

12. Рахлин Л. М., Русецкий И. И., Ахтямова Д. К., Пивикова М. И. Казанский мед. ж. 1957, 1. — 13. Русецкий И. И. Клиническая невроvegetология. Медгиз, М., 1950. — 14. Сперанский Н. И., Сорокина Е. И. Клин. мед., 1963, 7. — 15. Стрелкова Н. И. Журн. невропат. и псих. 1963, 9. — 16. Тетельбаум А. Г. Клинические типы и формы стенокардии и начала инфаркта миокарда. Медгиз, М., 1960. — 17. Файнберг М. Г. Клин. мед. 1962, 9. — 18. Четвериков Н. С. В кн. «Периодические и пароксизмальные нарушения в неврологической клинике». Медгиз, М., 1963. — 19. Цветкова Г. М. Тр. Смоленского мед. ин-та. 1958, т. 9. — 20. Leriche R. Presse Med. 1925, 33.

Поступила 25 августа 1964 г.

УДК 617.559—009.76

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ЛЮМБОИШИАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Б. Л. Дубнов

Неврологическое отделение (нач. — А. Н. Рыбин) Дорожной больницы
Львовской жел. дор. (нач. — П. С. Черникова)

С целью выяснения некоторых сторон этиологии и патогенеза люмбоишиалгического синдрома нами подвергнуты анализу истории болезни 440 больных, у которых этот синдром считался основным (первичным) проявлением болезни. Почти все больные поступали с диагнозом «пояснично-крестцовый радикулит».

Мужчин было 317, женщин 123. Перевес мужчин объясняется преобладанием среди работников транспорта лиц мужского пола.

В возрасте 20 лет было 2 больных, от 21 до 40 — 181, от 41 до 60 — 240 и старше — 17.

С менингоградикулитом было 5 больных, фуникулитом — 334 (почти 76%); с плекситом — 12; невритом — 36. Ганглионитов не было. У 53 больных был люмбоишиалгический синдром без убедительных расстройств рефлексов, чувствительности и трофики; наблюдался характерный болевой синдром, обычно сочетавшийся с ограничением движений (радикулагия).

У всех 5 больных менингоградикулитом наблюдалась симптоматика не только корешкового, но и спинального поражения: у двух — непостоянные патологические знаки, у 3 — сочетание как снижения рефлексов, так и патологического повышения их. У последних в ликворе был обнаружен цитоз (до 14 клеток), умеренное повышение белка. Трое заболели в период эпидемии гриппа. Таким образом, менингоградикулит — первичная воспалительная форма люмбоишиалгического синдрома — представляет собой фактически спинальный арахноидит.

В качестве вероятной причины плекситов у женщин можно указать на воспалительные заболевания органов малого таза (5); операцию по поводу внематочной беременности (1); фиксированный загиб матки (1). У одного мужчины в недалеком прошлом был тяжелый мигрирующий тромбофлебит вен конечности и таза. У 3 мужчин причину заболевания выяснить не удалось. В большинстве случаев плексит являлся вторичным поражением сплетения на почве болезней тканей и органов малого таза. Доказательством вторичности плексита являлось развитие его во время или после перенесенной болезни и улучшение при лечении основного заболевания.

За диагнозом «Неврит седалищного нерва» фактически часто скрывается пояснично-крестцовый радикулит. Так, у 9 больных из 36 в прошлом наблюдались сильные боли в поясничной области, постепенно как бы «опустившиеся» в ногу. Что касается других причин невритов, то чаще всего больные указывали на охлаждение (6), а также на травму (3), грипп (2), заболевания вен конечности (2), тяжелые роды, после которых появились боли и расстройства чувствительности в зоне седалищного нерва (2). У 12 больных причина неврита осталась невыясненной. Причины невритов разнообразны. Необходимо, однако, подчеркнуть, что в значительном числе невриты вторичны либо картина неврита прикрывает собой пояснично-крестцовый радикулит.

Пояснично-крестцовые радикулиты наблюдались у подавляющего большинства больных с люмбоишиалгическим синдромом.

Из 440 больных только у 5 с менингоградикулитом можно было отметить признаки воспалительного процесса (повышение температуры, увеличение количества клеток в ликворе). У других больных не было убедительных признаков воспалительного процесса. Не удалось отметить развития пояснично-крестцового радикулита в течение какого-либо общего инфекционного заболевания или непосредственно

вслед за ним. В то же время среди больных радикулитом много лиц с отягощенным инфекционными болезнями анамнезом.

Грипп часто указывается в качестве причины появления или обострения радикулита. Роль его, несомненно, преувеличена. По данным дорпрофсжа Львовской дороги (Фелиженко), количество больных радикулитами в период вспышек гриппозных заболеваний в 1957 г. и в I квартале 1959 г. существенно не менялось.

Четко указал на возможную причину появления болей только 181 больной, охлаждение как этиологический фактор было у 59. В большинстве случаев охлаждение вызывало боли в период интенсивной физической работы, т. е. при сочетании охлаждения и физического напряжения.

Нами проанализировано распределение больных пояснично-крестцовым радикулитом по сезонам за 5 лет (802 больных). Оказалось, что в условиях Западной Украины максимальное число заболевших падает на осень (263 — 32,6%), а минимальное — на лето (156 — 19,4%); в весенние и зимние месяцы заболело соответственно 191 и 192 чел. (24%).

На механический фактор как на причину появления люмбоишиалгии указали 85 больных из 181 (47%). Роль механического фактора ясно видна при анализе профессионального состава больных с люмбоишиалгиями. Из 387 больных радикулитом 243 (62,8%) рабочих. Фактически процент лиц физического труда еще выше, так как не вошедшие сюда заняты постоянно полевыми работами или в прошлом занимались тяжелым физическим трудом. Среди лиц физического труда первое место занимают рабочие наиболее тяжелых и плохо механизированных профессий: разнорабочие строек, ремонтные рабочие, путейцы, грузчики и кузнецы и т. д.

Для развития тяжелого болевого синдрома вовсе не обязательно значительное физическое перенапряжение.

Часто боли возникали непосредственно вслед за каким-либо незначительным по силе, но неудачным движением, неудобным положением тела, которому сам больной не всегда придает значение, и т. п. Следовательно, механический фактор далеко не всегда является истинной причиной люмбоишиалгического синдрома.

Велика роль в происхождении люмбоишиалгического синдрома патологически измененных межпозвоночных дисков (грыж дисков). При анализе клинической картины 334 больных радикулитом явные черты дискогенного происхождения болевого синдрома (начало после физических нагрузок, типичный для дискогенного радикулита вертебральный и корешковый синдромы) отмечены у 256 (76%). Несомненно также, что дискогенный фактор не является единственной причиной пояснично-крестцовых радикулитов. Вторичный пояснично-крестцовый радикулит может быть вызван поражением не только дисков, но и других образований суставно-связочного аппарата позвоночника (И. Л. Тагер, Р. Гормлей и др.).

Доказательством того, что недостаточность суставно-связочного аппарата в пояснично-крестцовом отделе позвоночника часто является наиболее вероятной причиной болей в этой области, служат данные рентгенологического исследования больных. Даже далеко не полное рентгенологическое исследование 267 больных (снимки в двух и даже в одной проекции) показывает, что количество регистрируемых рентгеном изменений в позвоночнике очень велико и достигает, по нашим данным, 75%. У 159 больных (59,5%) выявлен дегенеративно-деформирующий процесс типа спондилартроза и спондилоза. У 23 (8,5%) отмечены врожденные изменения позвоночника (незарращение дужек позвонков, переходной позвонков). У 19 больных (7,1%) обнаружены явления остеохондроза. У 66 больных убедительных изменений не было выявлено.

К сожалению, диагноз остеохондроза (дискоза) при обычном рентгенологическом исследовании ставится крайне редко. Специальная спондилография, особенно с использованием контрастов, не применялась ни разу, и поэтому остеохондрозы выявляются рентгенологами очень плохо. Спондилоз является несомненным признаком недостаточности связочного аппарата позвоночника и всего лишь частным проявлением развивающегося в позвоночнике дегенеративно-деформирующего процесса. Спондилоз очень часто сочетается с артрозом и остеохондрозом (Тагер, Шамбуров), роль которых в развитии пояснично-крестцовых болей доказана. Пояснично-крестцовый радикулит патогенетически представляет собой чаще всего синдром раздражения корешков патологически измененными тканями, особенно часто измененными дисками.

Дегенеративно-деформирующим изменениям способствуют разнообразные перенесенные острые и хронические инфекции, обменные нарушения и т. д. Температурный и особенно механический факторы играют лишь роль провоцирующих моментов, вызывая декомпенсацию в больном суставно-связочном аппарате позвоночника. Общий диагноз «Пояснично-крестцовый радикулит» при люмбоишиалгии не может считаться удовлетворительным. Обязательной задачей неврологического исследования больных с люмбоишиалгическим синдромом является как точное определение топического диагноза, так и особенно определение этиологии страдания.