

## К ДИАГНОСТИКЕ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ РАДИКУЛИТОВ

Я. Ю. Попелянский

*Кафедра нервных болезней (зав.— проф. Я. Ю. Попелянский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

С установлением дискогенной природы так называемого пояснично-крестцового радикулита потребовался новый подход к методике обследования: хотя преобладающая симптоматика является неврологической, она все же вторична, тогда как первичным оказывается поражение позвоночника. Переплетение ортопедических и неврологических симптомов (компрессия нервных образований, рефлекторные мышечно-тонические реакции и пр.) требует не простой суммы старых ортопедических и неврологических приемов, а сочетания этих старых методов с качественно новым — нейроортопедическим (А. И. Осна и Я. Ю. Попелянский, 1966). Некоторые приемы обследования больных пояснично-крестцовым радикулитом изложены нами в другой работе (1966). Здесь же речь идет об исследовании, относящемся лишь к поясничной области, причем основное внимание будет уделено приемам, отработанным в последние три года.

Наиболее яркая симптоматика выявляется в наиболее трудных для поясничного отдела условиях: при вертикальном положении больного. Наличие выраженного сколиоза, сглаженности физиологического лордоза или кифоза определяется без труда. Степень такого лордоза или кифоза может быть измерена с помощью курвиметра Ф. Ф. Огиенко (1966). Чаще, однако, эти нарушения выражены слабо и замаскированы мягкими тканями. О наличии сколиоза может свидетельствовать асимметрия линии талии — большая выпуклость на вогнутой стороне сколиоза, а иногда и образующаяся здесь кожная складка. Однако этот признак мало обогащает врача: наклон может быть не за счет пораженного нижнепоясничного позвоночного сегмента, а за счет верхнепоясничного отдела, компенсаторно отклоненного в другую сторону. То же касается и объема наклонов туловища в стороны: прежде он оценивался нами уровнем, которого достигают пальцы рук, прижатых к бедрам в условиях боковых наклонов туловища; однако объем наклонов может оказаться максимальным за счет компенсаторной гипермобильности здоровых верхнепоясничного и грудного отделов при полном функциональном блоке (неподвижности) больного нижнепоясничного позвоночного сегмента. Чтобы получить представление о сколиозе в клинически значимом нижнепоясничном отделе, мы кладем подушечку большого пальца на гребень крестца, а подушечку указательного пальца с силой прижимаем к остистому отростку пятого или четвертого поясничного позвонка. При этом можно получить представление не только о наклоне нижнепоясничного позвонка в какую-либо сторону. Предложив больному активно наклониться влево и вправо и плотно прижимая указательный палец к остистому отростку, можно определить объем наклонов в одну и другую сторону. У всех без исключения больных с грыжей IV или V поясничного диска мы наблюдали или полный функциональный блок на уровне данного сегмента, или невозможность наклона лишь в одну сторону. В этом последнем случае можно предположить контрактуру межпозвонковых мышц противоположной стороны, где удаление одного позвонка от другого делается невозможным. Выявилось, что при таком предполагаемом напряжении мелких мышц состояние длинных мышц спины может оказаться другим — более выраженное напряжение мы наблюдали нередко и с другой стороны.

Асимметричность длинных мышц временами заметна визуально: с одной стороны они выступают резко напряженными, хорошо контурируемыми, а с другой — нет. Чаще же такая асимметрия обнаруживается только при ощупывании, требующем соблюдения определенных правил. Врач садится сбоку от пациента, ладонью одной руки плотно фиксирует брюшную стенку больного, а другой ощупывающими движениями оценивает плотность длинных мышц в верхне- и нижнепоясничном отделах. Затем подушечками пальцев следует плотно пройти по горизонтали, соскальзывая с мышцы, как со струны. У подавляющего большинства больных при этом на одной стороне мышцы оказываются каменистой плотности, а на другой — сравнительно мягкими. Если здоровому человеку предложить наклониться вперед, видимые контуры напряженных мышц исчезают уже при наклоне на 10—15°. Выключение активного состояния мышц при этом подтверждается и электромиографически. При дискогенной же патологии видимое (и электромиографически определяемое) активное напряжение длинных мышц исчезает при значительно большем наклоне вперед, у некоторых больных мы видели контуры напряженных мышц и при наклоне до 90°. Что касается расстояния от пальцев опущенных рук до пола при максимальном наклоне больного вперед (проба Минора), то она дает представление о функциональных возможностях больного вообще, но отнюдь не о состоянии больного позвоночного сегмента: наклон этот может совершаться за счет тазобедренных суставов и здоровых позвоночных сегментов.

Все полученные такими простыми приемами сведения о состоянии поясничных мышц следует сопоставить с результатами спондилографического исследования боль-

ного в положении стоя и с применением функциональных проб (Пенцхольц, 1964; И. И. Худoley, 1966). На снимках в прямой проекции в условиях наклона туловища в стороны выявляется блок пораженного позвоночного сегмента.

Другая группа симптомов со стороны поясничной области связана с болезненностью ряда типичных точек. Обследование проводится в основном в положении больного на животе при расслаблении поясничных мышц. Так как определяется болезненность глубоко расположенных тканей, пальпация должна быть очень интенсивной. Лучше всего она осуществляется подушечкой большого пальца. Постукивание молоточком не обеспечивает, как правило, ни достаточной точности в выборе точки исследования, ни интенсивности раздражения глубоких рецепторов. Если использовать вместо молоточка боек сконструированного нами вибратора, такое инструментальное исследование позволяет установить как местную болезненность, так и зоны отдачи боли. Впрочем, и при интенсивном ощупывании пальцем отмечается иногда отдача боли в зоны корешковой иннервации или в склеротомные зоны. Информацию об указанных зонах больные дают, как правило, лишь в случаях, когда они предупреждают о необходимости с самого начала фиксировать внимание на этой иррадиации болей. При повторном вибраторном или обычном раздражении, согласно нашим наблюдениям, наступает адаптация, и иррадиация боли угасает. Пальпируются точки, представленные нами в соответствующей работе 1966 г. Начинают с межостистой связки  $L_v - S_1$  и остистого отростка  $L_v$ . Счет ведется снизу: связка  $L_v - S_1$  соответствует месту, где скользящий вверх по гребешку крестца палец «проваливается» между верхним краем гребешка и смежным остистым отростком. Если межостистые промежутки узки, прощупывание можно проводить ребром конечной фаланги, на которую надавливают большим пальцем другой руки. Что касается так называемых точек Гара, то оценка их и методика исследования требуют уточнения. Задняя точка Гара связывалась с областью поперечных отростков  $L_{IV}$  и  $L_v$  позвонков. Сопоставление наиболее болезненных паравертебральных точек у многих сотен больных с соответствующими рентгенограммами в прямой проекции показало, что наибольшая болезненность совершенно точно соответствует зонам межпозвоноковых суставов  $L_{IV-V}$  или  $L_v - S_1$ . Следует расстаться с лишним конкретным анатомическим содержанием термином «паравертебральные точки» и всякий раз говорить об определенной структуре, с которой связана болезненность. Мы убедились, что при достаточном расслаблении поясничных мышц и достаточно интенсивной пальпации соседние с капсулой упомянутых суставов ткани остаются безболезненными. Точное же выделение болезненного сустава важно как в целях диагноза, так и для выбора места укола при введении гидрокортизона или новокаина. Верхняя же точка Гара (около средней линии живота несколько ниже пупка) при соответствующем усовершенствовании методики пальпации (Л. Г. Школьников и А. И. Осна, 1962) оказалась не чем иным, как областью передней поверхности диска  $L_v - S_1$ . Все эти точки отнюдь не являются корешковыми ни топографически, ни по зонам распространения болей. Они связаны с раздражением рецепторов фиброзных тканей (с явлениями нейроостеофиброза). Таковы и точки прикрепления подвздошнопоясничной связки к гребню подвздошной кости, а также капсула крестцово-подвздошного сочленения. В случаях, в которых заинтересованы верхнепоясничные позвонки с прикрепляющейся к ним подвздошнопоясничной мышцей, мы предлагаем два соответствующих приема. Во-первых, прощупывается латеральное мышечное пространство паховой области (место прохождения мышцы) — оно часто оказывается при этом болезненным. Во-вторых, мы фиксируем внимание на возможном возникновении или усилении боли в пояснице при сопротивлении активному сгибанию бедра в положении больного на спине.

При оценке степени болезненности условно может быть принята следующая градация: 1) резко выраженная болезненность (сопровождается генерализованной двигательной реакцией), 2) выраженная болезненность (сопровождается мимической реакцией), 3) умеренная болезненность, 4) нормальная болезненность.

Такова наиболее доступная в любых условиях методика объективной оценки состояния поясничной области — места столь частой локализации грыжи дисков и других патологических процессов позвоночника.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Огиенко Ф. Ф. Сов. мед., 1966, 6.—2. Осна А. И. и Попелянский Я. Ю. В кн.: Остеохондрозы позвоночника, т. II. Новокузнецк, 1966.—3. Худoley И. И. Там же.—4. Penzholz H., Wolter M. Zbl. Neurochir., 1964, 24, 4/5, 198—206.