

от утопления. Л., 1959.— 16. Bücher K. Deutsche Zeitschr. f. gerichtl. Mediz. 1955 B. 44, H. 3.— 17. Hansen G. Gerichtliche Medizin. Leipzig, 1957.— 18. Hörder A. Deutsche med. Wochenschr., 1911, 10.— 19. Krehl Z. Pathologische Physiologie Leipzig, 1923.— 20. Margulies E. Berliner klin. Wochenschr., 1905, 25.— 21. Müller M., Marchand M., Deutsche Zeitschr. f. gerichtl. Mediz., 1939—1940, B. 32.— 22. Paul M. Centralblatt f. Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1900, B. XI.— 23. Rath Ch. E. Deutsche Zeitschr. f. gerichtl. Mediz., 1954, B. 43, H. 4.

Поступила 28 апреля 1960 г.

## О ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫХ РАДИКУЛИТАХ С ПОРАЖЕНИЕМ ВЕРХНИХ ПОЯСНИЧНЫХ КОРЕШКОВ

А. Н. Смирнов

Клиника нервных болезней (зав. — проф. И. И. Русецкий)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Пояснично-крестцовые радикулиты являются наиболее частой причиной обращаемости к невропатологам поликлиник. По данным Д. А. Шамбунова, ишиас составляет 12—20% всех нервных заболеваний и 60—70% всех поражений периферической нервной системы.

Заболевание может протекать лишь с симптомами раздражения, что обуславливает его невралгическую форму (радикулалия) или с симптомами раздражения и выпадения, что указывает на невритическую форму страдания (радикулит). Типичными его разновидностями являются:

- 1) верхний, корешковый ишиас, пояснично-крестцовый радикулит (фуникулит);
- 2) средний ишиас, люмбо-сакральный плексит;
- 3) нижний, ствольной ишиас, трункулит, неврит седалищного нерва.

Наиболее частой формой заболевания является корешковый ишиас или пояснично-крестцовый радикулит, при котором процесс локализуется в фуникулярной части нижних поясничных и верхних крестцовых корешков.

Клиническая картина включает:

1. Симптомы раздражения, составляющие болевой синдром:

а) болевые точки, б) анталгические (противоболевые) установки, в) приемы, усиливающие болевые ощущения (симптомы вытяжения).

2. Симптомы выпадения различных функций нервной системы, указывающие на изменения деструктивного характера: а) понижение болевой чувствительности, б) понижение или отсутствие ахиллова и коленного рефлексов, в) гипотония мышц, г) атрофия мышц.

Пояснично-крестцовые радикулиты имеют и ряд симптомов, свойственных корешковой локализации. К ним относятся болевые фуникулярные точки. Паравертебральная поясничная точка, лежащая на расстоянии 1,5—2 см кнаружи от остистого отростка 4—5 поясничных позвонков, соответствует задней ветви пятого поясничного смешанного нерва. Подвздошно-крестцовая болевая точка — в верхнем отделе подвздошно-крестцового сочленения. Она представляет заднюю ветвь первого крестцового нерва.

О корешковой локализации процесса свидетельствуют некоторые симптомы вытяжения (Ласега, Бехтерева, Нери), а также сколиоз позвоночника в поясничном отделе с выпуклостью в сторону болевого синдрома.

К корешковым симптомам могут присоединиться симптомы и ствольного характера со стороны седалищного нерва и его ветвей в форме болевых ствольных точек и некоторых симптомов вытяжения.

Наблюдаются и изменения со стороны верхнего и нижнего ягодичных нервов, что выражается гипотонией мышц седалищной области.

Синдром выпадения в области поясничного сплетения складывается из следующих основных симптомов:

1) понижение болевой чувствительности на передней поверхности бедра и на внутренней поверхности голени;

2) понижение или отсутствие коленного рефлекса;

3) понижение тонуса мышц переднего (четырёхглавая мышца) и внутреннего (аддукторы) отдела бедра;

4) атрофия указанных мышц.

В клинике нервных болезней Казанского ГИДУВа за 1958 и 1959 гг. находилось 120 больных пояснично-крестцовым радикулитом. Из этого числа у 23 больных имелось понижение коленного рефлекса, у трех — его отсутствие. У этих же 26 человек с понижением и отсутствием коленного рефлекса имелось снижение ахиллова рефлекса у 15, его отсутствие — у 6, и у 5 он был не изменен.

Эти изменения коленного рефлекса в сочетании с понижением мышечного тонуса, а у некоторых больных и с гипотрофией четырёхглавой мышцы бедра, а также

понижение болевой чувствительности на передней поверхности бедра и внутренней поверхности голени явно указывают на вовлечение в процесс верхних поясничных корешков.

У некоторых больных с обычной формой пояснично-крестцового радикулита наблюдалось повышение коленного рефлекса на стороне болевого синдрома, что должно быть связано с функциональной перестройкой соответствующих сегментов спинного мозга вследствие положительной индукции.

Из 26 больных двусторонние симптомы наблюдались лишь у одного. У 9 больных была правосторонняя локализация и у 16 — левосторонняя.

В анамнезе некоторых больных были указания на физическое перенапряжение, простудный момент и на инфекцию как на факторы, предшествовавшие развитию заболевания.

Изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника наблюдались не у всех больных.

Приводим характерную историю болезни.

У Ж., 46 лет, в 1956 г. после сильного охлаждения внезапно появилась боль в пояснице, из-за чего 12 дней лежал дома. В 1957 г. боль в пояснице возобновилась и распространилась по задней поверхности левой ноги. 8 дней не мог работать. Неоднократные обострения болей в левой половине поясницы и в левой ноге были в 1958 г. В декабре 1959 г. остро заболел после охлаждения. Трудно из-за болей стоять и сидеть. При кашле наступает резкое усиление болей. Предпочитает лежать на правом боку с согнутой левой ногой. Болезненность в верхнем отделе левого бедра под паутартовой связкой при пальпации и наклоне туловища назад, болезненность по ходу бедренного нерва, вдоль левой паравертебральной линии в поясничном отделе, подвздошно-крестцовой и ягодичной точках, по ходу седалищного нерва на бедре и его ветвей на голени и стопе. Симптом Ласега слева, симптом Бехтерева (перекрестный симптом Ласега), симптом поклона (Нери), посадки, тыльного сгибания стопы **Дежерина**, симптом Вассермана с болевыми ощущениями в паховой области и пояснице. Походка анталгическая. Позвоночник изогнут в поясничном отделе в болевую сторону. Болевая чувствительность понижена на передней поверхности левого бедра, на наружной поверхности голени и на латеральной половине тыла левой стопы.

Коленный и ахиллов рефлексы слева понижены. Больше понижен коленный рефлекс. Гипотония мышц слева в седалищной области, на передней и задней поверхности бедра и голени. Левая ягодичная складка сглажена и опущена. Атрофия мышц левого бедра и голени. Окружность правого бедра в средней трети — 55 см, левого — 51 см, правой голени — 44 см, левой — 41 см.

Температура кожи левой ноги в феврале была ниже, чем на правой. В мае, когда наблюдалось регрессирование болевого синдрома, температура кожи на больной ноге была выше, чем на здоровой.

На рентгенограммах пояснично-крестцового отдела позвоночника костных изменений не обнаружено. Гемограмма — в пределах нормы.

Температура нормальная.

Проводились медикаментозное лечение, физиотерапия и китайское иглоукалывание. После пребывания в клинике свыше месяца больной был выписан с хорошим регрессированием болевого синдрома.

Случаи пояснично-крестцовых радикулитов, которые характеризуются симптомами выпадения в области крестцового и поясничного сплетения, отличаются выраженностью и стойкостью болевого синдрома и большей его длительностью.

При постановке диагноза обычно пользуются названием «пояснично-крестцовый радикулит», не отражающим степень интенсивности и распространенности симптомов заболевания.

Д. А. Шамбуров указывает, что при корешковом ишиасе процесс обычно локализуется в корешках L<sub>4</sub>—S<sub>1</sub>. В таких случаях пояснично-крестцовый радикулит будет с симптомами выпадения в зоне ветвей сакрального сплетения. Но процесс может распространиться и на вышележащие поясничные корешки. Тогда присоединяются и симптомы поражения в зоне поясничного сплетения. Различная степень выраженности симптомов на территории того и другого сплетения, в свою очередь, может дать дополнительные варианты клинической картины пояснично-крестцовых радикулитов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Шамбуров Д. А. Ишиас, изд. II, М., 1954.

Поступила 15 декабря 1960 г.