

Н.А. Астахова, Н.Г. Жила

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ КОМПРЕССИОННОГО ПЕРЕЛОМА ПОЗВОНОЧНИКА У ПОДРОСТКА

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Резюме

Авторами представлен клинический случай поздней диагностики неосложненного компрессионного перелома позвоночника у подростка. Недооценка жалоб, характера и механизма травмы, наличие сопутствующих повреждений и скудная клиническая симптоматика приводят к неоправданному ограничению перечня диагностических мероприятий, что, в конечном счете, способствует постановке неточного клинического диагноза и задерживает начало адекватного лечения. Позднее начало терапии неосложненной позвоночной травмы приводит к развитию грубых анатомических изменений не только в структуре самих позвонков, но и в окружающих позвоночник мягкотканых элементах – межпозвонковых дисках, связках, с вовлечением в процесс спинного мозга и его корешков. Развитие дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночных сегментах у подростка не только снижает качество жизни, но и ограничивает его дальнейшую профориентацию и трудоустройство.

Ключевые слова: компрессионные переломы позвоночника, диагностика позвоночной травмы, исходы позвоночной травмы.

N.A. Astakhova, N.G. Zhila

THE CASE OF LATE DIAGNOSIS OF SPINAL FRACTURE IN AN ADOLESCENT

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

The authors presented a clinical case of late diagnostics of uncomplicated spinal fracture with compression in a teenager. Underestimation of complaints, trauma character and mechanism, accompanying damages and poor clinical semiology lead to unjustified restriction of the list of diagnostic actions that, finally, promoted inaccurate clinical diagnosis and delayed the beginning of adequate treatment. The late beginning of therapy of uncomplicated vertebral trauma leads to development of rough anatomic changes not only in structure of vertebrae, but also in the soft tissue surrounding spinal intervertebral disks, ligaments, involving spinal cord and its processes. Development of degenerative - dystrophic processes in vertebral segments in a teenager not only deteriorates the quality of life, but also restricts further vocational guidance and employment.

Key words: compression fractures of the spine; diagnosis of spine trauma, spine injury outcomes.

По данным Г.А. Баирова (2000) [2], неосложненные переломы позвоночника в большинстве своем наблюдаются в возрасте от 8-ми до 14-ти лет. По наблюдениям Ю.Т. Игнатьева (2003), в последнее время отмечается рост показателей травматизма у детей на 9,6 %, в том числе увеличение частоты травм позвоночника (928,3 на 10 000 детского населения) [4, 5, 6].

Следует отметить, что диагностика компрессионных переломов позвоночника у детей достаточно трудна, а клиническая картина малоспецифична, в связи с чем, до 24 % детей не обращаются к врачу и только 35 % больных госпитализируются в день травмы. В свою очередь, запоздалое начало лечения резко ухудшает исходы травмы. Так, Ногал и соавт. (1972) при изучении отдаленных результатов лечения компрессионных переломов тел позвонков у 20 % детей выявили наличие остеофитов в области перелома. По данным Н.С. Андрушко и соавт. (1977), у 20 % детей наблюдаются различные нарушения осанки, у 36 % – изменения формы позвоночника, у 12 % – деформации позвоночника (сколиозы, кифозы) [1].

Представляем собственное клиническое наблюдение поздней диагностики компрессионного перелома позвоночника у подростка.

Больной Сергей А., 17 лет, 24.09.2009 г. был избит сверстниками. Бригадой СМП доставлен в приемное отделение Краевой клинической больницы № 2, где осмотрен нейрохирургом, выполнена рентгенография черепа в двух проекциях, М-эхо. Выставлен диагноз: закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга. Множественные ушибы спины, поясничной области, мягких тканей головы. Назначена нейротропная терапия, охранительный режим, рекомендовано дальнейшее наблюдение у невролога и хирурга по месту жительства.

В связи с сохранением жалоб на головную боль, головокружение, боль в груднопоясничном отделе позвоночника, обратился в приемное отделение госпиталя в/ч по месту жительства. Госпитализирован (05.11–15.11.2009 г.) с диагнозом: отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы, сотрясения головного мозга. Получал повторный курс нейротроп-

ной терапии (актовегин, церебролизин, микроциркулянт, анальгетики). Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение невролога. В дальнейшем амбулаторно проводились курсы рекомендованной нейротропной терапии один раз в 3-4 месяца.

В связи с сохранением болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника 15.03.2011 г. обратился за консультацией к врачу-ортопеду Детской краевой клинической больницы (ДККБ) г. Хабаровска. Выполнена спондилография груднопоясничного отдела позвоночника в двух стандартных проекциях, в результате выставлен диагноз: ювенильный остеохондроз поясничного отдела позвоночника, стадия обострения, компрессионный перелом тела L₁ I-й степени, перелом поперечного отростка L₁, формирование грыж межпозвонковых дисков Th_{XII}-L₁, L₁-L_{II}. В связи с выставленной патологией госпитализирован в ортопедическое отделение ДККБ (15.03–06.04.2011 г.) (и. б. № 1437). В отделении получал разгрузочное вытяжение на кольцах Дельбе, физиотерапию, массаж. Выписан в удовлетворительном состоянии. В дальнейшем наблюдался у ортопеда и невролога консультативной поликлиники ДККБ, проводилась консервативная терапия (текстильный торако-люмбальный корсет, ЛФК, массаж, магнитотерапия, микроциркулянт и нейротропная терапия курсами). Выполнена МРТ поясничного отдела (рис. 1): клиновидная деформация тела L₁ I-й степени со снижением высоты вентрального отдела с формированием грыж межпозвонковых дисков Th_{XII}-L₁, L₁-L_{II} и оссификацией задней продольной связки.

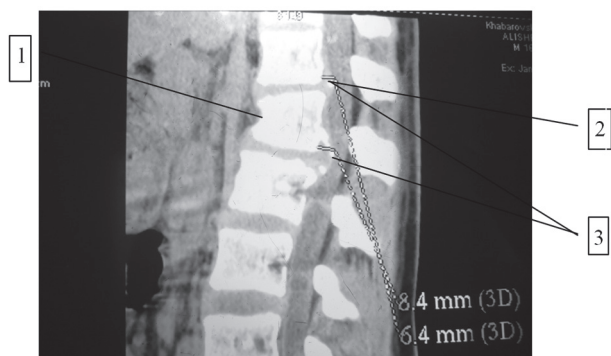


Рис. 1. МРТ поясничного отдела позвоночника больного Сергея А., 16 лет (март, 2010): 1 – клиновидная деформация тела L₁ I-й степени со снижением высоты вентрального отдела; 2 – формирование грыж межпозвонковых дисков Th_{XII}-L₁, L₁-L_{II}; 3 – оссификация задней продольной связки

В сентябре 2011 года выполнена контрольная МРТ поясничного отдела позвоночника (рис. 2): отмечается стабилизация патологического процесса, размеры грыж межпозвонковых дисков в динамике не нарастают, структура и размеры (высота вентральных отделов и средняя поперечная площадь поврежденных позвонков не изменились). Неврологический статус больного компенсирован. При осмотре предъявляет жалобы на

ограничение движений в груднопоясничном отделе позвоночника (тест Адамса до 20 см), отмечается напряжение паравerteбральных мышц в поясничном отделе позвоночника. Расстройств функций тазовых органов нет, движения в суставах нижних конечностей сохранены в полном объеме.

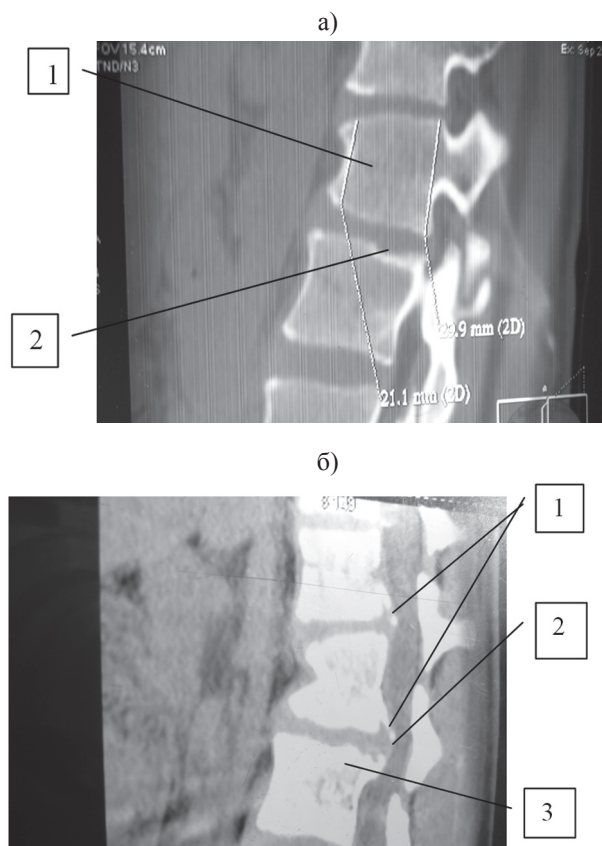


Рис. 2. МРТ больного Сергея А., 17 лет (сентябрь, 2011 г.). а) 1 – сохранение клиновидной деформации тела L₁ I-й степени со снижением высоты вентрального отдела; 2 – появление деформации верхней замыкательной пластинки тела L_{II}; б) 1 – грыжи межпозвонковых дисков Th_{XII}-L₁, L₁-L_{II}; 2 – оссификация задней продольной связки; 3 – деформация тела и суставной поверхности L_{II}

Таким образом, в данном случае имеет место благоприятный исход неосложненной позвоночной травмы. Однако несвоевременная диагностика, основанная на недостаточно тщательном сборе жалоб и анамнеза, без детального анализа механизма травмы и оценки минимальной клинической симптоматики травмы позвоночника не позволили получить у данного больного полноценные анатомический и функциональный результаты. На наш взгляд, в случаях сочетанной травмы целесообразно проводить углубленную диагностику на предмет повреждения всех сегментов костной системы у детей, что позволит оказывать им адекватную лечебную помощь в острый период травмы.

Литература

1. Андрушко Н.С., Распопина А.В. Компрессионные переломы позвоночника у детей. – М. : Медицина. – 1977. – С. 7, 98–106.

2. Баиров Г.А. Детская травматология. – СПб. : Питер, 2000. – С. 158.

3. Игнатъев Ю.Т. Лучевая диагностика компрессионных переломов тел позвонков у детей // Детская хирургия. – 2003. – № 2. – С. 38–41.

4. Игнатъев Ю.Т. Отдаленные последствия компрессионных переломов тел позвонков у детей // Детская хирургия. – 2004. – № 4. – С. 22–27.

5. Игнатъев Ю.Т., Новиков В.П. Лучевая диагностика компрессионных переломов тел позвонков у

детей // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2002. – № 4. – С. 23–28.

6. Кондаков Е.Н., Симонова И.А. Оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе больным с травмой позвоночника и спинного мозга в Санкт – Петербурге // Скорая медицинская помощь. – 2002. – № 4. – С. 25–28.

Координаты для связи с авторами: Астахова Наталья Александровна – аспирант кафедры детской хирургии, травматологии и ортопедии ДВГМУ, e-mail: Astasha_1982@mail.ru; Жила Николай Григорьевич – доктор мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, зав. кафедрой детской хирургии, травматологии и ортопедии ДВГМУ, e-mail: k_chlh@fesmu.ru.



УДК 616.988.25-002.954.2:616.853.8-038]-053.6(021.144)

Т.А. Захарычева¹, Н.Б. Сердюк², В.В. Говзман²

СЛУЧАЙ ЭПИЛЕПСИИ КОЖЕВНИКОВА ПРИ КЛЕЩЕВОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД», 680022, ул. Воронежская, 49, тел. 8-(4212)-98-00-72, e-mail: natalya.serdyuk@dkb-dv.ru, г. Хабаровск

Резюме

Эпилепсия Кожевникова (ЭК) – это редкий вариант судорожного синдрома, характеризующегося сочетанием спастико-атрофических парезов, миоклонических гиперкинезов с генерализацией в общий припадок и контрактур в конечностях, охваченных гиперкинезом. В статье представлен случай развития ЭК при клещевом энцефалите (КЭ) у подростка 14-ти лет. Описана клиника и течение заболевания на протяжении 5-ти лет. Особенности случая явились отсутствие специфической вакцинации, трансмиссивное заражение в результате множественного контакта с клещами на территории Свердловской области, где циркулируют как Дальневосточный, так и Урало-Сибирский подтипы вируса КЭ, тяжелое многоуровневое поражение нервной системы – менингоэнцефалополіомієліт и раннее инициально-прогредиентное формирование ЭК. Исход заболевания относительно удовлетворительный – отсутствие прогрессирования неврологических симптомов, урежение тонико-клонических приступов и уменьшение выраженности миоклоний.

Ключевые слова: клещевой энцефалит, эпилепсия Кожевникова.

T.A. Zakharycheva, N.B. Serdyuk, V.V. Govzman

THE CASE OF EPILEPSIA PARTIALIS CONTINUA (KOJEVNIKOV'S SYNDROME) AS THE SIGN OF TICK-BORNE ENCEPHALITIS

Far Eastern State Medical University;
Far Eastern Railway Hospital, Khabarovsk

Summary

Kojevnikov's epilepsy (KE) is a rare type of seizure syndrome characterized by spastic-atrophic paresis, myoclonic hyperkinesis with generalization into an attack and contractures in the extremities with hyperkinesis. The article covers the case of KE in tick-borne encephalitis in a 14-year old boy. The authors describe the course and clinical manifestations of the disease throughout five years. The peculiarities of the case are: the absence of specific vaccination, contamination by transmission due to multiple contacts with ticks in the territory of Sverdlovsk Region where the same type of the virus as in the Far East and the Ural-Siberian territories circulates, severe multi level damage of the CNS – meningoencephalopolіomієліт and early initial-pro gradient EK formation. The outcome of the disease is relatively favorable: the absence of progressing neurological symptoms, less tonic-clonic seizures, less marked myoclonic attacks.

Key words: tick borne encephalitis, epilepsy partialis continua (Kojevnikov's syndrome).