

Канд. мед. наук И. П. Кипервас (Семипалатинск). О вторичном ишиасе

Клинический симптомокомплекс, известный под названием «ишиас», выделен в XVIII в. Катуньо. Длительное время основное значение в происхождении его придавали инфекции. За последнее десятилетие в науке утвердилось мнение, что указанный синдром связан с остеохондрозом позвоночника. Но поражение самого седалищного нерва объяснить этой патологией нельзя.

Основываясь на некоторых анатомических и клинических данных, Я. Ю. Попелянский и Т. И. Бобровникова (1959) предположили, что седалищный нерв может сдавливаться грушевидной мышцей, патологически измененной в ответ на импульсы из пораженного позвоночника. В 1962—1969 гг. они обосновали реальность синдрома грушевидной мышцы при поясничном остеохондрозе. Клинические проявления его складываются из признаков поражения данной мышцы и седалищного нерва.

С патологическим изменением грушевидной мышцы связывают болезненность большого вертела, нижней части капсулы крестцово-подвздошного сочленения, точки выхода седалищного нерва. Имеет значение пальпация ограниченной плотности в области проекции грушевидной мышцы. Весьма патогномичным является симптом Боннэ. С поражением седалищного нерва связывают определенный характер болей и других признаков раздражения, вегетативные нарушения в ноге. Они уменьшаются под влиянием инфльтрации грушевидной мышцы новокаином.

Мы наблюдали 32 больных с различными формами синдрома ишиаса. Преобладали лица среднего возраста — от 30 до 50 лет. У 31 из них были клинические и рентгенологические признаки остеохондроза поясничного отдела позвоночника. У 20 человек определялся спазм грушевидной мышцы, у 10 его не было. У 2 больных были местные поражения седалищного нерва после травмы и неудачной лечебной инъекции.

Для основной группы наших больных (20), помимо признаков синдрома грушевидной мышцы, оказался характерным также «симптом стволового ишиаса» Бехтерева: при форсированном прижатии колена к постели у больного, лежащего на спине с разогнутыми ногами, возникает боль в подколенной ямке. Частой находкой является и феномен Гроссмана: при ударе молоточком по поясничным позвонкам или по средней линии крестца возникает сокращение ягодичных мышц.

Важной особенностью данной группы являлось преимущественное сосредоточение болей в области ягодицы, бедра и голени, артрозы тазобедренного и коленного суставов. В случае возникновения последних очень эффективно обкалывание новокаином соответствующих суставов.

Новокаинизация же грушевидной мышцы оказывала лишь кратковременный эффект без заметного изменения объективной симптоматики. Это объясняется, по-видимому, тем, что блокада не сочеталась с вытяжением на специальном столе. Другой вероятной причиной является и то, что к нам в стационар попадали лишь больные с далеко зашедшими процессами. При этом можно предположить дистрофические изменения грушевидной мышцы с переходом в фиброз, расстройство кровообращения в сосудах, питающих седалищный нерв, ишемизацию его. Гораздо больший эффект давали эпидуральные блокады по Катлену новокаином с гидрокортизоном в сочетании с вытяжением на шите, различными видами физио- и медикаментозной терапии. Последнее обстоятельство подчеркивает связь синдрома ишиаса с поражением поясничных корешков и вторичность этого синдрома.

Для больных рассматриваемой группы были характерны диффузные атрофии мышц ноги (особенно голени), слабость стопы, снижение ахиллова рефлекса и гипестезии по наружной поверхности голени и стопы. Поэтому иногда трудно отграничить и «развести» поражения корешка S₁ и седалищного нерва.

У больных второй группы (10) был поясничный остеохондроз без вовлечения в процесс грушевидной мышцы. Боли при этом локализовались преимущественно в пояснице и лишь иррадиировали в седалищную область. Симптомы Боннэ, Бехтерева, Гроссмана, грубые вегетативные расстройства наблюдались редко. Зато выявлялось напряжение поясничных мышц, болезненность в различных точках позвоночника и поясницы.

Итак, за «фасадом» ишиаса скрываются другие заболевания. Это могут быть не только корешковые синдромы поясничного остеохондроза, но и симптомокомплексы, развивающиеся при сдавлении седалищного нерва в подгрушевидном отверстии. Ввиду частого сочетания и схожести синдрома грушевидной мышцы с поражением корешка S₁ их отграничение весьма важно, особенно при возникновении показаний к хирургическому вмешательству.

УДК 616.71—007.61—616.71—007.152

Г. Х. Хузин (Ленингорск). Сочетание гигантизма с акромегалией

Сочетание гигантизма и акромегалии у одного и того же больного встречается редко. Приводим наше наблюдение.

В., 20 лет, находился на стационарном лечении с 12/XII 1968 г. по 1/I 1969 г. № с 5/II по 3/III 1970 г. Жалоб при поступлении не предъявлял.