

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГРЫЖИ ДИСКА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Халикулов Э.Ш.

Республиканский научный центр нейрохирургии, г. Ташкент, Узбекистан.

Компрессия нервных элементов спинного мозга при дегенеративных изменениях позвоночника возникают за счет грыжи межпозвоночных дисков, или изменений костных и связочных структур. Клиническая картина грыжи межпозвоночных дисков широко освещены в литературе (Nakelius 1970, Weber 1983.). Хорошо известно, что грыжей диска чаще страдают люди молодого и среднего возраста, и реже пожилого. Причиной этого в большинстве случаев является сочетание грыжи диска с изменением костных структур или капсульно-связочного аппарата. Отмечено, что имеются некоторые различия клинических признаков грыжи дисков между молодыми и пожилыми больными. Несмотря на выраженную боль, симптом Ласега часто негативный. Консервативное лечение часто эффективно для большинства молодых пациентов. Напротив, пожилые пациенты в большинстве случаев нуждаются в хирургическом лечении. С увеличением социальной активности среди пожилых больных, намечается тенденция к учащению хирургического лечения.

Цель исследования

Определить частоту некоторых общих симптомов у больных в различных возрастных группах, и оценить у них частоту неврологических нарушений.

Материалы и методы

Исследование основано на анализе 86 клинических наблюдений больных с грыжами межпозвоночных дисков при поясничном остеохондрозе, находившихся на обследовании и лечении в Научном центре нейрохирургии МЗ РУз за период с 2000 года по 2005 год.

Анализ 86 случаев грыжи диска в возрасте 40-74 лет (средний возраст 59,8 лет) показал, что у 42,1±7,5% больных (42 из 86) грыжа диска была обнаружена при обследовании и лечении в Научном центре нейрохирургии МЗ РУз за период с 2000 года по 2005 год. У остальных 44,8±4,1% больных (44 из 86) грыжа диска была обнаружена при обследовании и лечении в других медицинских учреждениях. В большинстве случаев (75,6%) грыжа диска была обнаружена при обследовании и лечении в Научном центре нейрохирургии МЗ РУз за период с 2000 года по 2005 год. У остальных 24,4% больных (24 из 86) грыжа диска была обнаружена при обследовании и лечении в других медицинских учреждениях.

Медицина и... 2008 № 4 (22)

дисков задним доступом. Клиническое обследование складывалось из оценки нейроортопедических нарушений и болевого синдрома.

Для градации болевых ощущений использовали общепринятую методику по 4-бальной шкале:

1 – Слабовыраженный болевой синдром (боль только во время резких движений, в покое и при обычной ходьбе они не возникают);

2 – Умеренный болевой синдром (боль отсутствует в покое, но появляется во время движения, больная передвигается вполне удовлетворительно);

3 – Выраженный болевой синдром (уменьшение болей в покое);

4 – Резковыраженный болевой синдром (постоянные боли даже в покое).

Благодаря высокой информативности для исследования симптомов натяжения использовали симптом Ласега:

1 степень (слабовыраженный) – боль по ходу дерматомы (корешка) проявляется при поднятии ноги до 60°. Боль интенсивная, имеется умеренное защитное сокращение мышц спины, брюшной стенки, таза;

2 степень (умеренновыраженный) – боль появляется при поднятии ноги до угла 45°, возникает резкое защитное сокращение отдельных мышц, умеренная вегетативная реакция;

3 степень (резковыраженный) – угол поднятия ноги составляет до 30°, возникает генерализованное защитное сокращение мышц, резкая вегетативная реакция.

Двигательные нарушения изучали по 5-бальной шкале. Изучение чувствительных нарушений проводили по Бротман М.К. (1975), где:

1 степень – парестезии;

2 степень – гипестезии;

3 степень – анестезии.

Изучали также изменения сухожильных рефлексов, наличие тазовых нарушений, каудогенную перемежающую хромота. Из ортопедических признаков изучали подвижность поясничного отдела позвоночника, наличие сколиоза и лордоза.

Для количественной оценки клинической картины заболевания у больных по выделенным группам считали целесообразным каждый признак выразить в баллах.

Болевой признак:

Слабовыраженный - 1 балл,
умеренный - 2 балла,
выраженный - 3 балла,
резко выраженный - 4 балла.

Симптом Ласега:

слабый - 1 балл,
умеренный - 2 балл,
выраженный - 3 балла.

Чувствительные нарушения:

парестезия - 3 балла,
гипестезия - 2 балла,
анестезия - 1 балл.

Статистическая обработка проводилась с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

При анализе длительности заболевания от начала первых признаков поясничного остеохондроза до момента госпитализации мы получили следующие результаты, приведенные на рис. 1. Под началом заболевания подразумевали, появление болей в пояснично-крестцовой области.

На рисунке наглядно продемонстрировано, что длительность заболевания изменялась в значительных пределах. Следует отметить, что в 60% случаев у больных первой группы и в 48% случаев второй группы давность появления первых симптомов болезни не превышала 4 лет. В результате исследования больных 1 группы выяснилось, что длительнее период заболевания, тем меньше количество обращений.

Длительность заболевания от начала первых признаков в среднем составила в 1 группе $6,1 \pm 0,8$ лет, во 2 группе – $14,9 \pm 1,6$ лет (разница оказалась значимой $t < 2$, $p < 0,001$). Длительность корешкового синдрома оказалась в 1 и 2 группах $6,1 \pm 1,8$ и $5,5 \pm 1,2$ месяцев, соответственно.

Данные диаграммы (рис. 2) демонстрируют, что для 1 группы наиболее характерны выраженные и умеренно выраженные болевые ощущения. При этом корешковые боли сочетались с различными признаками парестезий. У 4 больных 2 группы болевые ощущения отсутствовали в связи с паралитическими формами компрессионного синдрома. Поводом для обращения у них были грубые неврологические нарушения в виде отсутствия движений в ногах и нарушения функции тазовых органов. Также отмечалась анестезия в области иннервации пораженного корешка.

Симптом Ласега являлся одним из важных признаков грыжи межпозвоночных дисков. Локализация болей при этом была различной. Она локализовалась либо в пояснично-крестцовой

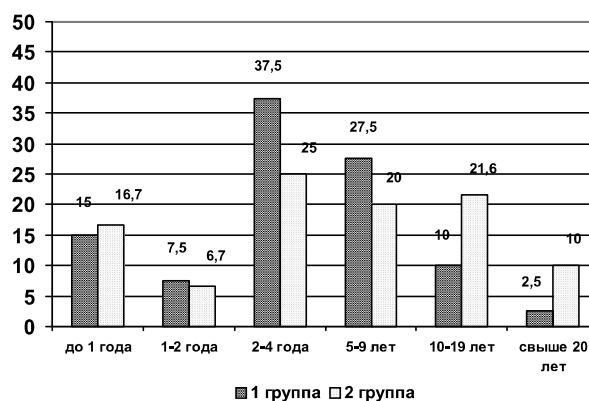


Рисунок 1
Длительность заболевания от начала первых признаков

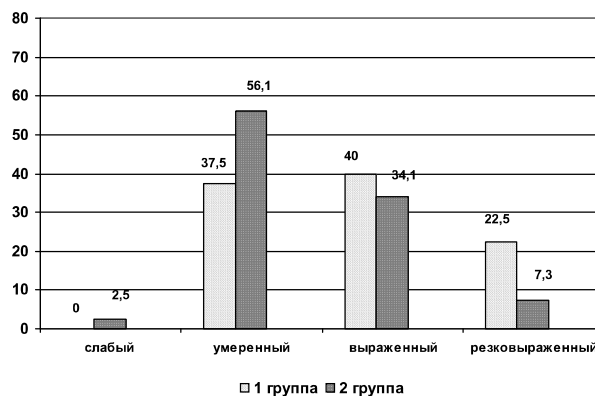


Рисунок 2
Выраженность болевых ощущений по выделенным группам

области, либо по ходу корешка. При изучении степени выраженности симптома Ласега по выделенным группам (табл. 1), было выявлено, что резко выраженный симптом Ласега в 1 группе встречался в 24,2% случаев, во 2 группе - 12,1%.

Частота слабого симптома Ласега у пожилых больных можно объяснить нейродегенеративного характера (Попеллянский Я.Ю., 1978).

Двигательные нарушения определяли по 5 балльной шкале: 5 баллов - отсутствие двигательных нарушений, 0 баллов - полный паралич. При расчете двигательных нарушений по выделен-

Таблица 1
Выраженность симптома Ласега по выделенным группам

Выраженность симптома Ласега	1 группа		2 группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Слабовыраженный (45 < 60)	13	44,8	22	66,7
Умеренно выраженный (30 < 45)	9	31	7	21,2
Резко выраженный (0 < 30)	7	24,2	4	12,1
Всего	29	100	33	100

ным группам (табл. 2) оказалось, что их частота была примерно равной и составила 57,5% и 60% соответственно в 1 и 2 группах.

×óāñòāèòāēüí ù áí àðòø áí èÿ ó áí èüí ù ò áí āñāō āðóí ī àð ī òí ā-āēēñü +àù ā, +āī āāèāāòāēüí ù á í àðòø áí èÿ. Ī ðē ÿòì ī ī ē ī ēāçāēēñü āāāóù èì è ó áí èüí ù ò 2 āðóí ī ù ā 88,9% ñēó-āāā. Áí āēèç āù-ø áóēāçāí í ù ò èçí áí áí èē āù ÿāēē, +ōī āēÿ áí èü-í ù ò ī ī āēēī āī āí çðāñòā áí èüø ā òāðāēòāðī ù ī ðē-çí āēē ī ī ðāāāí èÿ ēī ðāø ēā, ā āēÿ áí èüí ù ò ī ī ēī-āī āī āí çðāñòā áí ēāā òāðāēòāðī ù ī ðēçí āēē āāī èððēòāòēē. Èāóāī āāí í āÿ ī āðāī āāēþ ù āÿ òðī ī ī-òā, ēāē āāāóù èē ī ðēçí āē ñòāí í çā ī ī çāí í í +í ī āī ēāí āēā, āñòā-āēēñü ó áí èüí ù ò ā 1 è 2 āðóí ī ā ā 2,5 è 15,5% ñēó-āāā ñī ī òāāñòāāí í ī. Ī ðē èçó-ā-í èē í àðòø áí èē ðāð ēāēñī ā áí ī āāð ñóù āñòāāí í ī ē ðāçí èòù ī āāēó āù āēēāí í ù ī è āðóí ī āī è áí èüí ù ò í ā āù ÿāēāí ī. Ī ðē ÿòì ī òí ā-āēēñü í àðòø áí èē ðāð ēāēñī ā áí ī āāð ó áí èüí ù ò 1 è 2 āðóí ī ù ā āēāā ñī èāāí èÿ èēē āù ī āāāí èÿ ēī ēāí í ī āī, āðēēēī āāēēē ī ī āī ø āāí í ī āī ðāð ēāēñī ā (87,5% ī ðī òēā 82,2% ñī ī òāāñòāāí í ī). Á +āòù ðāð ñēó-āÿò ó áí èüí ù ò 2 āðóí ī ù āù ÿāēāí ñī ī òññòāóþ ù èē ñāòāðī ù ē āēā-āāò Ī ī āī ø āāí í ù ā ē āðēēēī āù ā ðāð ēāēñü ó í èð áù èē ñēì ī āððē-í í ñī èāāí ù, è í āī ī çāí èÿ èē āā-ēāð āù āí āù ī ī í í āí āó ēī ēāēèçāðēē çāí ēāāāí èÿ. Ī àðòø áí èē ó óí èòēē òāçí āù ò ī ðāāí í ā í āāēþ āā-ēī ñü ó áí èüí ù ò ñ-āñòē-í ù ī è ī ēī ù ī èāóāí ñēī-āðī ī ī ī 1 è 2 āðóí ī ù ā 5 è 17,8% ñēó-āāā.

Ñ òāēÿþ ēī èē-āñòāāí í ī āī ī òí áðāāāí èÿ ðāç-í èòù ī āāēó āðóí ī āī èì ù āí ñī ī èüçí āāēēñü āāēü-í ī ē í òāí ēī ēí ñī í áí ù ò í āāðī ēī āē-āñēēò ī ðēçí ā-ēī ā ā òāāē. 3.

Òāē, áí āāēò āðóí ī àð áí èüí ù ò +óāñòāèòāēüí ù á í àðòø áí èÿ ī ðāāāēèðī āāēē í āā āāēāāòāēüí ù ī è í àðòø áí èÿ ī. Áāēāāòāēüí ù áí àðòø áí èÿ ó áí èü-í ù ò ī ī āēēī āī āí çðāñòā çí ā-èì ī óóóāð àþ òñÿ ī ī ñðāāí áí èþ ñ ÿòēì ī ī ēāçāòāēāí ó áí èüí ù ò ī ī ēī-āī āī āí çðāñòā (ð<0,05). Áù ðāāāí í ī ñòù āāēāāòāēü-í ù ò í àðòø áí èē í áúÿñī ÿāðñÿ áí èüø í ē +āñòī òí ē èāóāí ñēī āðī ī à ó í ī āēēü ò áí èüí ù ò. Òāēāā āī ñ-òí āāðí í í áí āā āù ðāāāí ù áí ēāāù ā í ù óù áí èÿ ó ī ī āēēü ò, ī ī ñðāāí áí èþ ñī ī ēī āù ī è áí èüí ù ī è.

Ðāññī ī òāāí ù í ñī í áí ù áí ðòí ī āāē-āñēēāāī ðē-çí āēē, òāēēā ēāē ñēī èēí ç, ēī ðāí ç, í āðāí è-áí èā ī ī āāēāñ í ñòē ī ī ÿñī è-í í āī ī òāāēā ó áí èüí ù ò ī ī āðóí ī āī (òāāē. 4.).

Ī āðāí è-áí èāí í āāēāñ í ñòē ā ī ī ÿñī è-í í ē í á-ēāñòē áù èā ñī èāāí ā èēāí ðāçēī ī āðāí è-áí ā. Ī ā-ðāí è-áí èāí í āāēāñ í ñòē ñī ðí āí āāāēī ñü í āí ðÿ-āāí èāí ī āðāāððāðāēüí ù ò ī ù ò. Ðāçēī ā í ā-ðāí è-áí èā í ī āāēāñ í ñòē ī ðí èñòī āēēī çā ñ-āò ó óí èòēí í èüí í ē áēī èèðī āēē ī ī çāí í í +í ī āāēā-òāēüí í āī ñāāí áí òā. Ñāēāāí èā āù ī ī ēī ÿēī ñü çā

Таблица 2

Частота клинических признаков по выделенным группам

Клинические признаки	1 группа (n=40)		2 группа (n=46)	
	абс.	%	абс.	%
Двигательные нарушения	23	57,5	28	60
Чувствительные нарушения	29	72,5	41	88,9
Нарушения рефлексов	35	87,5	38	82,2
Каудогенная хромота	1	2,5	7	15,5
Нарушение функции тазовых органов	2	5	8	17,8

Таблица 3

Количественная оценка основных неврологических признаков

Клинические признаки	1 группа		2 группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Сколиоз	23	57,5	23	51,1
Изменение поясничного лордоза	32	80	44	95,5
Подвижность поясничного отдела:				
	Снижена	19	47,5	29
Резко ограничена	21	52,5	17	37,8

Таблица 3

Оценка основных ортопедических признаков

Клинические признаки	1 группа		2 группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Сколиоз	23	57,5	23	51,1
Изменение поясничного лордоза	32	80	44	95,5
Подвижность поясничного отдела:				
	Снижена	19	47,5	29
Резко ограничена	21	52,5	17	37,8

счет тазобедренного сустава. В 15 случаях из 23 у больных 2 группы выявлялся стойкий сколиоз, что возможно связано с продолжительностью процесса. В остальных случаях сколиоз исчезал в горизонтальном положении, то есть был функциональным.

Выводы

Таким образом, клиническая картина у больных в пожилом возрасте характеризуется наличием тупых ноющих болей в пояснице и ногах, наличием симптомов каудогенной перемежающей хромоты, грубыми двигательными нарушениями. Заболевание нередко проявляется частичным или полным каудосиндромом. Выраженные боли с резким ограничением движений по-

ясничной области характерны для больных молодого и среднего возраста.

Литература

1. Арсенин К., Семионеску М. Нейрохирургическая вертебротомическая патология. Бухарест, 1973. 415 с.
2. Асс Я.К. Пояснично-крестцовый радикулит (Клиника и хирургическое лечение). М.: Медицина, 1971. 215с.
3. Бротман М.К. Неврологические проявления поясничного остеохондроза. Киев, «Здоров'я», 1975. 168с.
4. Попеллянский Я.Ю., Веселовский В.П. Миофиксационный фактор лумбоишалгии при остеохондрозе у пожилых // Матер. конф. Геронтологов Литовской ССР. Вильнюс, 1978. С. 74-76.
5. Hakelius A. Prognosis in sciatica: a clinical follow-up of surgical and non-surgical treatment // Acta Orthop Scand. 1970. (Suppl 129).
6. Weber H. Lumbar disc herniation: a controlled, prospective study with ten years of observation // Spine. 1983. V. 8. P. 131-40.

Поступила в редколлегия 16.11.2008

Клиническая картина грыжи диска у пожилых больных / Халикулов Э.Ш.

// Медицина и... – 2008. – № 4. – С. 29-32.

Изучалась частота и выраженность обычных клинических признаков грыжи диска у больных пожилого возраста. Было изучено 46 в возрасте от 60 до 75 лет. Изучали нарушения рефлексов, двигательные и чувствительные нарушения, симптом Ласега, ортопедические нарушения. Диагноз устанавливался на основании КТ и МРТ, затем верифицировался при операции. Было установлено, что клиника грыжи диска у пожилых характеризуется стерпостью клинической картины, наложением инволютивных изменений на патологические.

Клінічна картина грижі диска у людей похилого віку / Халікулов Е.Ш.

// Медицина і... – 2008. – № 4. – С. 29-32.

Вивчалася частота й вираженість звичайних клінічних проявів грижі диска у хворих похилого віку. Було вивчено 46 хворих у віці від 60 до 75 років. Вивчали порушення рефлексів, руху та чутливості, симптом Ласега, ортопедичні порушення. Діагноз встановлювали на основі КТ, МРТ, потім верифікували при операції. Було встановлено, що клініка грижі диска у похилих людей характеризується утертістю картини, нашаруванням інволютивних змін на патологічні.

Clinical picture of a hernia of a disk at elderly patients / Halikulov E.S.

//Medicine and ... – 2008. – № 4. – P. 29-32.

Frequency and expressiveness of usual clinical signs of a hernia of a disk at patients of advanced age was studied. It has been studied 46 at the age from 60 till 75 years. Studied infringements of reflexes, impellent and sensitive infringements, Lasseg symptom, orthopedic infringements. The diagnosis was established on the basis of KT and MPT, then verified at operation. It has been established, that the clinic of a hernia of a disk at the elderly is characterised стерпостью a clinical picture, stratification involution changes on the pathological.