

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ.

Халиков Ш., Абдухаликов А.К., Саттаров А.Р., Мирзаюлдашев Н.Ю., Хайдаралиев У.

Республиканский научный центр вертебрологии МЗ РУз., Андижан

Национальный центр реабилитации и протезирования инвалидов МТ и СО РУз.

Клинические проявления грыж поясничных дисков достаточно стереотипны. Как правило, это больные в возрасте 30 - 50 лет, у которого в анамнезе на протяжении нескольких лет имеются эпизоды люмбаго или люмбалгии, люмбоишиалгии.

Под нашим наблюдением находились 523 больных с грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника, пролеченных оперативным и консервативным способами, с 2009 по 2012 гг., в отделении вертебрологии клиник АндГосМИ (Республиканский научный центр вертебрологии МЗ РУз.).

Цель исследования - анализ клинико-неврологических особенностей у больных с грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника в зависимости от локализации компримирующего фактора.

Массивные срединные грыжи (27%) поясничных дисков чаще образуются на уровне LIV – LV или L5 – S1, они приводят к множественному поражению корешков конского хвоста, боли распространяются в обе ноги, отмечаются расстройства функции тазовых органов. В некоторых случаях у женщин центральные пролапсы поясничных дисков могут проявляться обратимой задержкой мочи на несколько суток.

Для боковых грыж (13%) характерен монорадикулярный синдром с преобладанием болей в ноге, с выраженными неврологическими симптомами выпадения. В отличие от парамедианных, латеральные грыжи компримируют в межпозвоночном отверстии вышерасположенный корешок, придавливая его к ножке позвонка. Таким образом, нумерация пораженного корешка при боковой грыже поясничного диска соответствует таковой верхнего позвонка поврежденного двигательного сегмента, например грыжа LIV – LV сдавливает корешок LIV. Фораминальной грыжей диска называется грыжа располагающаяся в области фораминального отверстия (место выхода спинномозгового корешка из позвоночного канала). Фораминальное отверстие представляет собой канал длиной около 1,5 см расположенный между корнями дуг 2-х смежных позвонков.

Всего различают 4 вида фораминальных грыж:

Фораминальные медиальные расположенные у входа межпозвонкового отверстия.

Интрафораминальные расположенные в межпозвонковом отверстии

Фораминальные латеральные расположенные у выхода из межпозвонкового отверстия.

Экстрафораминальные латеральные расположенные за пределами межпозвонкового отверстия, латеральнее корней дуг позвонков.

Клинические проявления фораминальных грыж имеют ряд особенностей. Болевой синдром у больных с фораминальными грыжами имеет обычно острое начало и почти сразу же приобретает интенсивный характер. Пациенты находятся в вынужденной болевой позе. Указанные боли плохо поддаются анальгетической терапии и иногда снимаются только наркотиками. Кроме того, болевой синдром почти всегда сопровождается выпадением сухожильных рефлексов и/или слабостью сгибателей или разгибателей стопы (пациент при этом не может встать на носок или пятку).

В редких случаях (3%) грыжи дисков осложняются острыми нарушениями кровообращения в корешке или в каудальных отделах спинного мозга. Типичным примером радикулоишемии может служить так называемый паралитический ишиас, когда у больного с типичным корешковым болевым синдромом L5 неожиданно исчезает боль в ноге, но наступает паралич разгибателей стопы. Острое расстройство спинального кровообращения приводит к развитию синдрома конуса - эпиконуса, реже к поперечному поражению спинного мозга на уровне нижнегрудного отдела или поясничного утолщения, что

сопровождается парезами ног, тазовыми нарушениями на фоне уменьшения выраженности или исчезновения болевого синдрома

Длительный спазм корешковых артерий, венозный застой с хронической ликворной гипертензией могут стать причиной миелопатии со слабостью в ногах, нарушениями глубокой чувствительности, атаксией. Эта ситуация наблюдается у больных с затянувшимся полирадикулярным болевым синдромом, как правило, при узком поясничном позвоночном канале.

Объективное обследование больных с грыжами поясничных дисков в типичных случаях (54%) обнаруживали следующие симптомы. Прежде всего, нарушена поза больного. Развивается генерализованная миофиксация. Туловище наклонено вперед и в сторону, сглажен поясничный лордоз. Почти в 2/3 случаев имеется сколиоз - гомолатеральный (направлен выпуклостью в сторону поражения) при боковом расположении грыжи диска или контрлатеральный - при расположении секвестра ближе к средней линии. Самым частым неврологическим знаком пролабирования поясничного диска являются симптомы натяжения Ласега для грыж LIV – LV и LV – SI и Мацкевича и Вассермана - для грыж вышерасположенных уровней. Симптом Ласега, или поднятия вытянутой ноги, может быть обусловлен натяжением или трением компремированного корешка или связан с тоническим напряжением, спазмом подколенной мускулатуры. В тяжелых случаях нога оказывается полусогнутой в тазобедренном и коленном суставах, при ходьбе больной опирается лишь на пальцы стопы, сидит и лежит также с полусогнутой ногой, попытка разогнуть ногу в коленном или голеностопном суставе резко усиливает болевой синдром. В наибольшей степени симптом Ласега выражен при латеральном выпадении секвестра диска, парамедианные грыжи приводят к появлению контрлатерального симптома Ласега (симптом Бехтерева) за счет натяжения противоположного корешка, при срединных грыжах данный симптом отсутствует или выражен слабо с двух сторон.

Походка больного с грыжей поясничного диска замедленная, осторожная, чаще он предпочитает стоять, а не сидеть. Больной садится с трудом на край стула, опираясь на здоровую половину ягодицы и руки, отведя больную ногу вперед и в сторону. Резко ограничен наклон вперед, в этом положении усиливается или появляется сколиоз. Разгибание спины происходит рывками, у некоторых больных спина фиксирована в согнутом положении и экстензия невозможна. Попытка устранить сколиоз путем наклона в сторону его выпуклости провоцирует боль, если при выполнении этого приема гомолатеральный сколиоз переходит в контрлатеральный, он обозначается как альтернирующий, который наблюдается при расположении корешка прямо над грыжей диска и соскальзывании его то вправо, то влево при движениях или наклонах спины.

В результате хронического рецидивирующего течения остеохондроза развивается стеноз позвоночного и корешкового каналов, при этом поражение нервных структур связано в основном с динамическими дисгемическими факторами, что значительно меняет клиническую картину. Сдавление корешка в этих случаях нередко является следствием сочетания грыжи диска, остеофитов фасеток суставов, гипертрофии желтой связки.

Заднебоковые протрузии, и пролапсы межпозвоночных дисков могут вызывать различные клинические синдромы сдавления спинного мозга, его корешков и их сосудов, которые, однако, не строго специфичны, поскольку такая же компрессия может быть связана с остеофитами тел, суставных отростков, с гипертрофией дистрофически измененных связок позвоночника, с конституциональной узостью позвоночного канала, со вторичными изменениями в оболочках корешков и спинного мозга. В хронических случаях около половины наблюдений приходится на комбинированную патологию, когда грыжа диска сочетается с дегенеративным стенозом. На долю чистых протрузий мягкотного ядра остается 20 - 30 %, с такой же частотой встречается сегментарный стеноз, обусловленный поздней стадией остеохондроза. Окончательный диагноз грыжи диска устанавливался с помощью компьютерной томографии и магниторезонансного изображения позвоночника для решения вопроса оперативного вмешательства.