

РАННЕЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С РОДОВОЙ ТРАВМОЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Л. Я. Лившиц, И. И. Шоломов

Кафедра неврологии лечебного факультета (зав.— проф. Л. Я. Лившиц) Саратовского медицинского университета

Реферат. Под наблюдением находились 302 новорожденных с позвоночно-спинальной травмой на шейном уровне, у которых были выявлены различные формы клинического проявления болезни, особенности течения сочетанного поражения спинного и головного мозга. Ранняя медицинская реабилитация пострадавших начиналась с момента рождения и заключалась в проведении недифференцированной и дифференцированной терапии, позволившей сократить летальность и улучшить исходы лечения больных.

АРКА МИЕ ҺӘМ УМЫРТКАЛЫКНЫҢ МУЕН ӨЛЕШЕ ЗАРАРЛАНГАН ЯҢА ТУГАН БАЛАЛАРНЫ ИРТӘ ДЭВАЛАУ

Л. Я. Лившиц, И. И. Шоломов

Туганда арка мије һәм баш мије зарарланган 302 яңа туган бала күзәтү астында торган; туудан соң ук башланган реабилитацияләү ысуллары күрсәтелгән.

EARLY TREATMENT OF NEWBORNS WITH BIRTH INJURY OF THE CERVICAL PART OF VERTEBRAL COLUMN AND SPINAL CORD

L. Ya. Livshits, I. I. Sholomov

Summary. The various forms of the clinical manifestation of the disease, the peculiarities of the course of combined injury of spinal cord and brain are revealed in 302 newborns with vertebrospinal injury on the cervical level being observable. The early medical rehabilitation of patients begins from the birth and involves the performance of nondifferentiated and differentiated therapy allowing to reduce lethality and improve the results of the treatment.

Проблема родовой травмы шейного отдела позвоночника и спинного мозга привлекает внимание различных специалистов: акушеров, педиатров, анестезиологов, неврологов, нейрохирургов и др.

Мы наблюдали новорожденных (302) с родовой травмой шейного отдела позвоночника и спинного мозга в остром и раннем периодах болезни. Клиническая картина заболевания позволила выделить несколько групп больных в зависимости от ведущего симптомокомплекса. В 1-ю группу (85 чел.) вошли новорожденные с синдромом двигательных расстройств, во 2-ю (81) — с синдромом дыхательной недостаточности, в 3-ю (67) — с синдромом акушерского паралича, в 4-ю (33) — с синдромом мышечной дистонии, в 5-ю (36) — с бульбарным синдромом. У 98 (32,4%) из 302 новорожденных были сочетанные позвоночно-спинномозговая и черепно-мозговая травмы.

Диагностика родовой позвоночно-спинномозговой травмы основывалась на динамическом клиническом наблюдении за ребенком и результатах дополнительных исследований. Проводили обзорную спондилографию на шейном уровне, миелографию с воздухом и рентгеноконтрастным веществом, компьютерную томографию головного и спинного мозга, ликворологическое обследование, объективную регистрацию тонуса скелетной мускулатуры, телловизионный контроль поверхности тела; определяли уровень серотонина в сыворотке крови. У новорожденных

с сочетанным поражением центральной нервной системы исследовали вегетативные функции с помощью кожной термометрии, холодной пробы. В случае летального исхода в обязательном порядке выполняли морфологические исследования спинного мозга, его оболочек, межпозвоноковых ганглиев.

Клинические наблюдения за больными с родовой травмой шейного отдела позвоночника и спинного мозга показали, что симптомы нарушений проводниковой или сегментарной функций спинного мозга определяется сразу после рождения ребенка и на протяжении первой недели жизни и нарастают весьма бурно. Родовая травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга в сочетании с черепно-мозговой травмой проявлялись в первую неделю жизни преимущественно симптомами поражения головного мозга: адинамией ребенка, исчезновением поискового, сосательного, назопальцевого, слухопальцевого и других рефлексов. Спинальные признаки травмы становились наиболее выраженными со второй недели жизни после купирования острых церебральных явлений.

С помощью дополнительных методов диагностики были обнаружены грубые переломы и дислокации тех позвонков, наличие мелких костнохрящевых фрагментов в полости позвоночного канала либо паравертебрально; явления отека-набухания спинного мозга или сдавление его эпидуральным кровоизлиянием. Ликвородинамические исследования у половины больных выявили блок подпаутинных камер спинного мозга. Изучение биогенных аминов сыворотки крови у новорожденных с родовой травмой шейного отдела позвоночника и спинного мозга показало, что при наличии травмы спинного мозга уровень серотонина резко повышается (в 60—80 раз). Зачастую состояние ребенка сразу после рождения настолько тяжелое, что требует реанимационных мероприятий, вплоть до искусственной вентиляции легких.

В целях иммобилизации шейного отдела позвоночника при малейшем подозрении на травму кранио-цервикального уровня мы пользовались ватно-марлевым воротником типа Шанца, кольцом по О. М. Юхновой, пеленанием шеи и грудной клетки, помещением новорожденного в специально сформированную кроватку из поливика и др. При синдроме акушерского паралича иммобилизации подвергали и пораженную верхнюю конечность. Иммобилизацию шеи мы проводили всем 302 новорожденным.

Нередко возникновение асфиксии у ребенка связано с поражением спинального дыхательного центра, расположенного на уровне С₄ сегмента [2]. Среди 93 детей, рожденных в состоянии асфиксии вследствие повреждения спинального дыхательного центра, вторичные приступы отмечены у 34 из них. При иммобилизации, выполненной в первые 2 часа после рождения ребен-

ка, приступов вторичной асфиксии не наблюдалось ни у одного из 16 детей, в 1-е сутки — у одного из 9, на 2-е — у 3 из 12, на 3-и — у 22 из 42, на 4—7-е — у 8 из 14. Итак, в среднем у 10% новорожденных с родовой краниоцервикальной травмой, возникала вторичная асфиксия. Зависимость последней от своевременности и надежности иммобилизации поврежденного позвоночного сегмента не вызывает никаких сомнений.

Пытаясь содействовать восстановлению анатомо-физиологических взаимоотношений между позвоночником и спинным мозгом, мы применяли растяжение импровизированной петлей Глиссона [4], одномоментным ручным вправлением вывихнутого позвонка [1, 3]. Противопоказанием к ручному исправлению костной деформации, по нашему мнению, являются бульбарные расстройства, а также мелкие костно-хрящевые фрагменты, располагающиеся в просвете позвоночного канала или вблизи позвоночной артерии.

Нами осуществлены 42 манипуляции с целью устранения костной деформации на шейном уровне — ни в одном случае не возникло каких-либо осложнений. При наличии указанных выше противопоказаний ограничивались иммобилизацией шеи. Придание последней лордотической осанки существенно уменьшает деформацию, что прослеживается на контрольных спондилограммах уже на второй неделе жизни.

В расчете на снятие болевого синдрома, релаксацию чрезмерно напряженных шейно-затылочных мышц, улучшение метаболизма нервной клетки мы провели чрезкожную электронейростимуляцию спинного мозга 87 травмированным детям на 5—7-й день жизни аппаратом «ЧЭНС» (частота — 50—70 Гц, длительность — 250—300 мс, амплитуда — 15 мА). Длительность одной процедуры составляла 20 минут (курс — 10—12 сеансов ежедневно или через день).

Нарушенная проводниковая или сегментарная функция спинного мозга восстанавливалась уже на 14—21-й день жизни, в то время как у больных контрольной группы — только через 1—1,5 месяца.

УДК 618.33—001:616.833.34—009.11:616.988.23

КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С РОДОВЫМИ ПАРАЛИЧАМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А. Л. Куренков, В. И. Доценко, И. И. Шоломов, И. Вагнер

Российский научно-методический центр восстановительного лечения детей с церебральными параличами (руководитель — проф. К. А. Семенова), г. Москва, Саратовский медицинский университет

Реферат. На основании результатов клинического, электромиографического и электронейрографического обследований 42 детей с родовыми параличами верхних конечностей сделан вывод о поражении в родах преимущественно периферических нервов с относительной интактностью спинного мозга. Только в 4,8% случаев клинико-электромиографическая картина соответствовала спинальному уровню повреждения и у 7,1% обследованных можно было предположить сочетанный характер поражения.

ТУГАНДА ХАСИЛ БУЛГАН ПАРАЛИЧЛАНГАН АВЫРУ БАЛАЛАРНЫҢ КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИК ХАРАКТЕРИСТИКАСЫ

А. Л. Куренков, В. И. Доценко, И. И. Шоломов, И. Вагнер

Туганда хасил булган паралич авыру балаларны клиник, электрографик һәм электронейрографик тикшеренү нәтижеләре каралган.

В целях коррекции дисгемических расстройств уже с 4—5-го дня жизни при отсутствии противопоказаний назначали электрофорез сосудорасширяющих средств, апликации парафина или озокерита на область шеи, корригирующий массаж и лечебную гимнастику. Внутривенно вводили реополиглюкд, реомакродекс, 20% глюкозу с эуфиллином кокарбоксилазой, кавинтон, актовегин, прозерин, дибазол, назначали витаминотерапию, препараты ноотропного ряда.

После выведения ребенка из тяжелого состояния, восстановления врожденных физиологических рефлексов его выписывали из стационара и в течение последующего диспансерного учета у детского невролога продолжал курс восстановительной терапии. В первые три месяца жизни ребенок получал два курса реабилитационного лечения в виде массажа, лечебной гимнастики, физиопроцедур на цервикальный отдел позвоночника, медикаментозную стимулирующую терапию. Курсы повторяли раз в полгода. Дети находились на диспансерном учете в течение трех лет, и, как правило, состояние их было стабильно удовлетворительным. Дальнейшего специализированного лечения не требовалось.

Таким образом, раннюю медицинскую реабилитацию новорожденных с родовой краниоцервикальной, цервикальной травмой позвоночника и спинного мозга следует считать мероприятием неотложной помощи. Основанная на комплексном подходе, она, по нашим данным, существенным образом снижает летальность и улучшает отдаленные исходы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герман Д. Г., Сорочан И. М. Журн. невропатол. и психиатр.— Т. 93.— № 2.— С. 53—58.
2. Осна А. И. Актуальные вопросы неврологии и нейрохирургии новорожденных.— Новокузнецк, 1980.
3. Паленова Н. Г. Развитие спинального отдела дыхательного центра и влияние на него вредных факторов: Автореф. дисс... канд. мед. наук.— М., 1963.
4. Холкина Г. Ф., Куряинова В. В. Мануальная терапия при вертеброгенной патологии.— Новокузнецк, 1986.
5. Шабалов Н. Н., Ярославский В. К. Асфиксия новорожденного.— Л., 1990.

Поступила 22.01.94.

CLINICO-PHYSIOLOGIC CHARACTERISTIC OF PATIENTS WITH BIRTH PARALYSES OF THE UPPER EXTREMITIES

А. Л. Куренков, В. И. Доценко, И. И. Шоломов, И. Вагнер

Summary. Based on the results of clinical, electromyographic and electroneurographic examinations of 42 children with birth paralyzes of the upper extremities, the conclusion regarding the injury in birth of essentially peripheral nerves with relative intactness of the spinal cord is made. The clinicoelectromyographic picture corresponds the spinal level of the injury only in 4,8% of the cases, and the combined nature of the injury may be assumed in 7,1% of the patients.