

Изъ клиники нервныхъ болѣзней Императорскаго
Казанскаго Университета.

Случай паралича лучевого нерва (Paralysis n. radialis¹⁾).

Х. И. ПРОТОПОПОВА.

Исторія болѣзни. Больной, студентъ юридическаго факультета Казанскаго Университета, В, 22 л. обратился 21 января 1911 г. въ клинику съ жалобами на отсутствіе движеній въ кистѣ и пальцахъ лѣвой руки, ощущеніе холода и онѣмѣнія въ той же рукѣ до половины плеча включительно. О началѣ своего заболѣванія больной рассказываетъ слѣдующее: 4 января 1911 г., послѣ того какъ въ продолженіе ¹⁾ часа постоялъ опершись на острия деревянныя перила лѣвой рукой, именно наружной стороною плеча, онъ почувствовалъ холодъ, онѣмѣніе въ рукѣ и ощущеніе мурашекъ; хотѣлъ поправить свою тужурку, но не могъ, такъ какъ кисть и пальцы лѣвой руки не достаточно хорошо дѣйствовали. Во время стоянія ничего не чувствовалъ и спокойно разговаривалъ съ окружающими, (дѣло происходило въ народномъ домѣ). Передъ тѣмъ алкоголя не употреблялъ и былъ совершенно здоровъ. Дня за два до того (1 и 2 января) у больного былъ насморкъ, кашель и небольшой жаръ, но самочувствіе было хорошее.

Въ семейномъ анамнезѣ отмѣчается лишь параличъ половины тѣла у его дѣда; отецъ и мать живы и совершенно здоровы, отецъ алкоголя не употребляетъ. Братья и сестры здоровы. Самъ больной росъ и развивался правильно; алко-

¹⁾ Демонстрированъ въ общ. невропат. и психіатровъ при Имл. Каз. Univ. 28 февраля 1911 г.

только употребляетъ въ небольшомъ количествѣ и очень рѣдко. Въ дѣтствѣ перенесъ дифтеритъ и брюшной тифъ: дифтеритъ на 9-мъ году, тифъ еще раньше. Венерическими болѣзнями не страдалъ. Объективное изслѣдованіе, произведенное 21/1, дало слѣдующую картину:—кисть лѣвой руки опущена, всѣ разгибательныя движенія кисти отсутствуютъ, при вытянутой рукѣ пальцами почти не двигаетъ, большой и указательный пальцы дѣйствуютъ нѣсколько больше остальныхъ. Сила правой руки по динамометру 40, лѣвой 5 kilo. Рефлексы съ *m. triceps. extensores* слѣва живѣй, чѣмъ справа. Со стороны чувствительности имѣется слѣдующее: на большомъ и указательномъ пальцахъ лѣвой руки болевое чувство выражено лучше, чѣмъ на остальныхъ 3-хъ; сравнительно же съ аналогичными мѣстами здоровой руки по всему предплечью замѣчается пониженіе болевой и отчасти тактильной чувствительности. На лучевой сторонѣ предплечья чувствительность понижена значительнѣе. Нервы, мышцы, кости и суставы неболезненны. Мускулатура предплечья лѣвой руки замѣтно похудала; фарадическая возбудимость въ *m. supinator* понижена. Другихъ отклоненій отъ нормы нѣтъ. У больного распознанъ периферическій параличъ лучевого нерва и назначено леченіе фарадическимъ токомъ и массажемъ.

26/II. Кисть лѣвой руки остается свѣшенной въ согнутомъ положеніи, разгибаніе кисти и пальцевъ въ первой фалангѣ невозможно; разгибаніе и отведеніе большого пальца теперь возможно, но еще нѣсколько меньше нормы. Сгибаніе предплечья не такъ свободно, какъ справа, вслѣдствіе пареза *m. supinatoris longi*. При среднемъ положеніи между пронаціей и супинаціей при разгибаніи брюшко *m. supinator'a* не образуетъ выступа, какъ это бываетъ въ нормѣ. Разгибаніе кисти въ сторону луча затруднено, въ сторону локтя есть, хотя и меньше нормы. Сила движеній меньше, чѣмъ справа. Движеніе пальцевъ въ смыслѣ отведенія (при положеніи кисти на плоскости) ограничено и ослаблено по сравнению со здоровой стороной. Рефлексы съ *m. extensores* и *tricipi* слѣва живѣй. Сила правой руки по динамометру 40, лѣв. 7 kilo. Всѣ виды чувствительности на лицо, но, какъ и при первомъ изслѣдованіи, отмѣчается пониженіе болевого чувства въ области 3, 4 и 5 пальцевъ лѣвой руки по сравненію съ указательнымъ и большимъ и незначительное пониженіе на лу-

чевой сторонѣ въ нижней трети предплечья. Лѣвая рука по сравненію со здоровой худѣе; при измѣреніи на уровнѣ 1 снт. выше головки ulnae—16 снт., какъ слѣва, такъ и справа; на уровнѣ 1 снт. ниже мыщелковъ плечевой кости 24 снт. слѣва, 26 справа; на 2 снт. выше мыщелковъ 21 слѣва, 22¹/₂ снт. справа. Супинаторъ, какъ уже было указано, при сокращеніи выступка не образуетъ. Со стороны электровозбудимости отмѣчается: пониженіе слѣва на фарадическій токъ *m. supinator long.* 75 mm. слѣва 90 справа R A и *m. m. interossei dorsalis.* 2 и 3 сл. 65 снт. слѣва, 75 mm. справа и 60 mm. слѣва 70 mm. справа 70 снт. *inm.* На гальваническій токъ *m. supinator longus* реагируетъ при силѣ тока 3 M A, тогда какъ справа при 2 M A; сокращеніе слѣва вялое, $An > Ka$ *M extensor carpi radialis* при 5 M A (справа 4 M A), сокращеніе живое, $Ka > An$ *Mm. interossei ext.* на гальваническій токъ реагируютъ при одинаковой силѣ тока (3 M A) справа и слѣва, *Nervus radialis* на обѣихъ сторонахъ реагируетъ одинаково на оба тока.—Внутренніе органы въ порядкѣ, тоны сердца чистые, пульсъ мягкій, 84 въ минуту. Бѣлка и сахара въ мочѣ нѣтъ.

Такимъ образомъ передъ нами картина болѣзни, гдѣ пострадали мышцы, иннервируемыя лѣвымъ лучевымъ нервомъ (*extensor digit. communis, extensor carpi radialis et ulnaris, pollicis long., supinator longus, abductor poll. long.*), чувствительность понижена на лучевой сторонѣ предплечья парализованной лѣвой руки—картина, обычная для паралича лучевого нерва, содержащаго въ себѣ какъ двигательныя, такъ и чувствительныя волокна. Только периферическимъ пораженіемъ лучевого нерва и можно объяснить себѣ возникновеніе наблюдаемой въ данномъ случаѣ комбинаціи двигательныхъ и чувствительныхъ разстройствъ; локализовать пораженіе нерва нужно ниже отхожденія отъ него вѣточки для *m. triceps*, оставшагося не пострадавшимъ въ то время, какъ остальные мышцы, иннервируемыя лучевымъ нервомъ въ большей или меньшей степени пострадали. Локализовать пораженіе нервныхъ волоконъ гдѣ нибудь выше—въ *plexus brachialis*, напр.,

или въ корешкахъ его, — нельзя, такъ какъ тогда распредѣленіе параличныхъ явленій было бы совершенно инымъ; а вѣточка, идущая къ *m. triceps* не была бы пощажена. Также нѣтъ никакихъ основаній предполагать и спинальное пораженіе.

Но въ нашемъ случаѣ параличъ лучевого нерва не является изолированнымъ, такъ какъ имѣются явленія, указывающія на нарушеніе двигательныхъ и чувствительныхъ функций также и лѣваго локтевого нерва (*n. ulnaris* проявляющееся слѣдующимъ образомъ: пострадали *mm. interossei dorsales* и понижена чувствительность на 3 хъ пальцахъ локтевой стороны (3 4 и 5) висти—область распредѣленія *n. ulnaris*. Но во всякомъ случаѣ, болѣзненные явленія со стороны лучевого нерва у нашего больного въ значительной степени превалируютъ надъ явленіями выпаденія со стороны локтевого нерва и занимаютъ доминирующее положеніе во всей клинической картинѣ.

Этіологія параличей лучевого нерва разнообразна. Параличи часто возникаютъ благодаря причинамъ общаго характера, какъ то: при хроническомъ свинцовомъ отравленіи, хроническомъ алкоголизмѣ, послѣ различнаго рода инфекціонныхъ болѣзней—сыпного тифа, брюшного тифа, сочленовнаго ревматизма, крупозной пневмоніи (случай *V a g n a l i*) и т. д. Къ параличу по вѣкоторымъ авторамъ можетъ повести „простуда“ (*C h a r o u*). Другіе авторы (*P a n a s*) объясняютъ многіе случаи, которые приписывались „простудѣ“, травматическимъ происхожденіемъ.

Болѣе важную роль въ этіологіи параличей *n. radialis* играютъ мѣстныя вліянія, травмы, непосредственно дѣйствующія на лучевой нервъ; *Str ü m p e l l* считаетъ параличи лучевого нерва отъ давленія (*Drückklähmung*) самыми частыми периферическими параличами. Большинство случаевъ параличей, несомнѣнно, вызывается прижатіемъ нерва или случайнымъ, или профессиональнымъ, куда относятся параличи вслѣдствіе перелома плечевой кости (*B i e n k e* въ 1903 г. сооб-

щилъ 55 случаевъ), при внезапномъ и сильномъ сокращеніи triceps'a благодаря прижатію нерва между мышцей и костью (случай Gerplanos'a, Bernhardt'a и др.), параличъ у извошниковъ, которые засыпаютъ на козлахъ закрутивъ возжи кругомъ плеча, (Brehner), костыльный параличъ, отъ удара палкой, камнемъ и т. д. Сюда же нужно отнести „сонный параличъ“ (Schlaf lähmung нѣмецкихъ авторовъ), когда во время глубокаго сна, особенно въ состояніи омыянтія, нервъ подвергается травматическимъ вліяніемъ (Gawers, Orreheim). Orreheim, разбирая параличъ отъ давленія, находить, что однимъ давленіемъ нельзя объяснить наступленіе параличей, и присоединяетъ къ этому еще одно условіе—омянтіе, какъ благоприятный моментъ (въ случаяхъ Schlaf lähmung), вообще предрасположеніе; въ періодъ выздоровленія отъ инфекціонныхъ болѣзней, при вахексіи, въ старости. Въ литературѣ есть указанія на фамиліное предрасположеніе къ параличамъ лучевого нерва—2 случая Sterraп'a, наблюдавшаго параличи у 2-хъ членовъ одной семьи, при чемъ у одного параличъ былъ 2 раза вслѣдствіе легкаго удара палкой по рукѣ.

Всѣ случаи параличей отъ давленія, также, какъ и описываемый мной случай, который нужно отнести, именно, къ этой категоріи параличей, очень легко объясняются съ точки зрѣнія анатомическаго хода n. radialis послѣдній, какъ извѣстно, оставивъ плечевое сплетеніе, идетъ между внутреннею и среднею головками m. triceps и, лежа непосредственно на плечевой кости, огибаетъ её спирально по направленію внаружи. Благодаря тому, что нервъ тѣсно прилегаетъ къ плечевой кости, онъ очень легко подвергается поврежденіямъ, даже подъ вліяніемъ временнаго прижатія къ кости. Нашъ случай также понятенъ съ этой точки зрѣнія; локализованное поврежденіе, какъ уже было сказано раньше, должно идти отъ нерва вѣточки къ m. triceps, въ средней трети плеча, что соотвѣтствуетъ анатомическимъ отношеніямъ и

картинѣ болѣзни. Явленія со стороны *n. ulnaris*, нужно поставить въ связь съ измѣнившимися во время положенія, принятаго больнымъ, условіями кровообращенія въ нервѣ, т. е. допустить для нарушенія его функцій тотъ же механизмъ поврежденія какъ и для *n. radialis*, но въ болѣе слабой степени.

Данный случай по выраженности симптомовъ относится къ случаямъ—средней интенсивности, за что говоритъ пониженіе электровозбудимости—и наличность частичной реакціи перерожденія въ *m. supinator longus*; онъ принадлежитъ къ случаямъ измѣнившимся, что и подтверждается постепеннымъ возстановленіемъ функцій пораженной мускулатуры.

Нашъ случай представляетъ интересъ съ точки зрѣнія его этиологія, у молодого, трезваго, здороваго человѣка, со здоровой наследственностью, безъ предрасположенія, слѣдовательно, какъ въ смыслѣ *O r p e n h e i m 'a*, такъ и въ смыслѣ *S t e r r a n 'a*, вслѣдъ за непосредственнымъ сдавливаніемъ лучевого нерва, въ области плечевого наступаетъ параличъ иннервируемой послѣднимъ мускулатуры. Больной определенно указываетъ, что это давленіе продолжалось около $\frac{1}{2}$ часа.

Въ этой определенности этиологическаго момента и заключается главная интересная особенность данного случая: далеко не часто вообще случаи пораженія нервной системы отличаются определенностью этиологія момента. Другая особенность случая та, что больной—человѣкъ интеллигентный, привыкшій обращать вниманіе на свои ощущенія, определенно указываетъ, что во все время дѣйствія травмирующаго момента на нервъ онъ не замѣчалъ ровно никакихъ ненормальныхъ ощущеній въ рукѣ, которыя могли бы предостеречь его, обратить его вниманіе на неудобство его положенія, побудили бы его измѣнить позу и т. п. Если это такъ, то дѣлается вполне понятнымъ происхожденіе параличей лучевого нерва у спящаго человѣка (*Schlaflähmung*), особенно у опья-

неннаго, подъ вліяніемъ травматизирующихъ моментовъ на протяженіи нѣсколькихъ часовъ. Считаюсь съ столь естественнымъ появленіемъ паралича подъ непосредственнымъ вліяніемъ травматизма, мнѣ кажется, совершенно излишне искать какихъ либо добавочныхъ вліяній, именно, имѣть основанія привлекать сюда въ качествѣ хотя бы и предрасполагающаго момента ту легкую инфекцію, заболѣваніе которой предшествовало за нѣсколько дней появленію параличей: предъ значеніемъ травматизма ея вліяніе совершенно ступшевывается.

Въ виду описанныхъ особенностей въ данномъ случаѣ паралича лучевого нерва, стоящаго въ столь опредѣленной зависимости отъ сдавленія нерва, его травматизма и развившагося въ теченіе такого короткаго времени въ бодрственномъ состояніи больного, я и считаю этотъ случай заслуживающимъ вниманія.
