312.6:616:833:54:616.833.58]-009.7-039

LUMBOISCHIADICKÝ SYNDROM VE SVĚTLE KLINICKÉ STATISTIKY

Plukovník MUDr. František PLESKOT, MUDr. Vlasta PROCHÁZKOVÁ
neurologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze

Obsahem našeho sdělení je statistický přehled 200 případů LS syndromů, které byly hospitalizovány poslední dva roky na nervovém oddělení ÚVN. Naše statistika vycházela z těchto parametrů: 1. věku, 2. povolání, 3. dvou časových faktorů: doby trvání obtíží až do hospitalizace a délky hospitalizační doby, 4. vyvolávajících momentů, 5. neurologických příznaků, 6. kineziologických poruch.

U všech případů jsme věnovali zvláštní pozornost operovaným a neoperovaným. Zcela stranou jsme ponechali výsledky pomocných vyšetření, zejména rtg páteře, které jsou předmětem jiné práce.

Věk. Věková hranice našich pacientů byla od 17—70 let, konkrétně do 20 let bylo 5 případů, mezi 20. až 30. rokem 34, mezi 30. až 40. rokem 74, což je skupina nejpočetnější, načež křivka častosti klesá. Mezi 40. až 50. je 65, mezi 50. až 60. 17, přes 60 pouze 5 pacientů. Zajímavé je, že maximální hustota případů mezi 30. až 40. rokem je v plném souhlasu s délkou hospitalizace. Řada častosti výskytu měla obdobnou křivku vývoje. Nejprve stoupala, do 20 let byla průměrná doba hospitalizace 3 týdny, mezi 20. až 30. rokem 5 týdnů, mezi 30. až 40. rokem dosahuje maxima 6 týdnů. Pak se doba opět zkracuje mezi 40. až 50. rokem na 5 týdnů, mezi 50. až 60. rokem na měsíc. Souvisí to s tím, že většinu našich pacientů tvořily vojenské osoby, u nichž je možnost indikovat lázeňské doléčení. Tento faktor pak prodlužuje podstatně dobu trvání léčení u všech ischiasů. Stejně si však myslíme, že vedle lázní hrají zde roli ještě další faktory, o nichž bude dále řeč. Máme přitom na mysli především faktory osobní a sociální, kteréžto skutečnosti vytvářejí z diskopatií sociální chorobu sui generis.

Povolání. Je samozřejmé, že většina našich pacientů byli vojáci základní služby a vojenské osoby z povolání s počtem 106. Za nimi úředníci a vysokoškoláci s počtem 44, dělníků a manuálních pracujících 31, důchodců a žen v domácnosti 11, řidičů pouze 6.

Vyvolávající momenty jsme rozdělili do sedmi kategorií. V prvé byla traumata, ve druhé zvýšená tělesná námaha, opakované otřesy či mikrotraumata tvořily třetí skupinu, rychlé a náhlé pohyby vytvářely kategorii čtvrtou, za páté to byly prochlazení a klimatické vlivy, za šesté různé, tj. 2krát gravidita, 1krát chřipka, a konečně za sedmé skupina, kde jsme ani důraznými dotazy nezjistili žádný vyvolávající moment. Sem spadalo celkem 26 lidí. Z toho 12 důstojníků, 7 dělníků, 4 lékaři a úřednice, 3 důchodci a v domácnosti. Ačkoli by si někdo mohl myslet, že neznatelná sumace škodlivých podnětů vyvolávajících chorobu, skrytá ve slově „neudává", by byla nejčastější u tělesně pracujících dělníků, tedy u lidí na denní námahu zvyklých, přece tomu tak není. Naopak z naší statistiky vyplývá, že jen 4,5 % dělníků neudává žádnou příčinu vzniku choroby, zatímco 14 % ze skupiny úředníků nevědělo o vzniku své choroby nic určitého. Vysvětlení této zvláštnosti není jistě lehké a my se jej pro přítomnost zatím zříkáme.

Vyložených úrazů bylo 24, sem jsme zařadili různé pády z výšek (se schodů, skok do bazénu, kde bylo málo vody, skok do hasičské plachty, sražení autem, motocyklová havárie, zvednutí těžkých předmětů). Z pacientů, kteří udávali takováto traumata, bylo 15 operováno a 10 neoperováno. 17 pacientů udávalo prudké a náhlé pohyby jako vyvolávající moment. Tak např. natáčení auta, potyčky mezi kamarády, natahování punčoch, ohnutí, po kterém se nemohl narovnat, nemohl vstát ze dřepu nebo od stolu. V této kapitole bylo 4krát více neoperovaných než operovaných. Překvapením byl nejen pro nás, ale jistě pro každého, mizivý počet mikrotraumat, opakovaných otřesů po různých jízdách apod. Z 200 jich bylo pouze 5, a i když k nim připočítáme příměs prochlazení, dostaneme nejvíce 10 případů. Zvýšenou tělesnou námahu udávali především sportovci (běh na 1 km, vrh koulí, kopaná, veslování, nácvik na spartakiádu), dále se tu podílela práce na poli a na zahrádce, řepná brigáda apod. Zde bylo 30 % neoperovaných, operovaných 20 %. Z celkového počtu 52 operovaných je to více než čtvrtina těch, kteří udávali na začátku choroby zvýšenou námahu. Přesně tolik bylo těch, kteří obviňovali z vyvolání ischiasů klimatické změny. Mimo nachlazení počítáme sem i ty případy ischiasů, které se pravidelně objevují na jaře a na podzim vždy bez zjevné příčiny.

Časové faktory, kterých jsme si všímali, byly, jak jsme již řekli, dva. Délka trvání a doba hospitalizace. Položili jsme si otázku, zda délka hospitalizační doby, je-li delší u těchto případů, je konkrétně ovlivněna traumatem. Naše statistika odpovídá záporně. Na další otázku, zda doba trvání obtíží před hospitalizací byla delší u pacientů, které jsme dali operovat, jsme rovněž nuceni odpovědět záporně; není rozdílu v čase. Průměrná doba trvání obtíží u všech pacientů v obou skupinách byla úplně stejná a velmi dlouhá, plných 5 let. Bylo by zajímavé zjistit, kolik bylo během této doby zameškáno pracovních hodin, avšak touto otázkou jsme se nemohli a nechtěli zabývat. Místo toho nás zajímalo, jaký vliv má ve světle statistiky lázeňské léčení na chronický ischias. Jinak řečeno, zda ovlivňuje

nějakým způsobem doba trvání potíží indikace k lázním, jak by se na první pohled zdálo. Opět se ukázalo, že tu není žádná korelace. 73 pacienti, které jsme poslali do lázní (do Mariánských Lázní jsme odeslali 3, do Piešťan 5, do Slap 4, do Teplic 61) měli průměrně 4 léta trvající potíže. Ze zbývajících 33 rovněž 4 léta. Podotýkáme, že šlo vesměs o vojenské osoby, které jsme vybrali, aby srovnání bylo možné. Toto zjištění je jistě správné, uvážíme-li že o poslání do lázní vždy nerozhodují vlivy čistě medicínské.

Základní obraz ischiadických onemocnění vytváří vždycky **neurologické příznaky a kineziologické poruchy.** K neurologickým počítáme hlavně poruchy reflexů a čití, dále Valleixovy body, autodermogram a troficitu. Ke kineziologickým výpadům pak manévry napínací (Lassègue), pohybové (Thomayer) a kontraktury zádového svalstva. Při naší statistice jsme se odchýlili od běžného vypočítávání procent, ale použili jsme zkusmo dvojkové Booleovy soustavy, ve které výskyt nějakého znaku se označuje jako jednička a nepřítomnost jako 0. To znamená, že určitá porucha nebo výpadový jev, je-li přítomen, je pozitivní, má číslo 1, anebo není přítomen, schází, je negativní, a pak mu patří 0. Podobný převod se nazývá v kybernetice kvantování a užívá se, má-li se přeměnit spojitý kód v přetržitý kód nespojitý. Spojitým kódem je zajisté neurologický obraz choroby, stejně jako rtg. snímek. Nespojitý kód je řeč, v našem případě to jsou čísla. Náš postup byl takový, že u kineziologických jevů pozitivní Lassègue od 30 stupňů dolů byl označen jako 1, ostatní 0. U Thomayera od 60 nahoru 1, níže 0. Ostatní pohybové výpady jsme nehodnotili. Z neurologických příznaků jsme označili každé snížení refl. šlachy Achillovy, hypestézii a bolestivé Valleixovy body jako 1. Jakmile to bylo nepřítomno, pacient automaticky obdržel 0. Takto jsme zpracovali 200 pacientů, kteří se nám tím rozpadli do čtyř skupin. V prvé počtem 55, kde neurologické příznaky byly pozitivní, kineziologické negativní. Poměr 1 : 0. Průměrná délka hospitalizační doby u těchto pacientů byla 5 týdnů. Avšak počítáme-li zvlášť případy operované a případy neoperované, prodlužuje se nám v prvém případě doba na 2 měsíce, kdežto u neoperovaných pouze na 6 neděl. U skupiny, kde poměry byly opačné, kde převládaly naopak kineziologické výpady nad neurologickými projevy (poměr 0 : 1) se silně pozitivním Lassèguem a Thomayerem, bez poruch reflexů a čití bylo všech 33. Zde byla průměrná hospitalizační doba všech případů o týden kratší, tedy 1 měsíc. Počítáme-li však zvlášť případy operované a zvlášť neoperované, vidíme markantní rozdíl; u operovaných stoupne doba na 3 měsíce a u neoperovaných zůstal 1 měsíc. U nejtěžších případů s poměrem 1 : 1, kde byly neurologické příznaky přibližně stejně vyjádřeny, byla průměrná doba 2 měsíce. Takových případů jsme měli 64, a počítáme-li opět odděleně případy operované a neoperované, pak u operovaných je průměrná doba 3 měsíce, jako ve skupině předešlé, a u neoperovaných 6 týdnů. Poslední nejlehčí skupina je vyjádřena čísly 0 : 0, protože v ní nebyly přesvědčivé kineziologické poruchy ani výrazné neurologické příznaky. Sem spadalo 40 případů, průměrná hospitalizační doba byla 3 týdny.

Je zřejmé, že tyto vztahy statisticky zpracované nám mohou něco říci k prognóze onemocnění LS syndromů. Negativní poměr obou kategorií totiž vykazuje průměrně 3 týdny hospitalizační doby, kdežto převaha neurologických příznaků 5 týdnů. Převažují-li kineziologické poruchy měsíc, při poměru 1 : 1 — 2 měsíce.

Závěr

Nejčastější výskyt ischiasů spolu s maximálně dlouhou hospitalizační dobou je mezi 30. až 40. rokem. To podtrhává sociální význam ischiasů, zejména když uvážíme, že skoro ¼ všech našich hospitalizovaných případů tvoří vertebrogenní onemocnění. Tak zvaná mikrotraumata nejsou tak důležitá pro vznik ischiasů, jak se často domníváme. Ve více než polovině všech případů, přesně u 104, byla vyvolávajícím momentem zvýšená tělesná námaha nebo klimatické vlivy. Velké úrazy se vyskytují ve 12 %, prudký a náhlý pohyb o něco méně, ostatní faktory jsou statisticky nevýznamné.

Máme-li před sebou pacienta, který trpí ischiasem a u něhož převažují čistě neurologické příznaky nad pohybovými poruchami, můžeme očekávat delší dobu hospitalizace. Výjimku tvoří případy, u nichž dochází k operaci.

Souhrn

Autoři ve svém sdělení podávají statistický přehled 200 případů lumboischiadických syndromů. Všímají si vyvolávajících momentů, délky trvání nemoci, doby hospitalizace ve vztahu k jednotlivým příznakům nemoci. Shledávají maximální výskyt i nejdelší dobu hospitalizace této nemoci mezi 30. a 40. rokem, což podtrhuje sociální význam tohoto onemocnění.

Резюме

В статье приведены данные статистической обработки 200 случаев люмбоишиальгического синдрома. Обращено внимание на моменты, вызывающие заболевание, на его длительность, сроки госпитализации с учетом отдельных признаков заболевания. Было установлено, что наибольшая пораженность заболеванием наблюдается в возрасте 30 - 40 лет, что подчеркивает социальное значение данной болезни.

Summary

The authors present a statistical survey of 200 cases of lumbosciatic syndroms. They paid attention to the initiating factors and the duration of the disease, to the time necessary for hospitalization in relation to the single signs of the disease. They found that the disease occurs most frequently and the time necessary for its hospitalization is the longest between the age of 30 and 40 years, which emphasizes the social importance of this disease.