

УДК 616.833.24—002

З. Н. ГРИГОРЯН, А. А. СКОРОМЕЦ

К КЛИНИКЕ ИШЕМИЧЕСКИХ СПИНАЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОВ ПРИ
ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЯСНИЧНЫХ ДИСКОВ

В статье подчеркивается основная роль дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника в патогенезе нарушения спинального кровообращения.

На основании синдромологического анализа 50 больных выделены следующие формы атипичных пояснично-крестцовых радикулитов. 1. Синдром ишемического поражения эпиконуса спинного мозга (паралитический ишиас). 2. Синдром одномоментного ишемического поражения эпиконуса и конуса спинного мозга. 3. Синдром ишемического поражения конуса спинного мозга.

В последние полтора десятилетия успешно разрабатывается новая глава клинической неврологии—дискогенные расстройства спинального кровообращения, возникшая на стыке двух направлений исследований. С одной стороны, подверглось пересмотру учение о патогенезе и клинике пояснично-крестцового радикулита, этого часто встречающегося во врачебной практике заболевания. В настоящее время признается, что анатомическим субстратом радикулита большей частью являются дегенеративно-дистрофические изменения в поясничных дисках и параартикулярных тканях, вызываемые натяжением или сдавлением одного или нескольких корешков выбухающим диском [1, 4—6 и др.]. Повседневная практика показывает большую распространенность остеохондроза поясничных межпозвонковых дисков. С другой стороны, в последние годы изменились взгляды на васкуляризацию спинного мозга. Основная роль в кровоснабжении этого отдела центральной нервной системы, особенно его нижней половины, принадлежит так называемым радикуло-медуллярным артериям, которые отходят от сегментных ветвей аорты (межреберные, поясничные и крестцовые). Начиная от межпозвонкового отверстия и вплоть до спинного мозга эти артерии располагаются рядом с соответствующим спинальным корешком. Число передних радикуло-медуллярных артерий невелико (от 5 до 10 на весь спинной мозг). Примерно у 15—16% людей одна из радикуло-медуллярных артерий сопровождает пятый поясничный или первый крестцовый корешок [3, 7, 8] и снабжает кровью часть корешков конского хвоста и нижние сегменты спинного мозга (конус, эпиконус, иногда все поясничное утолщение). Это свидетельствует о том, что при заднебоковой грыже дисков L₄—L₅ и L₅—S₁ у части людей имеются анатомические предпосылки для сдавления указанной корешковой артерии. В результате могут развиваться ишемические явления как в соответствующ-

щем корешке, так и в снабжаемых этой артерией спинальных сегментах. Именно эти ишемические явления лежат в основе многих атипичных форм дискогенных поясничных радикулитов, которые очень часто диагностируются как миелит, арахномиелит, каудит или опухоль спинного мозга и конского хвоста.

В настоящем сообщении приводятся результаты исследования 50 больных с дискогенными спинальными нарушениями. Среди них мужчин было 32, женщин 18 в возрасте от 21 до 57 лет.

У большинства больных после физического напряжения остро появлялась боль в пояснице (стадия дискалгии). В последующем боль иррадировала в ягодичную область и по задней или задне-наружной поверхности бедра, голени и стопы. Развивался типичный люмбо-ишиалгический синдром с вариациями локализации боли в зависимости от пострадавшего корешка (стадия люмбо-ишиалгии). На этом фоне остро или подостро возникала слабость одной или обеих нижних конечностей, присоединялось онемение в ногах и промежности, нарушалась функция тазовых органов (недержание либо задержка мочи и кала).

Наши наблюдения показывают, что клиническая картина дискогенных спинальных расстройств многообразна и зависит от обширности и тяжести компрессионно-ишемических явлений в нижних сегментах спинного мозга.

У 19 больных остро развивался паралич дистальных отделов нижних конечностей. Паретические явления иногда преобладали в перонеальной мышечной группе, реже — в тиббиальной. В части случаев утрачивался ахиллов рефлекс. Чувствительные выпадения имели различный характер (корешковый или сегментарный). Часто нарушалась функция тазовых органов (императивные позывы к мочеиспусканию или легкое затруднение мочеиспускания). Обычно эта клиническая картина развивалась на фоне типичного пояснично-крестцового радикулита (т. е. ишиалгии), поэтому такой синдром можно обозначить как паралитическую форму ишиаса [3, 9]. Он развивается при распространении ишемии на сегменты эпиконуса спинного мозга.

У 26 больных одновременно развивался паралич дистальных отделов нижних конечностей, ягодичных мышц, угасание ахилловых рефлексов и нарушалась функция тазовых органов (недержание мочи, кала, исчезали позывы к мочеиспусканию). Верхняя граница параанестезии поднималась до дерматомы L_{3-4} (страдала и ано-генитальная зона). Клинические проявления указывали на распространение ишемии как на сегменты эпиконуса, так и конуса спинного мозга.

Только у 5 больных на фоне поясничного остеохондроза остро развивалась анестезия ано-генитальной зоны, нарушение функции тазовых органов (недержание мочи, кала), импотенция. Такие случаи можно обозначить как синдром ишемического поражения медуллярного конуса.

При распознавании ишемических спинальных инсультов нами учитывались следующие факторы: инсультообразное начало (острое или подострое) заболевания на фоне предшествующей дискалгии или люм-

бо-ишиалгии; нередко наблюдающиеся предвестники в виде миелогенной перемежающейся хромоты или преходящих парезов; отсутствие признаков воспаления или острого сдавления спинного мозга; преобладание двигательных расстройств над чувствительными (моторно-сенсорная диссоциация) при ишемических спинальных инсультах в отличие от корешковых поражений при обычных пояснично-крестцовых радикулитах; возможность приурочивания выявляемого клинического синдрома к определенному сосудистому бассейну; данные дополнительных исследований (спондилография, контрастная миелография—частичный блок субарахноидального пространства, клинко-физиологические исследования); большая эффективность сосудорасширяющего лечения в первой стадии заболевания.

У всех наших больных рентгенологическим исследованием обнаружены дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, в особенности остеохондрозы поясничных дисков. У 7 больных пневмомиеелографическим исследованием было установлено выпадение диска. (они были подвергнуты хирургическому лечению).

Патогенетически обоснованное лечение ишемических спинальных инсультов привело к благоприятному исходу (сосудорасширяющие, тонизирующие, противоотечные, рассасывающие средства, антикоагулянты). Практическое выздоровление отмечено у 17 больных, улучшение со стойкими умеренными резидуальными явлениями—у 25, лечение оказалось неэффективным у 8 больных.

Таким образом, при остеохондрозах межпозвонковых дисков поясничного отдела могут создаваться реальные условия для диско-сосудистого конфликта, приводящего к ишемическому поражению разных уровней нижнего отдела спинного мозга.

Кафедра нервных болезней I Ленинградского
медицинского института им. акад. И. П. Павлова,
Неврологическое отделение Чаренцаванской МСЧ

Поступила 21/I 1973 г.

Զ. Ն. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ, Ա. Ա. ՍԿՈՐՈՄԵՑ

ՈՂՆՈՒՂԵՂԻ ԻՇԵՄԻԿ ԻՆՍՈՒԼՏՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ԳՈՏԿԱՅԻՆ ՍԿԱՎԱՌԱԿՆԵՐԻ
ՕՍՏԵՈՆԴՐՈԶՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա. մ փ ո փ ո ի մ

Կլինիկո-անատոմիոգրաֆական հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տալիս որնաշարի դեգեներատիվ-դիստրոֆիկ փոփոխությունների հիմնական դերը գոտկասրբանային ռադիկուլիտների պաթոգենեզում: Իսկ կլինիկո-անատոմիական հետազոտությունները պարզում են ռադիկուլո-մեդուլյար զարկերակների որոշիչ դերը ռդնուղեղի արյան շրջանառության մեջ: Հետևապես, որնաշարի միջոդնային սկավառակի ախտահարումների ժամանակ կարող են ախտահարվել ինչպես ներվարմատները, այնպես էլ նրանց:

ուղեկցող ռադիկուլո-մեդուլյար զարկերակները և հանգեցնել ողնուղեղի իշեմիկ ախտահարումների:

Մեր հետազոտությունները մեկնաբանում են ատիպիկ ընթացքի գոտկասրբանային ռադիկուլիտների էությունը կախված ողնուղեղի ստորին հատվածում իշեմիկ փոփոխությունների խորոթյունից և տարածայնությունից (գոտկային չորրորդ կամ հինգերորդ սկավանակների կողմից ռադիկուլո-մեդուլյար արտերիայի ճնշման հետևանքով):

Վերլուծելով 50 ալգաիսի հիվանդների ըստ կլինիկական արտահայտվածության տարատեսակությունների, կարելի է անցկացնել ողնուղեղի ստորին հատվածի իշեմիկ ախտահարումների հետևյալ դասակարգումը.

1. ողնուղեղի էպիկոնուսի իշեմիկ ախտահարման սինդրոմ («պարալիզող իշիակ»).

2. ողնուղեղի էպիկոնուսի և կոնուսի միաժամանակյա իշեմիկ ախտահարման սինդրոմ.

3. ողնուղեղի կոնուսի իշեմիկ ախտահարման սինդրոմ:

Բոլոր հիվանդների մոտ հիվանդությունը զարգացել է սուր և ենթասուր ձևով, գոտկասրբանային ռադիկուլիտի ֆոնի վրա:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Асс Я. К. Пояснично-крестцовый радикулит. М., 1971.
2. Богородинский Д. К., Разоренова Р. А., Скоромец А. А. Материалы 22-ой научн. сессии Харьковского НИИ неврологии и психиатрии, т. I. Харьков, 1965, стр. 13.
3. Богородинский Д. К., Скоромец А. А. В кн.: Вопросы патологии нервной системы, в. 5. Кишенев, 1966, стр. 433.
4. Бротман М. К. В кн.: Проблемы нейрохирургии. Киев, 1964, стр. 264.
5. Шустин В. А. Автореферат докт. дисс. Л., 1964.
6. Шустин В. А. Дискогенные поясничные радикулиты. Л., 1966.
7. Desproges-Gotteroñ R. France Medicale, 1955, 18, 11, 29.
8. Lazorthes G. Presse Medicale, 1963, 71, 35, 1705.
9. Seze de S., Guillaume J. et al. Sem. Hopit. de Paris, 1957, 33, 28, 1773.