

УДК 616.711–007.64–053:616.8

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО–НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРОТРУЗИИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

*М. В. Хижняк, Е. В. Приймак*

*Институт нейрохирургии имени А. П. Ромоданова НАМН Украины, г. Киев,  
Александровская клиническая больница, г. Киев*

## PECULIARITIES OF CLINICO–NEUROLOGICAL SIGNS OF THE INTERVERTEBRAL DISCS PROTRUSIONS IN LUMBAR PORTION OF VERTEBRAL COLUMN IN PATIENTS OF VARIOUS AGE

*M. V. Kbizbnyak, E. V. Priymak*

### РЕФЕРАТ

Проанализированы клиничко–неврологические проявления дискогенных болевых синдромов, обусловленных протрузией межпозвонкового диска (МПД) поясничного отдела позвоночника. Обоснованы четкие показания к применению пункционных методов лечения дискогенных болевых синдромов у пациентов разного возраста. Клиничко–неврологические признаки протрузий МПД являются важным критерием при выборе метода лечения. Дифференцированное применение пункционных методов позволяет улучшить результаты лечения пациентов разного возраста.

**Ключевые слова:** поясничный болевой синдром; корешковый болевой синдром.

### SUMMARY

Clinico–neurological signs of the discogenic pain syndromes, caused by intervertebral disc (IVD) protrusion in a lumbar portion of vertebral column, were analyzed. The strict indications were substantiated for application of the puncture treatment methods for the discogenic pain syndromes in patients of various ages. Clinico–neurological signs of the IVD protrusions constitute the important criterion while the treatment method selection. Differentiated application of the puncture methods permits to improve the treatment results in the patients of various age.

**Key words:** lumbar pain syndrome; radicular pain syndrome.

Дегенеративные заболевания позвоночника (ДЗП) и сопутствующие дискогенные болевые синдромы на протяжении более 70 лет находятся под пристальным вниманием ученых–клиницистов: ортопедов, неврологов, нейрохирургов, вертебрологов, морфологов, рентгенологов, а также специалистов смежных дисциплин (нейрофизиологов, эпидемиологов и др.) [1, 2]. Этот интерес сохраняется и в наши дни, поскольку открываются новые данные о патогенезе ДЗП, что способствует изучению и использованию современных хирургических технологий в лечении ДЗП и дискогенных болевых синдромов. В нашей стране ежегодно регистрируют более 320 000 больных остеохондрозом среди взрослого населения, что составляет около 4,04% в структуре заболеваний опорно–двигательной системы [3]. Несмотря на многообразие неврологических проявлений данного заболевания, ведущим клиническим признаком является дискогенный болевой синдром [4, 5], частота выявления поясничного болевого синдрома (ПБС) при ДЗП в общей популяции составляет 60%.

Цель исследования – изучение ПБС и корешкового болевого синдрома (КБС) у пациентов различного возраста, обусловленных протрузией МПД поясничного отдела позвоночника.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В отделении малоинвазивной и лазерной спинальной нейрохирургии Института нейрохирургии им. акад. А. П. Ромоданова и отделении нейрохирургии Александровской клинической больницы в период с 2006 по 2012 г. проведено ретроспективное динамическое наблюдение за 125 больными с ПБС и КБС, обусловленными протрузией МПД поясничного отдела позвоночника.

В исследование не включали пациентов с грыжей МПД (более 6 мм), аномалиями развития и дисплазии

Таблица 1. Распределение больных по возрасту и полу

Возраст, лет	Пол				всего	
	м		ж		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
15 – 29	3	5,5	4	5,6	7	5,6
30 – 44	26	48,1	37	52,1	63	50,4
45 – 59	22	40,9	22	30,9	44	35,2
60 – 74	3	5,5	8	11,4	11	8,8
Итого ...	54	100,0	71	100,0	125	100,0

Таблица 2. Основные клинические признаки заболевания

Признак заболевания	Число больных	
	абс.	%
ПБС	125	100
острый	11	8,8
подострый	62	49,6
хронический	52	41,6
Болевые точки при пальпации в поясничном отделе	111	88,8
Болевые точки при пальпации на нижней конечности	73	58,4
Напряжение длинных мышц спины	125	100
Мышечно-тонические синдромы таза и нижних конечностей	50	40
Склеротомный болевой синдром	118	94,4
КБС	125	100
спонтанный	125	100
парестезия	109	87,2
иррадиирующий	121	96,8
Изменение сухожильных рефлексов	125	100
Снижение коленного рефлекса	6	4,8
Повышение коленного рефлекса	43	34,4
Снижение ахиллового рефлекса	35	28
Ахиллов рефлекс не изменен	7	5,6
Снижение подошвенного рефлекса	46	36,8
Подошвенный рефлекс отсутствует	22	17,6
Ограничение объема движений в поясничном отделе позвоночника	125	100
Симптом Ласега	125	100
Симптом Бехтерева	42	33,6
Симптомы Мацкевича, Вассермана	8	6,4
Симптом звонка	117	93,6
Нарушение чувствительности	67	53,6
гипестезия	31	24,8
гипалгезия	29	23,8
гиперпатия	7	5,6
Гомолатеральный сколиоз	71	56,8
Гетеролатеральный сколиоз	32	25,6

ей, неартрозом поперечных отростков и боковых отделов крестца, стенозом позвоночного канала, сегментарной нестабильностью позвоночно-двигательного сегмента, сужением межпозвоночного промежутка, рентгенологическими признаками спондилеза, оссификации продольных связок, спондилоартроза, признаками остеопороза, посттравматическим изменением тел и дуг позвонков, компрессионно-ишемическими КБС.

В соответствии с классификацией ВОЗ, больные распределены на четыре возрастные группы (табл. 1).

Средний возраст больных ( $43 \pm 2,5$ ) года.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Начальным проявлением поясничного остеохондроза у 7 больных молодого возраста был подострый ПБС который впервые возник у 2 больных – при подъеме тяжести, у 5 – длительной статической нагрузке (пребывание в положении сидя). Продолжительность подострого ПБС составляла в среднем ( $18 \pm 2,4$ ) сут, интенсивность боли обычно увеличивалась в среднем через ( $1,6 \pm 0,8$ ) сут. В дальнейшем течение заболевания характеризовалось наличием подострого ПБС, частота периодов обострения ( $4,1 \pm 2,2$ ) раза в год с последующим присоединением КБС. Очередное обострение начиналось на фоне подострого ПБС. При локализации процесса в области  $L_{IV} - L_V$  позвоночно-двигательного сегмента и выше, на уровне, где отдавливаемая выпяченным МПД задняя продольная связка достаточно широка, обострение сменялось периодом ремиссии и проявлялось лишь подострым ПБС в течение ( $9,4 \pm 1,2$ ) мес. Ирритативный КБС был менее выражен, в течение длительного времени не переходил в иррадиирующий КБС.

Заболевание у 63 пациентов зрелого возраста начиналось острым либо подострым ПБС. Течение заболевания в дальнейшем характеризовалось наличием острого, подострого или хронического ПБС, частота периодов обострения ( $3,8 \pm 1,4$ ) раза в год с последующим присоединением КБС. У 6 больных острый ПБС впервые возник при подъеме тяжести, подострый и хронический ПБС у 57 больных – при длительной статической нагрузке (пребывание в положении сидя). Острый ПБС в течение ( $1 \pm 0,6$ ) ч отмечен у 6 больных. Продолжительность подострого ПБС ( $16 \pm 5$ ) сут, интенсивность боли обычно увеличивалась через ( $2,6 \pm 1,2$ ) сут. Продолжительность хронического ПБС в среднем ( $37,2 \pm 1,3$ ) мес. У 22 больных обострение начиналось с подострого ПБС на фоне хронического ПБС, у 35 пациентов течение заболевания характеризовалось подострым ПБС. У 43 больных процесс локализовался в области  $L_{IV} - L_V$  и выше, т.е. на уровне, где отдавливаемая протрузией МПД

задняя продольная связка достаточно широка, обострение проявлялось лишь подострым и хроническим ПБС в течение ( $31,3 \pm 1,8$ ) мес, длительно не переходя в КБС. Болезненные точки нижних поясничных межпозвонковых и крестцово—подвздошных суставов, межостистых и подвздошно—поясничных связок, остистых отростков определены у 57 больных.

Заболевание у 44 пациентов среднего возраста начиналось острым или подострым ПБС и КБС. Первыми признаками поясничного остеохондроза были ПБС — у 28 (63,6%), КБС — у 2 (4,5%), ПБС и КБС — у 14 (31,8%) больных. Дальнейшее течение заболевания характеризовалось наличием острого, подострого или хронического ПБС, частота периодов обострения ( $3,4 \pm 1,8$ ) раза в год, у 28 больных присоединился КБС. Впервые возникший острый ПБС у 5 (11,4%) больных обусловлен подъемом тяжести, подострый ПБС у 37 (88,6%) больных — длительной статической нагрузкой, работой в наклонном положении. Острый ПБС в течение ( $2,8 \pm 1,3$ ) ч возник у 5 больных. Продолжительность острого ПБС ( $15,4 \pm 1,2$ ) сут, подострого ПБС — ( $19,2 \pm 1,4$ ) сут, хронического ПБС — ( $58,7 \pm 2,1$ ) сут. Подострый ПБС обычно прогрессировал через ( $3,2 \pm 1,3$ ) сут. Обострение начиналось с подострого ПБС на фоне хронического ПБС — у 19 пациентов, у 25 — течение заболевания характеризовалось подострым ПБС. У 28 больных процесс локализовался в области  $L_{IV} - L_V$  и выше, обострение проявлялось лишь подострым и хроническим ПБС в течение ( $36,2 \pm 1,7$ ) мес, длительно не переходя в КБС.

Заболевание у 11 пациентов пожилого возраста характеризовалось наличием хронического ПБС, хронически—ремиттирующим течением с некоторой склонностью к стойкой компенсации. Обострения у больных этой группы часты, но их течение относительно легкое, реже отмечают корешковые проявления, течение которых тяжелое, иногда по типу острого нарушения кровообращения спинного мозга [5]. Частота периодов обострения ( $4,1 \pm 1,8$ ) раза в год, в дальнейшем присоединялся КБС. У 4 больных ПБС впервые возник вследствие резкого изменения поло-

жения тела, у 7 — при длительной статической нагрузке (пребывание в положении сидя). Продолжительность хронического ПБС ( $2,3 \pm 0,6$ ) мес, интенсивность боли увеличивалась через ( $3,4 \pm 1,3$ ) сут. Обострение начиналось с ПБС на фоне хронического ПБС у 11 больных. У всех больных, независимо от локализации протрузии МПД ( $L_{IV}-L_V, L_V-S_I$ ), обострение проявлялось лишь хроническим ПБС в течение ( $25,4 \pm 1,7$ ) мес, не переходя в КБС.

Клиническим проявлением хронического ПБС было незначительное напряжение паравертебральных мышц, что частично определяет защитные позы, а в основном — фиксированные изменения конфигурации поясничного отдела позвоночника — уплощение поясничного лордоза, гиперлордоз, сколиоз.

По данным клинико—неврологического осмотра у всех пациентов при наличии дискогенных болевых синдромов верифицированы основные клинические признаки заболевания (табл. 2).

## ВЫВОДЫ

1. Динамика клинических проявлений протрузии МПД в поясничном отделе позвоночника зависит от возраста пациента.

2. Оценка неврологического состояния больных позволяет оптимизировать тактику хирургического лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов А. И. О пояснично—крестцовых радикулитах и дегенеративных изменениях межпозвоночных дисков / А. И. Арутюнов, М. К. Бротман // Врачеб. дело. — 1962. — № 3. — С. 3 — 13.
2. Бротман М. К. Неврологические проявления поясничного остеохондроза / М. К. Бротман. — К.: Здоровья, 1975. — 168 с.
3. Основні показники інвалідності та діяльності медико—соціальних експертних комісій України за 2012 рік: аналітико—інформаційний довідник / С. І. Черняк, А. В. Іпатов, О. М. Мороз [та ін.]. — Дніпропетровськ: Пороги, 2013. — 147 с.
4. Хижняк М. В. Пункционная лазерная микродискэктомия / М. В. Хижняк, Ю. Е. Педаченко. — К.: Вид—во Раевского, 2009. — 128 с.
5. Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология [Вертеброневрология] / Я. Ю. Попелянский. — М.: МЕДпресс—информ, 2008. — 672 с.

