

Н. А. ГЕВОНДЯН

ОСТЕОХОНДРОЗ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
В РЕНТГЕНОВСКОМ ИЗОБРАЖЕНИИ

Для выявления либо уточнения клинического диагноза остеохондроза большое значение имеет рентгенологическое обследование больных.

В литературе известно много работ, посвященных рентгенодиагностике деформирующего спондилоза и остеохондроза шейного отдела позвоночника [1—6].

В настоящей работе проведен анализ рентгенологических симптомов, наблюдавшихся при шейном остеохондрозе. Изучены рентгенограммы 20 больных в возрасте преимущественно после 50 лет, 8—35—45 лет. Отмечается преобладание мужского пола (15 больных).

Снимки производились в следующих основных проекциях—задней, боковой, боковой в положении максимального разгибания, а в некоторых случаях и в двух косых положениях. Так как явления унко-вертебрального артроза четко выявляются на задней рентгенограмме, мы считали целесообразным всем больным в обязательном порядке производить снимки в двух косых положениях. Такая необходимость возникала лишь в тех случаях, когда на основании задней рентгенограммы не представлялось возможным судить о состоянии крючковидных отростков.

Из 20 больных только у 6 диагноз шейного остеохондроза был установлен обычными клиническими методами исследования. Остальные больные на рентгенологическое обследование поступали с предположительным диагнозом: остаточные явления перенесенного миелорадикулоневрита, опухоль спинного мозга, опухоль позвоночника, посттравматическая энцефалопатия, плексалгия плечевого сплетения, офтальмоплегическая форма мигрени и т. д.

В большинстве наблюдений выявлено множественное поражение дисков—двух и более у 12, одного—у 8. Следует отметить частоту дегенерации С₅—С₆, несколько реже С₃—С₄ дисков, что, по-видимому, обусловлено максимальной нагрузкой на эту область при движениях головы и шеи.

При анализе наших наблюдений выделены следующие рентгенологические симптомы, на основании которых стала возможной рентгенодиагностика шейного остеохондроза: снижение высоты межпозвонково-

го диска, образование передних и задних остеофитов, склерозирование и уплотнение краевых костных пластинок тел позвонков, деформация, заострение крючковидных отростков, изменение физиологического лордоза.

Уменьшение высоты межпозвонкового диска нами определялось на задних и боковых рентгенограммах. Так как физиологический лордоз на задней рентгенограмме иногда может имитировать сужение диска, чтение этих рентгенограмм производилось с большой осторожностью. Симптом сужения диска окончательно устанавливался только при сравнении задней рентгенограммы с боковой. Этот симптом был выявлен у всех больных. Степень снижения диска значительно варьировала—от едва заметной до резко выраженной.

Почти во всех наблюдениях (18 из 20) изменения высоты диска сочетались с деформацией либо заострением крючковидных отростков. Для выявления этого достоверного признака, указывающего на патологию межпозвонкового диска, мы прибегали к рассмотрению в основном задних, а в некоторых случаях и двух косых рентгенограмм. Крайняя степень деформации полулунных отростков с образованием массивных губовидных разрастаний отмечена у 6 больных. Уровень поражения их, как правило, соответствовал уровню патологически измененного диска.

Немаловажное значение нами придавалось наличию реактивных разрастаний костной ткани на месте пораженного диска—экзостозам, как передним, так и тем более задним. Костные остеофиты, расположенные у передних углов тел позвонков, нами выявлены у большинства больных (18), причем у 8 они были резко выражены. Образование задних костных разрастаний наблюдалось у 10.

Склерозирование и уплотнение краевых костных пластинок тел позвонков, указывающих на начинающиеся дегенеративные изменения в диске, было обнаружено почти у всех больных (19). Этот симптом выражался в уплотнении, неровности, шероховатости замыкательной пластинки тел позвонков.

В процессе установления рентгенологического диагноза шейного остеохондроза нас интересовало состояние физиологического лордоза, который в той или иной мере почти у всех больных был изменен: у части (8) в легкой степени (сглаженность лордоза), а у остальных в более выраженной (выпрямленность с местным кифозированием на уровне пораженных дисков). Подробный анализ боковых рентгенограмм показал, что степень нарастания изменений физиологического лордоза зависела от множественности поражения дисков. Обычно в таких случаях определялся местный кифоз.

Немаловажное значение в рентгенодиагностике шейных остеохондрозов приобретают рентгенограммы, произведенные в боковой проекции в положении максимального разгибания и сгибания шеи—функциональные пробы, которые позволяют обнаружить нарушение взаимоотношений позвонков. Подольский Ф. Д. [3] считает, что уменьшение подвиж-

ности сегментов шейного отдела позвоночника предшествует появлению всех других рентгенологических симптомов остеохондроза.

Нами производились дополнительные рентгенограммы в боковой проекции в положении максимального разгибания шеи. У большинства больных разгибательные движения были в различной степени ограничены, а у 6 почти отсутствовали. В наших наблюдениях у всех больных ограничение разгибательных движений сочеталось с другими рентгенологическими симптомами остеохондроза.

У 5 больных был выявлен симптом спондилолистеза—небольшое соскальзывание тела одного-двух позвонков кпереди или кзади. Этот симптом нами определялся по наличию изломанной линии, соединяющей задние края тел позвонков, которая обычно в норме представляется непрерывной и слегка дугообразной.

Таким образом, шейный остеохондроз рентгенологически проявляется рядом симптомов, описанных выше. Выявление на рентгенограммах каждого симптома в отдельности может указывать на начинающиеся дегенеративные изменения в межпозвонковых дисках. Наличие же их в совокупности является несомненным признаком шейного остеохондроза.

Кафедра нервных болезней
Ереванского медицинского института

Поступило 3/IV 1970 г.

Ն. Հ. ՂԵՎՈՆՅԱՆ

ՈՂՆԱՇԱՐԻ ՊԱՐԱՆՈՑԱՅԻՆ ՀԱՏՎԱԾԻ ՕՍՏԵՈՆՈՆԻՏԻՐՈԶԻ ՌԵՆՏԳԵՆՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՊԱՏԿՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Պարանոցային օստեոխոնդրոզը ռենտգենաբանորեն դրսևորվում է մի շարք ախտանիշներով՝ միջողային աճառների բարձրության փոքրացմամբ, առջևի և հետին օստեոֆիտների գոյացմամբ, ողերի մարմնիկների եզրային ոսկրային թիթեղիկների պնդացմամբ և սկլերոզով, կիսալուսնաձև ելուստների ձևափոխմամբ և ֆիդիոլոգիական լորդոզի փոփոխմամբ: Այս ախտանիշներից յուրաքանչյուրի հայտնաբերումը ռենտգենյան նկարի վրա, ցույց է տալիս, որ միջողային աճառներում ղեգեններատիվ փոփոխություններ են սկսվում: Իսկ նշված բոլոր ախտանիշների հայտնաբերումը պետք է դիտել որպես պարանոցային օստեոխոնդրոզի անառարկելի դրսևորում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Динабург А. Д., Рубашева А. Е. Межпозвоночные диски. Киев, 1960.
2. Динабург А. Д., Рубашева А. Е. Журнал невропатологии и психиатрии, 1959, 59, 6, стр. 714.
3. Подольский Ф. Д. Вестник рентгенологии и радиологии, 1959, 4, стр. 24.
4. Попелянский Я. Ю. Шейный остеохондроз. М., 1966.
5. Ратнер А. Ю. Шейная мигрень. Казань, 1965.
6. Bärtschi-Roschalx M. Migräne cervicale. Bern., 1959.