

УДК 616.711-002

## КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ КИЛ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Оксана ТИРАВСЬКА

*Львівський державний університет фізичної культури*

**Анотація.** Стаття присвячена питанням клінічної характеристики хворих з дискогенною патологією поперекового відділу хребта. Розглядаються особливості розвитку корінцевого синдрому при килах міжхребцевих дисків, а також статичні та біомеханічні порушення, що виникають при дегенеративно-дистрофічних змінах у міжхребцевих дисках.

**Ключові слова:** кила, нервовий корінець, біль, чутливість, рефлекс.

**Постановка проблеми. Аналіз останніх досліджень і публікацій.** У структурі епідеміологічної захворюваності поперекові больові синдроми міцно утримують перше місце за поширеністю, за кількістю днів і випадків непрацездатності. [3] Кила міжхребцевого диска досить часто причина поперекового больового синдрому. Із усіх захворювань нервової системи на неї припадає близько 80 % випадків тимчасової втрати непрацездатності [6].

Більшість кил міжхребцевих дисків зумовлені дегенеративними процесами хребта [4]. Клінічні прояви дискогенної патології обумовлені такими патогенетичними факторами, як подразнення синувертбрального нерва, ірритація корінців периферичних нервів з боку спинного мозку, компресія судин та нервових корінців, порушення біомеханіки хребта, аутоімунні та гуморальні механізми стресу, психогенні фактори [5].

Захворювання поперекових міжхребцевих дисків є синдромом, який може проявляти себе різноманітними ознаками та симптомами. І хоча картина болю у спині і ступеня порушення нервового корінця є класичною, у кожного пацієнта вона є індивідуальною [4].

**Метою нашого дослідження** є розглянути клінічні прояви кил міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта в залежності їх від локалізації.

**Методи дослідження:** аналіз і узагальнення даних літературних джерел.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У розвитку корінцевого синдрому виявляється певна фазність [5]. Спершу спостерігається синдром подразнення, який виникнення парестезій і болю, наступною стадією є синдром компресії, останньою фазою ураження корінця є синдром розриву, або корінцевого паралічу, який виявляється паралічем м'язів, що розміщені на периферії від ураженого корінця [1].

На ранній стадії ураження диску хворі скаржаться на хронічний ниючий біль в попереку, що посилюється при ходьбі, а потім раптом зникає, при цьому скарги на біль у ногах відсутні [4].

Коли відбувається гострий розрив диску, хворі відчувають сильний біль у попереку, що виникає одразу, або за декілька годин. Біль може посилюватись при кашлі, чханні і супроводжуватись значним спазмом м'язів [1, 4].

Порушення поверхневої чутливості виявляється вже переважно у ранньому етапі розвитку корінцевих болів. Зниження чутливості відзначається приблизно у 80 % хворих і є найбільш вираженим у дистальних відділах відповідного дерматома.

Корінцеві болі з'являються слідом за поперековими. В більшості випадків вони виникають спонтанно спершу у сідниці, потім у гомілці, в стегні вони локалізуються на рівні коліна [5]. Інколи хворі відзначають те, що їх звичний біль в попереку зникає по мірі розвитку ішіалгії. Це відбувається в наслідок зниження тиску у фіброзному кільці при розриві, але при цьому виникає ішіалгія через підтискання нервового корінця [4, 5].

При обстеженні пацієнтів з килами міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта виявляється сильна болючість на рівні протрузії, особливо з одного боку, натискання

ві точці може посилити ішіалгію. В основному через спазм м'язів зменшується об'єм рухів, нерідко біль буває таким інтенсивним, що пацієнт зовсім не може рухатися [4].

Особливе значення має аналіз больових відчуттів. Аналізують характер та інтенсивність болю, його локалізацію і розповсюдженість по дерматомах або міосклеротомах, можливість посилення або зменшення больового синдрому від положення тулуба і кінцівок, динаміку больових відчуттів, наявність або відсутність порушень чутливості і рухів і ступінь їх вираженості, а також стан функції тазових органів [8, 9].

Особливе значення має аналіз больових відчуттів. Аналізують характер та інтенсивність болю, його локалізацію і розповсюдженість по дерматомах або міосклеротомах, можливість посилення або зменшення больового синдрому від положення тулуба і кінцівок, динаміку больових відчуттів, наявність або відсутність порушень чутливості і рухів і ступінь їх вираженості, а також стан функції тазових органів [7, 9].

Інтенсивність больового синдрому оцінюють за вираженістю рефлекторно-тонічних реакцій, що виявляються обмеженням об'єму активних рухів в поперековому відділі хребта, напруженням м'язів поперекової ділянки, згладженістю поперекового лордозу, наявністю сколіозу і (або) кіфозу, наявністю симптомів натягу [9].

Найбільш інформативними симптомами натягу у хворих даної категорії є симптоми Ласега, Бехтерева, Вассермана, Нері.

Найчастіше з симптомів натягу виявляється симптом Ласега. Цей симптом оцінюють як різко позитивний, якщо біль в зоні дерматома, який іннервується відповідним корінцем з'являється при пасивному піднятті ноги до кута 30°, виражений – до кута 45° і слабко виражений – при виникненні болю після підйому ноги до кута 60° від площини ліжка [5]. Виникнення симптому Ласега вказує на компресійний характер захворювання, але не уточнює його рівня [7].

Симптом Бехтерева (персхресний симптом Ласега) полягає в появі болю при піднятті здорової ноги і зникненні больових відчуттів при її згинанні в колінному суглобі.

Симптом Вассермана – поява різкого болю у паховій ділянці і по передній поверхні стегна у лежачого на животі хворого при піднятті ноги, розігнутої в колінному суглобі.

Симптом Нері характеризується появою болю в попереку і нозі при згинанні шиї у положенні стоячи [3, 7, 8].

Різко виражений больовий синдром характеризується постійними больовими відчуттями, у тому числі і в стані спокою. Хворі займають вимушене положення в ліжку і не можуть самостійно пересуватися.

Виразений больовий синдром характеризується наявністю спонтанного болю і обмеженням рухової активності через біль.

Помірний больовий синдром характеризується відсутністю больових відчуттів у спокої і появою болю при звичайному фізичному навантаженні [7, 8].

За подібністю патогенетичних факторів структурним особливостям і частотою провідних корінцевих синдромів можна розрізнити: синдроми ушкодження корінців L1, L2, L3, L4, L5, S1. Дегенеративні зміни поперекових дисків тільки у 9% випадків супроводжуються симптоматикою ушкодження трьох верхніх поперекових корінців [5, 6].

*Синдром пошкодження корінця L2* зустрічається рідко і характеризується болем і слабкістю по передньо-медіальній поверхні стегна, помірним зниженнями колінного рефлексу. У всіх пацієнтів спостерігаються вегетативно-судинні розлади в нижніх кінцівках вазоспастичним типом [2, 5, 6].

*Коли відбувається ураження корінця L3* до вище перерахованих симптомів приєднуються біль в ділянці коліна, помірна гіпотонія і гіпотрофія чотириголового м'язу стегна з обмеження його сили, пригнічення колінного рефлексу. Проявляються вегетативно-судинні порушення в ногах з відчуттям мерзлякуватості, охолодження гомілки і ступні. Найбільш вираженою ознакою ушкодження корінця L3 є стійкість і вираженість больового синдрому, наявність нахилу до переду при фіксованому стегні [2, 5].

*Прояви ушкодження корінця L4* є ніби перехідними між патологією L1-L3 і L5-S1. Проявляється постійним ниючим болем, що іррадіює по передньо-внутрішній поверхні стегна і гомілки, медіальному краю стопи до першого пальця, відчуттям оніміння по

передній поверхні верхньої третини гомілки, слабкістю і гіпотрофією м'язів передньої групи стегна. Колінний рефлекс знижений, або відсутній на стороні ураження [1, 6].

Найбільш поширеними рівнями протрузії диску є L4-L5 та L5-S1. Синдром пошкодження корінця L5 характеризується болем в нижній частині попереку, у верхній сідничній ділянці, що поступово розповсюджується на зовнішню поверхню стегна та гомілки. Інколи на тильну поверхню стопи, II і III пальці рідко – і на I, або IV. У цій же зоні розвивається порушення чутливості, можуть бути парестезії. Спочатку порушується чутливість на передній поверхні гомілки, значно послаблюється тильна флексія I пальця стопи. Хворому важко ходити на п'ятах. Колінний та ахіловий рефлекс зберігаються, проте при вираженому больовому синдромі може бути посилення, рідше – послаблення колінного та ахілового рефлексів на ураженій стороні. У третини хворих спостерігається вегетативно-судинні та трофічні розлади у вигляді синюшності та холод кінцівки [1, 4, 5, 6].

Симптомами пошкодження корінця S1 є біль, порушення чутливості (оніміння) в ділянці сідниці, по задньо-зовнішній, чи задній поверхні стегна, гомілки, латеральної боці п'яти з переходом на зовнішній край стопи з захопленням V, а інколи і IV пальців. Надалі, у міру прогресування компресії корінця, поступово розвиваються порушення рухів. Спочатку розвивається парез м'язів сідниці на стороні ураження, що клінічно виявляється в'ялістю і гіпотрофією м'яза, згладженістю або зникненням сідничної складки, потім знижується сила литкового м'яза і згиначів пальців стопи, особливо I. Знижується ахіловий рефлекс, а у важких випадках швидко зникає. Знижується, або зникає підшкірний рефлекс. Притаманними є також помірні вегето-судинні порушення на гомілці, стопі відчуттям холоду. Пацієнту важко ходити на пальчиках, можливе звисання стопи [1, 6].

При дегенеративно-дистрофічних змінах у міжхребцевих дисках, що супроводжуються тією чи іншою неврологічною симптоматикою, майже завжди присутнє порушення нормальної статики і біомеханіки хребта. Сплющення поперекового лордозу є одним з компенсаторних механізмів, що забезпечує зменшення об'єму випинання кили і відповідно веде до зменшення компресії задньої повздоп'язової зв'язки і прилеглого нервового корінця [4, 5].

Ще один компенсаторний механізм, сколіотична постава, зумовлена рефлекторною реакцією м'язового апарату, і надає хребту такого положення, яке забезпечує зміщення корінця від кили в сторону (вліво, або вправо), при цьому зменшується ступінь навантаження корінця і потік больових імпульсів [1, 5].

Сторону викривлення хребта, або форму сколіозу, визначають згідно з прийнятою в ортопедії класифікацією, за стороною опуклості викривлення в поперековому відділі хребта. По відношенню опуклості сколіозу до ураженої сторони (сторони корінцевого синдрому) виділяють гомолатеральний, гетеролатеральний і альтернуючі сколіотичні деформації поперекового відділу хребта. При гомолатеральному сколіозі сторона опуклості хребта знаходиться на стороні больового синдрому, гетеролатеральним вважається сколіоз, опуклість якого направлена в протилежну сторону. Альтернуючий характер сколіозу найчастіше свідчить про серединне випинання міжхребцевих дисків L3-L4 або L4-L5. Сторона сколіозу залежить як від локалізації кили, її розмірів, рухливості корінця, так і від будови хребтового каналу і характеру резервного простору [1, 5, 8].

### Висновок

Дискогенна патологія проявляє себе різноманітними ознаками та симптомами. При ушкодженні нервових корінців поперекового відділу хребта у хворих з'являється біль, порушення чутливості, слабкість м'язів, зниження, або випадіння рефлексів нижніх кінцівок, виникають вегето-судинні та трофічні розлади, а також порушення статики і біомеханіки хребта. Картина болю у спині і стиснення нервового корінця є класичною. Для кожного пацієнта вона набуває індивідуальних особливостей.

### Список літератури

1. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика). – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – испр. и доп. – 272 с.

2. Епифанов В.А. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 328 с.
3. Кирпа Ю.І. Результати лікування дискогенних поперекових радикулопатій із застосуванням малоінвазивних втручань : дис... канд. мед. наук: 14.01.05 / АМН України; Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова. - К., 2005.
4. Неотложная ортопедия: пер. с англ. /Гэллі Р.Л., Спайт Д.У., Симон Р.Р. – М.: Медицина, 1995. – 432 с.
5. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків: Підручник / Мачерет Є.Л., Довгий І. Л., Коркушко О.О. Т. 1. – К., 2006. – 256 с.
6. Стояновский Д.Н. Боль в области спины и шеи. – К.: здоров'я, 2002. – 392 с.
7. Шустин В.А., Панюшкин А.И. Клиника и хирургическое лечение дискогенных пояснично-крестцовых радикуломиелоишемий. – Л.: Медицина, 1985. – 176 с.
8. Шустин В.А., Парфенов В.Е., Топтыгин С.В. Диагностика и хирургическое лечение неврологических осложнений поясничного остеохондроза. – СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2006. – 168с.
9. Keegan J.I. Dermatome hypalgesia associated with herniation of intervertebral disc// Arch. Neurol.. – 1943. – Vol. 50, N 1. – P. 67-83.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Оксана ТИРАВСКАЯ

*Львовский государственный университет физической культуры*

**Аннотация.** Статья посвящена вопросам клинической характеристики больных с дискогенной патологией поясничного отдела позвоночника. Рассматриваются особенности развития корешкового синдрома при грыже межпозвонковых дисков, а также статические и биомеханические нарушения, которые возникают при дегенеративно-дистрофических изменениях в межпозвонковых дисках.

**Ключевые слова:** кила, корешок, боль, чувствительность, рефлекс.

## THE CLINICAL DISPLAYS OF HERNIA IN INTERVERTEBRAL DISCS OF SPINE LUMBAR DEPARTMENT DEPENDING ON LOCALIZATION

Oksana TYRAVS'KA

*L'viv State University of physical culture*

**Abstract.** The article is devoted to the questions of clinical description of patients with disk pathology of spine lumbar department. The features development of counterfoil syndrome are examined at hernia in intervertebral discs, and also static and biomechanics violations which occur at degenerativ-distrofics changes in intervertebral disks.

**Key words:** hernia in intervertebral discs, damage of counterfoil, pain, violation of sensitivity.