

УДК 616.711.25—002+615.83

Р. А. ЧИЛИНГАРЯН

## НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ГРУДНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

В клинике нервных заболеваний часто встречаются больные с грудными радикулитами на почве дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника. На основании наблюдений над 200 больными в работе освещены вопросы клиники, патогенеза грудных радикулитов, их дистантных проявлений. Выделены клинические синдромы: корешковый, миелопатический и смешанный. В соответствии с уровнем поражения грудного отдела позвоночника дифференцированы верхне-, средне- и нижнегрудные радикулиты. Приведены данные об эффективности лечения этих больных фонофорезом анальгина в комплексе с вытяжением на горизонтальной плоскости, торфолечения и радонотерапии.

Вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, клиники и лечения пояснично-крестцовых и шейных радикулитов в литературе представлены достаточно широко. Болевому синдрому при обменно-дистрофических процессах грудного отдела позвоночника, межпозвонковых дисков посвящено сравнительно меньше работ [6, 9 и др.].

Вопреки предвзятому мнению о том, что в связи с малоподвижностью грудного отдела позвоночника дистрофические процессы в нем развиваются реже, число больных с диско-радикулярным конфликтом грудного отдела достаточно велико, и освещение особенностей клинических проявлений болевого синдрома при этой патологии поможет разработке этиопатогенетического обоснованного лечения их.

Под нашим наблюдением находились 200 больных с дегенеративно-дистрофическими нарушениями в грудном отделе позвоночника. Среди наблюдаемых больных преобладали женщины (61%). Заболевание имело хронический характер с периодическими обострениями и с давностью от года до 6 лет, только 52 больных были с давностью заболевания до года. Длительность последнего обострения была от 20 дней до 6 месяцев. В 46% случаев возраст больных составлял от 31 до 40 лет. Если учесть, что у большинства больных давность заболевания равнялась нескольким годам, то надо полагать, что обменно-дистрофический процесс в позвоночнике у них имел большую давность, отсюда следует, что грудной отдел позвоночника поражается и в молодом возрасте.

У всех больных рентгенологически были обнаружены дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника: остеохондроз

(38%), деформирующий спондилоз с наличием задних и передних остеофитов (44%), грыжи Шморля (18%).

У 108 больных из 200, кроме грудного отдела, параллельно обследован рентгенографически пояснично-крестцовый, а у 60—шейный отдел позвоночника.

Частота обменно-дистрофических изменений на различных уровнях грудного отдела позвоночника была различной: в 55% случаев они имелись в нижнегрудном ( $D_{9-12}$ ), в 26%—в среднегрудном ( $D_{6-7}$ ), в 18%—в верхнегрудном отделе ( $D_{1-6}$ ). Нижнегрудная патология позвоночника сочеталась с пояснично-крестцовой в 26% случаев, выражаясь в клинической картине поражения пояснично-крестцовых корешков, а в 13% случаев дистрофический процесс в верхнегрудном отделе позвоночника сочетался с патологией шейного отдела со вторичным радикулярным синдромом.

В группе больных с патологией нижнегрудного отдела позвоночника в 34% случаев в поясничном отделе не было выявлено рентгенологических изменений, однако жалобы больных и клинические проявления овидетельствовали о вовлечении в патологический процесс поясничных корешков. Значительно реже отмечалось и вовлечение шейных корешков без соответствующих рентгенологических данных при верхнегрудной локализации обменно-дистрофических изменений в позвоночнике.

Таким образом, и в первом, и во втором случае клиническая картина пояснично-крестцового и шейного радикулита носила дистантный характер, имелось несоответствие между рентгенологически определяемым уровнем патологии и неврологической топикой. Клинически это важный момент. Патогенез его может быть объясним распространением нарушенного кровообращения, лимфостаза ниже и выше грудного отдела с захватом в конфликт верхнепоясничных и нижнешейных корешков с соответствующей клинической картиной.

Клиническая картина у наблюдаемых больных с дегенеративно-обменными процессами в грудном отделе позвоночника была различной в зависимости, во-первых, от уровня вертебральной патологии и, во-вторых, от клинического синдрома.

Соответственно уровню поражения грудного отдела позвоночника грудные радикулиты у наблюдаемых больных можно классифицировать как верхнегрудные, средне- и нижнегрудные с характерной клинической симптоматологией.

В клинических синдромах можно выделить: 1) корешковый синдром; 2) миелопатический (в клинической картине у этих больных, наряду с проводниковыми нарушениями, имели место спинально-сегментарные признаки, передне-рюповые поражения); 3) миелопатический и корешковый синдром.

В тех случаях, где имелось сочетанное рентгенологическое поражение дистрофического характера грудного и поясничного отдела позвоночника, в клинической картине превалировал пояснично-крестцовый радикулит с характерными изменениями в двигательной, чувствительной и вегетативной сферах.

Наблюдаемые больные жаловались на постоянное чувство наличия «кола», инородного тела в позвоночнике, в межлопаточной области, на тупые, раздражающие боли в этой области, распространяющиеся на лопатки, иногда усиливающиеся, с распространением на всю грудную клетку. Жалобы на опоясывающие боли отмечены лишь в 38% случаев. У части больных постоянного алгического синдрома не отмечалось, а под влиянием простудных факторов, инфекции, сквозняков, охлаждения грудного отдела позвоночника наблюдались приступы резких болей в грудной клетке, в различных ее метамерах, когда больные вынуждены были принять определенную защитную позу (согнувшись замирали, не двигались, сжимая грудную клетку). При этом боль как бы «летала» по всей грудной клетке и утихала после приема анальгетиков.

Выраженность болевого синдрома, как отмечают и другие авторы [1, 7, 10], не всегда шла параллельно со степенью выраженности рентгенологических изменений. Зачастую при незначительных дистрофически-обменных процессах имелась выраженная клиническая картина. Вероятно, как и при поражении других отделов позвоночника, здесь имеют значение патогенетические факторы возникновения болевого синдрома: компрессия корешка, степень нарушения кровообращения, лимфостаза, асептическое воспаление, деструктивные изменения в окружающих корешки тканях, а также, вероятно, возникшая вторичная дегенерация нервных аксонов и образование внутриволокнистых спаек, вовлечение тех или иных нервнорефлекторных структур.

Болевой синдром при дистрофических процессах в грудном отделе позвоночника у наблюдаемых больных имеет настолько характерные особенности, что часто дает основание заподозрить наличие этой патологии еще до рентгенологического исследования. Более того, в некоторых случаях появление данного синдрома позволило предположить о наличии обменно-дистрофических нарушений в позвоночнике при отрицательных данных, подтвержденных позже.

При локализации дегенеративно-дистрофического процесса в верхнегрудном отделе позвоночника больные жаловались, наряду с болями в позвоночнике, на боли в ушных раковинах во время приступа, а также на боли в области сердца, чего не отмечалось при нижнегрудной локализации процесса.

У части больных (16%) со средне- и нижнегрудной локализацией дегенеративно-дистрофического процесса наблюдались приступы острых болей в желудке по типу «желудочных кризов», вплоть до потери сознания, принимая вегетативный характер, тогда как органических изменений со стороны желудка не отмечалось, и после проведения лечения вертебральной патологии желудочные боли исчезали. Желудочные кризы при патологии грудного отдела позвоночника можно объяснить вовлечением в нее солнечного сплетения в результате поражения преганглионарных и постганглионарных симпатических волокон.

При объективном осмотре в 92% случаев была выявлена контрактура прямых мышц спины параллельно грудному отделу позвоночника выше и ниже уровня патологии, в 86% — сколиоз, в 64% — сглаженность

лордоза, усиление грудного кифоза в виде деформации и сутулости. Болезненность при перкуссии остистых отростков пораженного отдела позвоночника выявлена в 52%, изменение чувствительности по ходу соответствующих межреберных нервов—лишь в 30% случаев. Паравертебральные болевые точки в грудном отделе отмечены в 20%, по ходу межреберных нервов—в 42% случаев.

При нижнепрудной локализации процесса при наличии напряженности мышц и сколиоза грудного отдела в 43% случаев имелись жалобы на боли по передней поверхности бедра с иррадиацией в коленный сустав или только в коленном суставе. Отмечалась гипотония и атрофия передней группы мышц бедра, изменение коленного рефлекса (чаще снижение), расстройство чувствительности с преобладанием гипестезии по корешковому типу L<sub>1</sub>—L<sub>2</sub> корешков. Болезненность при пальпации феморальной и obturatorной точек отмечена в 26% случаев. У части больных имелся диффузный отек бедра или ограниченный отек коленного сустава, ввиду чего эти больные до поступления в неврологический стационар безрезультатно лечились по поводу артроза коленного сустава. У этих же больных в 24% случаев выявлялось фасцикулярное подергивание в мышцах бедра, в нижних брюшных и ягодичных мышцах. У 16% больных этой группы отмечались грубые двигательные расстройства в сгибательных мышцах бедра.

Вышеописанную симптоматику у наблюдаемых больных, укладывающуюся в поражение верхнепоясничных корешков, можно связать с дистантным проявлением нарушения ликворо-лимфо-кровообращения в нижнегрудном отделе позвоночника, ирритацией симпатических волокон.

При наличии дистрофически обменных процессов в средне- и нижнегрудных отделах позвоночника, чаще с задним смещением дисков, в клинической картине у части наблюдаемых больных выявлялись симптомы, указывающие на вовлечение в патологический процесс структурных элементов спинного мозга и его оболочек. Наиболее частые из них: двусторонний симптом Кернига (94%), более выраженный на стороне максимального напряжения прямых мышц спины; оживление коленных (56%) и ахилловых (38%) рефлексов; расстройство поверхностной чувствительности по сегментарному типу (34%); наличие патологических пирамидных знаков (19%), паретические явления в нижних конечностях и тазовые расстройства различной степени выраженности (12%). В 21% случаев у этих больных отмечалась субфебрильная температура при отсутствии какого-либо очага в организме, могущего обусловить данную температуру.

Путем тщательного дифференциального диагноза у этих больных была установлена миелопатия вследствие наличия воспалительного процесса в оболочках спинного мозга, ограниченного эпидурита, приводящих к нарушению крово- и лимфообращения в результате остеохондроза грудного отдела позвоночника, на что указывают также данные литературы [2, 4, 7].

Нарушение кровообращения у этих больных, вероятно, имелось в третьей артериальной территории по длиннику спинного мозга (по классификации Н. К. Боголепова [3]) васкулизирующей артерией Адамкевича, в критических зонах Цюльха [11], особенно выраженное в D<sub>11</sub>—L<sub>1</sub>.

Анализ электрокардиограмм, произведенных всем больным, показал нарушение трофики миокарда в 48%, перенапряжение левого желудочка в 8% и нарушение коронарного кровообращения в 6% случаев. Физикальные данные со стороны сердца у этих больных были обычными для пожилых людей, страдающих атеросклерозом.

Не отмечено сколько-нибудь заметных изменений в составе периферической крови, лишь в 30% случаев выявлено повышение РОЭ в пределах 20—30 мм/час.

Основным методом лечения больных с обменно-дистрофическим процессом в грудном отделе позвоночника с болевым синдромом является консервативное с использованием физических факторов.

Больным назначался фонофорез анальгина, обладающий мощным болеутоляющим, рассасывающим действием и поэтому нашедший широкое применение при лечении корешкового синдрома [5, 8].

Воздействие ультразвука проводилось паравертебрально в грудном отделе и по ходу пораженных корешков (грудных, верхнепоясничных). Интенсивность ультразвука равнялась 0,2—0,4 Вт/см<sup>2</sup> при воздействии на позвоночник и 0,4—0,6—0,8 Вт/см<sup>2</sup> при воздействии на корешок. Продолжительность воздействия 3—5 мин. на поле. При наличии острых болей применялся импульсный режим, при подострых—непрерывный, на курс 12—14 процедур ежедневно.

При недостаточной эффективности в подостром периоде в комплекс лечения включали торфяные аппликации, радоновые ванны, массаж и лечебную физкультуру. Торфяные аппликации назначались вдоль грудного отдела позвоночника и по ходу пораженного корешка с нарастающей температурой (40—42—44°), длительностью процедур 20—25 мин., всего на курс лечения 12. Торфяные аппликации чередовались с искусственными радоновыми ваннами по 200 ед. Махе, 36—37°С с диапазоном в 10—12 мин., всего 10—12 ванн.

При наличии остеохондроза грудного отдела позвоночника лечение ультразвуком сочеталось с прерывистым корсетным вытяжением на горизонтальной плоскости.

У больных миелопатическим синдромом применялось также медикаментозное, противоотечное, противовоспалительное, рассасывающее лечение (сернокислый магний, бийохинол, стероидные препараты, прозерин).

В результате проведенного лечения у 54% больных отмечено значительное улучшение состояния, у 40%—улучшение и у 6% больных сдвигов не отмечалось.

Таким образом, при обменно-дистрофических изменениях, остеохондрозе грудного отдела позвоночника с радикулярным и миелопатическим синдромами показано применение фонофореза анальгина.

Для получения стойкого лечебного эффекта необходимо проводить комплексное лечение с включением торфяных аппликаций, радоновых ванн, вытяжения, массажа и лечебной гимнастики.

Научно-исследовательский  
институт курортологии МЗ АрмССР

Поступила 8/XII 1971 г.

## Հ. Հ. ՉԻԼԻՆԳԱՐՅԱՆ

ՆԵՐՎԱՅԻՆ ԱՐՏԱՀԱՅՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԿՐԾՔԱՅԻՆ ՌԱԴԻԿՈՒԼԻՏՆԵՐԻ  
ԺԱՄԱՆԱԿ ԵՎ ՆՐԱՆՑ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐՈՎ

### Ա մ փ ո փ ու մ

Ողնաշարի կրծքային մասի աճառ-ռադիկուլյար կոնֆլիկտով տառապող հիվանդների թիվը բավական մեծ է, այդ պատճառով էլ այս հիվանդության ախտորոշման ժամանակ ցավային սինդրոմի առանձնահատկության կլինիկական արտահայտության պարզաբանումը կօգնի նրա էթիոպաթոգենետիկ հիմնավորված բուժմանը:

Հսկողության տակ եղել է ողնաշարի կրծքային մասի դեգեներատիվ-դիստրոֆիկ խանգարումներով 200 հիվանդ: Ախտաբանական պրոցեսը մեծ մասամբ տեղակայված է եղել ողնաշարի կրծքային տոորին հատվածում (56%): Ըստ ախտահարման տեղակայման կարելի է տալ հետևյալ դասակարգումը՝ վերին, միջին և ստորին կրծքային ախտահարում՝ իրենց բնորոշ կլինիկական ախտանիշներով:

Ըստ կլինիկական ախտանիշների կարելի է առանձնացնել՝ ներվարմատային, միելոպատիկ և խառը՝ միելոպատիկ-ներվարմատային սինդրոմով հիվանդներ:

Ողնաշարի ստորին կրծքային հատվածում պրոցեսի տեղակայման ժամանակ որոշ դեպքերում բացահայտվում է վերին գոտկային ներվարմատների ախտահարում, որը կարելի է բացատրել որպես ողնուղեղի հեղուկի, ավշարյան շրջանառության խանգարման դիստանտ երևույթ: Երբ առկա է դիստրոֆիկ նյութափոխանակության խանգարման պրոցես ողնուղեղի միջին և ստորին կրծքային մասում, հաճախ միջոդնային աճառի տեղաշարժումով, ապա մի շարք հիվանդների մոտ կլինիկական պատկերում նկատվում են ազդանշաններ, որոնք բնորոշ են ողնուղեղի և նրա թաղանթների ախտահարմանը: Ավելի հաճախ հանդիպում են երկկողմանի կերնիզի նշանը, ծնկային և աքիլյեսյան ռեֆլեքսների աշխուժացումը, մակերեսային զգացողության սեզմնատար տիպի խանգարումը, պաթոլոգիկ պիրամիդալ նշանները և այլն:

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Арутюнов А. И., Бротман М. К. Новый хирургический архив, 1960 4, стр. 1.
2. Асс Я. К. Пояснично-крестцовый радикулит. М., 1971.
3. Боголепов Н. К. Церебральные кризы и инсульт. М., 1971.
4. Воздвиженская В. С. Труды Центрального института курортологии, т. XIX. М., 1971, стр. 91.

5. Данилов Ю. Е., Стрелкова Н. И., Воздвиженская В. С. и др. Труды Центрального института курортологии, т. XIX. М., 1971, стр. 129.
6. Мельников П. К. Невропатология и психиатрия им. С. С. Корсакова, 1969, 4, стр. 503.
7. Сараджишвили П. М. Некоторые спорные вопросы патогенеза так называемых р-дикулитов. Тбилиси, 1960.
8. Стрелкова Н. И. Труды Центрального института курортологии, т. XIX. М., 1971, стр. 87.
9. Цивьян Я. Л. Патология позвоночника. Новосибирск, 1966.
10. Цивьян Я. Л. Повреждения позвоночника. Новосибирск, 1966.