, субдуральные гидромы, очаги разможжения, пневмоцефалия) в разнообразных сочетаниях, различных либо по характеру, либо по локализации, либо по отношению к веществу и оболочкам мозга. У 179 пострадавших с двусторонним сдавлением мозга множественными факторами по преимуществу отмечалась комбинация оболочечных и внутримозговых гематом с очагами разможжения, расположенных чаще «поэтажно», реже по соседству и в отдалении друг от друга.

Определение стороны большего объема комбинированных гематом в одном из полушарий имеет значение в плане очередности выполнения операции опорожнения то-

го или иного вида гематомы и удаления очагов разможжения — трепанацию черепа надо начинать со стороны большего объема гематомы.

Использование таблицы у 179 пострадавших с двусторонним полифакторным сдавлением головного мозга позволило правильно определить сторону большего мозгового «страдания» у 113 (63,1%) пациентов, ошибки были у 57 (31,8%) больных, отказы — у 9 (5%).

Значительный процент ошибок в распознавании латерализации большего объема компримирующего фактора при двустороннем сдавлении обусловлен особенностями клинического течения травматического сдавления головного мозга множественными факторами. Клиническая картина травматической болезни у пострадавших данной категории характеризуется особой тяжестью, при которой отмечается преобладание общемозговых и стволовых симптомов над очаговыми, стремительным развитием компрессионного синдрома.

Инструментальные методы, такие как Эхо-ЭГ, ЭЭГ, ангиография при двусторонней компрессии также мало информативны, поскольку дислокация срединных структур незначительна или вообще не возникает из-за двустороннего расположения компримирующего субстрата, поэтому у таких больных двусторонние гематомы выявляются, как правило, во время оперативного вмешательства.

Таким образом, предложенная таблица может помочь нейрохирургу в определении стороны расположения гематомы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Зотов Ю. В., Щедрёнок В. В. // Хирургия травматических внутричерепных гематом и очагов разможжения головного мозга. — Л., Медицина, 1984.
2. Лебедев В. В., Быковников Л. Д. // Руководство по неотложной нейрохирургии. — М., Медицина, 1987.
3. Лихтерман Л. Б., Хитрин Л. Х. // Травматические внутричерепные гематомы. — М., Медицина, 1973.
4. Трошин В. М., Лихтерман Л. Б., Жидов В. А. и др. // Казанский мед. ж. — 1982. — № 6. — С. 11—15.

Поступила 24.03.88.

УДК 616.914—06:616.831.71—002

## КЛИНИКА МОЗЖЕЧКОВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ

Р. К. Галеева, Д. К. Баширова, Г. М. Шигапова

Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. Д. К. Баширова)  
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Частота поражения нервной системы при ветряной оспе составляет, по данным литературы, примерно 0,1—0,2% [3]. Ослож-

нения нервной системы обычно протекают в виде энцефалитов и менингоэнцефалитов, имеющих вирусно-аллергическую природу

[2]. На основании 30-летних наблюдений мы считаем, что для ветряночных энцефалитов наиболее типичны мозжечковые и вестибулярные нарушения; такого же мнения придерживаются многие авторы [1, 3, 5].

Мозжечковый синдром может быть единственным проявлением ветряночного энцефалита. У больных отмечается шаткая походка, дрожание головы, скандированная речь, интенционный тремор, затруднено выполнение координационных проб. У некоторых детей развивается статическая атаксия — больные не могут ни сидеть, ни стоять [3]. Возможны общемозговые симптомы в виде вялости и головной боли, рвоты вплоть до развития мозговой комы, а также сочетание мозжечкового синдрома с другими очаговыми симптомами — пирамидными знаками, гемипарезами, поражением черепно-мозговых нервов [1, 3, 5]. Чаще всего проявления мозжечкового энцефалита выявляются на 2—8-й день болезни, реже — до высыпания или позднее [1, 3, 4]. Как правило, между тяжестью течения ветряной оспы и появлением, а также течением неврологических осложнений взаимосвязь отсутствует [3].

Прогноз при мозжечковом энцефалите обычно благоприятный. Заболевание имеет острое течение с выздоровлением через 3—6 нед, однако некоторые авторы [4, 5] указывают на возможность летального исхода в наиболее тяжелых случаях.

Недостаточная осведомленность врачей в осложнениях ветряной оспы энцефалитом, а также в клинических его проявлениях побудила нас поделиться нашими наблюдениями, тем более что ветряная оспа относится к массовым и повсеместно распространенным инфекциям.

Мы имели возможность за последние 2 года проследить за течением мозжечкового энцефалита у 3 больных, что составило 0,02% от числа больных ветряной оспой в г. Казани за этот период. Симптомы мозжечкового энцефалита проявились у них на 7 и 8-й дни болезни на фоне образования обильных ветряночных корочек. У всех больных было острое начало статической атаксии, повторной рвоты; у 2 пациентов появились сонливость, невнятная речь; головной боли не было, сознание не нарушалось, температура оставалась нормальной.

Больные поступали на 2, 3 и 4-й дни развития мозжечкового энцефалита. У всех детей были положительный вираж туберкулиновых реакций, ОРЗ с синдромом бронхита, ацетонемическая рвота; у одного ребенка — аллергия на пенициллин, ампициллин, парацетамол. До поступления в стационар им проводилось только туширование ветряночных элементов раствором бриллиантового зеленого. В стационаре все больные находились под наблюдением инфекциониста и невропатолога.

В момент поступления у 2 больных состояние было удовлетворительным, у одного — тяжелым. Сознание сохранялось ясным, менингеальных знаков не было. Расстройств речи также не было. Дети не могли самостоятельно садиться, ходить, стоять, походка была шаткой. Они не в состоянии были выполнить пробу Ромберга, пальце-носовую, пяточно-коленную; черепно-мозговые нервы оставались без патологии; грубого снижения мышечного тонуса не было, у 2 больных была снижена сила в руках и ногах; у одного ребенка был выявлен тремор рук при захватывании предметов, что мешало, например, застегивать пуговицы на одежде. Рефлексы были несколько оживленными. Патологических рефлексов, парезов, параличей не было.

Всем больным было предписано строгое соблюдение постельного режима; им были назначены донорский иммуноглобулин в дозе 3 мл в/м 2 дня подряд, гипосенсибилизирующая терапия, витамины В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub> в инъекциях, аскорбиновая кислота, дегидратация глицерином, энцефалол внутрь, общий массаж, лечебная гимнастика.

На фоне указанной терапии была выявлена следующая положительная динамика: к 3-му дню лечения прекратилась рвота, уменьшался тремор в руках, восстанавливалась сила в руках и ногах. Дети начинали сидеть без поддержки, к 4—6-му дню самостоятельно садились, стояли с поддержкой. К 9—12-му дню выполняли более уверенно пальце-носовую пробу, пяточно-коленные пробы, пробу Ромберга, ходили без поддержки, у них исчез тремор рук. К 13—19-му дню лечения сохранялось небольшое пошатывание при ходьбе. На 14—21-й день пребывания в стационаре дети были выписаны на амбулаторное долечивание под наблюдение невропатолога с рекомендацией явиться в стационар для осмотра через один мес. При объективном обследовании в этот срок все дети были совершенно здоровы.

Особого внимания заслуживала больная Д., 7 лет. Поступила в больницу 10.10.1986 г. на 8-й день болезни ветряной оспой. Родилась в срок с массой тела 3200 г. Развивалась нормально. Перенесенные болезни: ОРВИ. Аллергии нет. Наследственность не отягощена. Профилактические прививки по календарю.

Заболела ветряной оспой 03.10.1986 г.: лихорадка до 38,5°, обильные ветряночные высыпания. Жалоб не предъявляла. В ночь на 09.10.1986 (7-й день болезни) на фоне нормальной температуры возникли интенсивная головная боль, повторная рвота, головокружение, слабость с нарушением (шаткость) походки; 10.10. (на 8-й день болезни) — многократная рвота; больная не могла самостоятельно стоять и сидеть. Головной боли не было. Направлена в стационар по поводу ветряной оспы, менингита (?).

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Сознание ясное, сонлива, отмечается многократная рвота. Кожные покровы бледные, мно-

жественные ветряночные корочки; жажда, физических симптомов обезвоживания нет (дегидратация I ст.); зрачки расширены равномерно с обеих сторон, реакция их на свет живая, редкий горизонтальный нистагм («легкое беспокойство глазных яблок»). Менингеальных знаков нет. Не сидит, стоять не может даже с поддержкой, чувствует при этом головокружение. Движения в конечностях сохранены, тонус и сила в мышцах диффузно снижены больше слева. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, равные с обеих сторон. Патологических рефлексов нет, брюшные — вызываются. Пальценосовую и коленно-пяточную пробы выполняет неуверенно.

Тахикардия (PS — 120 уд. в 1 мин.), частота дыхания — 16 в 1 мин, АД — 10,6/5,3 кПа. Сердце — тоны несколько приглушены, границы в пределах нормы. Легкие и органы брюшной полости без патологии.

Лабораторные анализы: Hb — 2,2 ммоль/л, э.—  $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, л.—  $8,4 \cdot 10^9$ /л, п.— 9%, с.— 66%, лимф.— 23%, мон.— 2%; СОЭ — 5 мм/ч. Уровень глюкозы в крови — 3,3 ммоль/л. Общий анализ мочи патологии не выявил; резкоположительная реакция мочи на ацетон (3+), на сахар — отрицательная.

Клинический диагноз: ветряная оспа в стадии реконвалесценции, осложненная мозжечковым энцефалитом, ацетонемическая рвота. Проведена терапия, направленная на купирование ацетонемической рвоты с коррекцией дегидратации I ст. и с учетом развития мозжечкового энцефалита. Суточную потребность жидкости определяли по Гроссу из расчета 80 мл/кг массы, что составило 1600 мл, из них 600 мл было назначено внутрь в виде охлажденных растворов (лимонада, минеральной воды, отвара кураги), 1000 мл жидкости внутривенно со скоростью введения 20 капель в одну минуту (400 мл 10% раствора глюкозы, 300 мл физиологического раствора, 200 мл гемодеза, 100 мл альбумина) фракционно с чередованием растворов по 100 мл; 4% раствор хлорида калия, панангина, аскорбинат натрия, кокарбоксилаза. В последующие 2 дня в связи с купированием рвоты до 2—3 раз за сутки

на фоне улучшения реакции мочи на ацетон внутривенное введение жидкости ограничили до 500 мл с увеличением вливания ее внутрь до 1000—1200 мл, одновременно назначили описанную выше терапию мозжечкового энцефалита.

На 3-й день лечения прекратилась рвота, на 4-й — уменьшилась сонливость, на 6-й — больная начала сидеть с поддержкой, на 7-й — неуверенно выполнять пальценосовую пробу, промываясь в пяточно-коленной; восстановился тонус мышц, на 9-й день — начала самостоятельно садиться, но быстро уставала; сохранялась шаткость в положении стоя, исчезла сонливость, восстановился аппетит, исчез мидриаз, уверенно выполняла координационные пробы, но появился негативизм. На 13-й день уменьшилась шаткость в походе, восстановились сила и тонус мышц. С 15—20-го дня лечения стала сидеть уверенно, самостоятельно вставать с постели, ходить с поддержкой, а с 18-го дня — без поддержки, исчез негативизм. Больной были разрешены дозированные прогулки. При выписке через 21 день пребывания в стационаре сохранялась небольшая шаткость при ходьбе. Рекомендованы дозированные прогулки с постепенным увеличением нагрузки, общий массаж, энцефабол, эссенциале форте, поливитамины в течение одного месяца.

При осмотре через один и 2 мес после выписки из стационара ребенок общителен, хорошо ходит.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Верцнер В. Н. // Ветряная оспа. М., Медгиз, 1963.
2. Нисевич Н. И., Учайкин В. Ф. // Инфекционные болезни у детей. — М., Медицина, 1985.
3. Острые нейроринфекции у детей/Под ред. проф. А. П. Зинченко. — Л., Медицина, 1986.
4. Футер Д. С. // Заболевания нервной системы у детей. — М., Медицина, 1965.
5. Цукер М. Б. // Клиническая невропатология детского возраста. — М., Медицина, 1986.

Поступила 09.02.88

УДК 616.711—002.5—089.8

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ СПОНДИЛИТОВ В УСЛОВИЯХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

И. В. Усманов

Альметьевская ЦРБ (главрач — Л. И. Чувашева) МЗ ТАССР, кафедра травматологии и ортопедии (зав. — заслуж. деят. науки ТАССР, проф. А. Л. Латыпов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Излечение туберкулезных спондилитов в условиях противотуберкулезного диспансера остается трудной задачей. Консервативное лечение туберкулеза позвоночника эффективно лишь в начальной стадии поражения. Однако в последние годы среди вновь выявленных больных очаговые формы встречаются реже, а запущенные и осложненные формы этого заболевания, наоборот, чаще, что связано с диагностическими ошибками. В таких случаях консервативное лечение и применение антибактериальных средств неэффективны, они используются

лишь в периоде предоперационной подготовки и особенно после операции.

С 1983 г. мы прооперировали 40 больных в возрасте от 6 до 72 лет (мужчин — 24, женщин — 16). Давность заболевания колебалась от 1,5 мес до 4 лет. У 34 больных были поражения по 2 позвонка, у 6 — по 3 и более. Свищевых форм не установлено. У 6 больных мы наблюдали глубокие неврологические нарушения в виде нижних параличей с дисфункцией тазовых органов. Грудной отдел был поражен у 15 больных, груднопоясничный — у 14, пояснич-