



Tartu Riiklik Ülikool

Neuroloogia kateeder

LUMBOSAKRAALPIISKONNA DISKI PROLAPSIDE
KLIINILISEST SÜMPTOMATOLOOGIAST SÕLTUVUSKES DISKI
PROLAPSI STAADIUMIDEST

Töö teostajad:

T. Annok Vik.
K. Kalamees Vik.

Teaduslik juhendaja:

Dotsent
E. Raudam

S i s u k o r d .

	Lk.
I Sissejuhatus.....	4
II Kirjanduse ülevaade.....	5
III Küsimuse püstitamine.....	19
IV Töö metoodika.....	20
V Materjali analüüs.....	33
1. Üldiseloostus.....	-
2. Nimme-ristлуу diskі prolapside kliiniline karakteristika.....	37
A. Diskі prolaps ühes lülivahemikus....	-
1. L ₄ -L ₅ lülivahemiku diskі prolapside kliiniline karakteristika.....	-
2. L ₅ -S ₁ lülivahemiku diskі prolapside kliiniline karakteristika.....	60
B. Diskі prolaps kahes lülivahemikus...81	
1. Ühel pool kahe diskі prolapsi kliiniline karakteristika.....	-
2. Bilateraalsete diskі prolapside kliiniline karakteristika.....	85
C. Diskі prolaps keskasendis.....	-
3. Nimme-ristлуу diskі prolapside ja nende staadiumide neuroloogiline sümptomatoloogia.....	90
a. L ₄ -L ₅ lülivahemiku diskі prolapsi kliiniline sümptomatoloogia.....	9k
b. L ₅ -S ₁ lülivahemiku diskі prolapsi	

kliiniline sümptomatoloogia	93
c. Ühel pool kahe lülivahemiku diski prolapside kliiniline sümptomatoloogia.	95
d. Bilateraalsete diski prolapside kliiniline sümptomatoloogia.....	98
e. Keskasendi diski prolapsi kliiniline sümptomatoloogia.....	99
f. L ₄ -L ₅ lülivahemiku diski prolapsi kliiniline sümptomatoloogia II ^a st.....	-
g. L ₄ -L ₅ lülivahemiku diski prolapsi kliiniline sümptomatoloogia II ^b st.....	101
h. L ₄ -L ₅ lülivahemiku diski prolapsi kliiniline sümptomatoloogia II-III staadiumis.....	103
i. L ₄ -L ₅ lülivahemiku diski prolapsi kliiniline sümptomatoloogia III st.....	105
j. L ₅ -S ₁ lülivahemiku diski prolapsi kliiniline sümptomatoloogia II ^a st.....	107
k. L ₅ -S ₁ lülivahemiku diski prolapsi kliiniline sümptomatoloogia II ^b st.....	109
l. L ₅ -S ₁ lülivahemiku diski prolapsi kliiniline sümptomatoloogia II-III staadiumis.....	110
m. L ₅ -S ₁ lülivahemiku diski prolapsi kliiniline sümptomatoloogia III st.....	112
4. Kliinilise diagnoosi ebatäpsused võrreldes kirurgilise leinuga.....	114
VI Arutelu.....	125
VII Kokkuvõte ja järeldused.....	138
Tabelites kasutatud lühendid.....	141
Kirjanduse ülevaade.....	142

I S I S S E J U R A T U S

Perifeerse närvisüsteemi haiguste seas sagedamini esinevaks (60-70%) on lumbosakraalse piirkonna närvijuurte, närvipõimikute ja närvitüvede kahjustus. Põhilise osa sellest moodustavad lumbosakraalsed radikuliidid e. ishias.

Viimaste aastakümnete uurimuste tulemusena on selgunud, et ishiase põhjuseks on umbes 90% juhtudel intervertebraalne diski prolaps. Seoses selguse toomisega lumbosakraalse radikuliidi etioloogiasse on muutunud ka astud haiguse ravi - konservatiivse ravi kõrval on hakatud kasutama kirurgilist vahelesegamist diski prolapsi esialdasel etapil. Õige ravimeetodi valikul on oluline diagnoosida diski prolapsi staadiume, operatiivse ravi vajadusel panna õige teepiline diagnoos.

Käesoleva töö ülesandeks on määrata radikuliidi kliiniline sümptomatoloogia sõltuvalt diski prolapsi asukohast ja arengustaadiumist.

II KIRJANDUSE ÜLEVAADE

Juba 1764. a. neapoli arst Cotugne andis tapse ishiase kirjelduse ja diferentsis teda teistest haigustest. 200 a. vältel on nimetatud ishiaseks haigusi, mille puhul esinevad valud seljas ja jalgades. Hiljem püüti neid diferentseid kliinilis-anatoomiliselt ja ka etioloogiliselt (ref. Guber-Gritz).

Sanburov peab vajalikuks jaotada ishiast kolmeks teepiliseks vormiks: ülemine ishias - kahjustatud on skataraal- ne närvijuure osa, keskmine ishias - kahjustatud on närvi- põisik, alumine ishias - kahjustatud on n. ischiadica või tema harud. Kõige sagedamini esineb ülemine ishias, mida nimetatakse lumbosakraalse radikuliidiks, mõne autorite järgi ka lumbosakraalseks fanikuliidiks (ref. Guber-Gritz).

Kuni käesoleva sajandi 20-ndate aastateni peeti arva- mus, et lumbosakraalse radikuliidi põhjuseks on infektsioon, intoksikatsioon, trauma või külmetus. See arvamus muutus pärast vertebraalpatoloogia uurimist ishiase haigeta? (Sanburov). 1911. a. Goldwaite avaldas esimesena arva- must, et ishiase sündroomi põhjuseks on enamasti interver- tebraalne diski prolaps (Raudam, Guber-Gritz).

Sageli koos diski prolapsiga, vahel ka ainsa lumbo- sakraalse radikuliidi põhjusena esinevad teised vertebraal- patoloogias liigid: Deformeeruv spondüloos ja spondüloartroos, osteohondroos (ref. Guber-Gritz, samuti lülisamba arengu- anomaaliad - spina bifida, lumbalisatsioon, sakralisatsioon, spondüloolisteos (Armstrong - ref. Heinsoo).

Enamuse autorite arvates umbes 90% lumbosakraalse radikuliidi põhjuseks on intervertebraalne diski prolaps (Raudas, ref. Guber-Gritz).

Disk seab omavahel üksikuid lülisid, kindlustab lülisamba liikuvuse ja omab amortiseerivat funktsiooni. Ta koosneb nucleus pulposusent, 11-12 kihtilisest annuluse fibrosusest ja kahest hüaliinplaadist, mis katavad naaberlülide horisontaalseid pindmikke (Kadie, Guber-Gritz). Intervertebraalse diski prolapsi etioloogia ei ole selge (Guber-Gritz).

Diski prolapsi patogeneesis peetakse oluliseks traumafaktorit. Raudasi ja Luga andmetel esineb trauma anamneesis 45% juhtudel, erandis haiged (30-40-a) on füüsiliselt tugev tegijad. Meeste esineb antud haigus sagedamini kui naistel (Raudas, Guber-Gritz).

Osa autorid (Falconer, Mc George, Bagg - ref. Guber-Gritz) peavad trauma osa diski prolapsi patogeneesis vähem tähtsaks.

Kadie peab traumad oluliseks prolapsi patogeneesis diski kaasasündinud puudulikkuse korral (kanalikesed diskid jn.). Trauma toimel tekivad selises diskis rebendid ja nende kaudu nucleus pulposus väljasopistamine.

Suurt tähelepanu diski prolapsi patogeneesis osutatakse ka-faktoritele, ainevahetuse muutustele.

Raudase autorite arvates (Raudas, Guber-Gritz, Luga) haigus prevalenceerub keskes - 30-40 a., harva alla 20 a. ja üle 60 a.

Kosinskaja peab oluliseks diski prolapsi tekkes degeneratiiv-düstroofilisi muutusi, mis on iseloomulikud vanemale eale, kuid võivad tekkida ka igas vanuses. Algui

suhtub pulposse tuum veevaseseks, lõheneb, tema turgor langeb, lülisamba raskuse toimel surutakse ta kokku, mistõttu tekib fibroosne rõngas väljavenivaine. Annulus fibrosus allub samuti degeneratiivsetele muutustele, sarve toimel rebenenud tema kihid - algul osa, hiljem kõik, toimub pulposse tuuma osaline või täielik prolabeerumine. Kirjeldatud muutused tekivad kergemini anatraumaatilavates lülisamba osades - alustates nimmelülides, kusjuures lumba-lordoozi tõttu kahjustuvad enam diskide tagumised osad ja prolabeeruvad taha.

Veesisalduse langust diskides seoses vananemisega selgitavad A. Schüzelfader ja H. Schüzelfager (ref. Guber-Gritz) füsioloogilise diokolloidide vananemisega.

Lacapere (ref. Guber-Gritz) järgi pulposse tuum koosneb polüsahhariididest, hüdruroonhappast ja proteiinidest. Ea- ja traumafaktorite toimel, samuti võimalike spetsiaalsete ensüümide mõjul toimub nende ainete depolümeerisatsioon ja tuum kaotab oma kompaktuse.

Dinaburg ja Model (ref. Guber-Gritz) on leidnud lülisamba degeneratiivsete muutuste puhul veres kaalium-kaltsiumi ainevahetuse nihkeid.

Guber-Gritz'i arvates ainevahetuse häiride tõttu degenererunud intervertebraalne disk allub kergelt trauma mõjudel, fibroosne rõngas venitub välja (protrusio). Kui aga fibroosne rõngas rebenenud, toimub pulposse tuuma väljalangemine (prolapsus).

Nagu kirjanduse andmetest nähtub, on diskide prolapsi teke astmeline ja seotud üldiste muutustega kogu organismis. Täpsemad viited aga diskide prolapsi arengu jaotamiseks staadiumideks on vahased.

Arnstrome (ref. Raudam) eristab intervertebraalse
diski prolapsi tekkes 3 staadiumi:

I staadiumis pulposus tuum nihkub taha ja sopistub
koos fibroosse rõngaga selgroo kanali suunas. Fibroosse
rõngas on terve või on mõni kiht rebenenud. lig. longitu-
dinale posterius on alati terve.

II staadiumis fibroosse rõngas on purunenud ja nucle-
us pulposus sopistub osaliselt või täielikult lülide va-
helt välja, lig. flavus on paksenenud. Haudest järgi
võib II staadiumis eristada veel 3 faasi diskil prolapsil
tekkes:

II^a staadiumis diskil prolaps jääb tervikliku lig.
longitudinale posteriusse taha.

II^b staadiumis lig. longitudinale posterius on
usureeritud ja prolaps satub osaliselt või täielikult epi-
duraalruumi.

II^c staadiumis võib prolaps sattuda subarahnoidaal-
ruumi.

III staadiumist osa diskil prolapsist on imendunud,
järele jäänud osad on kaltsifitseerunud, juurte ja epiduraal-
koega tihedalt liitunud. Võivad esineda varikoossed veeni-
laensid, lokaalne epiduriit, lig. flavumi paksenemine.

Dubnov kasutab ka jaotust 3 staadium : protrusio e.
väljasopistumine, song e. väljalangemine ja residuaal-
staadium.

Sieard, Lievre, Ledoux-Lebard (ref. Guber-Gritz) pea-
vad etstarbakaks protaesse diskil prolapsil puhul jaotada
3 staadiumiks:

I staadium - annulus fibrosus on sopistunud taha
ja avaldab survet lig. longitudinale posteriussele (annab

lumboisahaletia aündroosi).

II staadium - taha sopistunud annulus fibrosus ulatub juba närvijuureni. Nucleus pulposus on taha tõstatud ja deforeeeritud. (Kliiniliselt annab ishiase pildi). Autorite arvates II staadium on taaspöörduv rahu andajal.

III staadium - II staadiumis tekkinud seisundile lisanduvad liited ja protsess võib muutuda taaspöörduetuks. Trauma puhul astud seisundis annulus fibrosus võib rebeneda ja pulposusne tuum prolabeeruda.

Kõige sagedamini tekivad intervertebraalsed diski prolapsid $L_4 - L_5$ ja $L_5 - S_1$ lülivahemikus, põhjustades vastavalt L_5 ja S_1 närvijuure kahjustust (Raudas, Guber-Gritz, Mungagarrd, Luka, Kosinskaja).

Paiknevuselt selgroo kanalis eristatakse (Raudas, Luka)

1. lateraalseid diski prolapse, mis asetsevad närvijuure ekstraduraalsest osast lateraalsel ja suruvad närvijuurt taha;
2. paramediaalseid diski prolapse, mis asetsevad närvijuure ekstraduraalsest osast mediaalsel ja suruvad närvijuurt lateraalsela-taha.
3. mediaalseid e. keskaseadi diski prolapse, mis annavad cauda equina kompressiooni nähte suurema prolapsi puhul, väheema prolapsi puhul kahepoolseid radikulaarseid ärrituse või ärritusnähte (Guber-Gritz).

Samaaegselt võib esineda ühel haigel 2 diski prolapsi erinevates lülivahemikes või samas vahemikus kahe pool (Raudas, Luka).

Esimeseks kliiniliseks lumbosakraalse radikuliidi avalduks, mis sunnib haiget arsti juurde pöörduma, on valud. Valud lokaliseeruvad kas ainult seljas või irradiseeruvad ka

jalga. Valud tekke põhjuse kohta on avaldatud erinevaid arvamusi.

De Sèze, Vyriax ja Guillaumo (ref. Guber-Gritz) ^{peavad} lumbago põhjuseks rebenenud fibroosse rõnga survet läbi lig. longitudinalis posteriuse dura materile.

Castaigne (ref. Guber-Gritz) arvates haigetel, kellel esineb ainult lumbalgia, oli põhjuseks mitte intervertebraalne diskid prolaps, vaid spondüloartroos.

Enamus autorid (Falconer, Mc George, Begg - ref. Guber-Gritz) peab ainult seljavalude põhjuseks protrusioet, radikulaarseid valude tekkes aga oluliseks närvijuura kompressiooni olemasolu. Samaide autorite ja paljud teiste (Kaplan, Roof, Spurling) arvates on lumbosakraalse valusündroomi tekkes oluline n. sinu-vertebraalse haardumise protsessid.

Toopilise diagnoosi põhitõeks on oluline valude lokaliseerimine diskid prolapside puhul erinevates lülivahemikes. Andmed selle kohta on kirjanduses vähesed.

Ectors'i (ref. Guber-Gritz), Raudani ja Loka andmetel juhtub diskid prolapsid puhul L₄ - L₅ lülivahemikus valud lokaliseeruvad L₅ närvijuura innervatsioonialale - st. reie tagumisele ja sääre anterolateraalsetele pindmikule, põie dorsaalsele pindmikule, 3., ja 4., varbasel. Kui diskid prolapsid on L₅ - S₁ lülivahemikus, kahjustub S₁ närvijuur ja valud paiknevad reie ja sääre tagumisel pindmikul, põie plantaarsel pindmikul ja 3., 4., 5. varbasel.

Diskid prolapside korral peetakse iseloomulikuks positiivset "kol'asüptoosi" (Sicard, Lievre, Lemaux-Lebard, Ectera - ref. Guber-Gritz, Raudan), samuti lokaalsed paravertebraalsed valulikud vastava lülivahemiku kõrgusel.

Laseque sümptom on positiivne enamusele haigetel (Rau-

das, Kadin). Loka andmetel on nimetatud sümptoom positiivseid
Svkhaisel, Guber-Gritz'il - 80%, Munksgaard'il - 92,7%
(nendest ühepoolseid 45,1 %, bilateraalseid 49,6%, ristuvaid
26,9%).

Tundlikkuse häirata esinevasagedus dioksi prolapsidega
haigetele on erinevatel autoritel erinev: Fincher 84%, Brad-
ford ja Spurling 77%, Love ja Walsch 21% (ref. Munksgaard),
Guber-Gritz 73,5%. Kadini andmetel esinevad tundlikkuse häi-
re sagedasti juhtudel.

Spurling ja Bradford 1939. a. esimestena viitasid tund-
likkuse häirata piiride tehtsusele dioksi prolapsi lokaali-
satsiooni määramisele (ref. Munksgaard).

Sahlgren (ref. Munksgaard) leidis, et tundlikkuse muu-
tused on radikulaarse iseloomuga, vastavalt L₅ - S₁ inner-
vatsioonialale.

Koogar 1943. a. (ref. Munksgaard) on kirjeldanud kind-
laid tundlikkuse muutuse piirkondi olenevalt närvijuurtest:

1. L₅ närvijuur innervatsiooniala - tundlikkuse
muutused põlve lateraalsel, sääre alumise osa anterolater-
aalsel pindmikul, põia keskel, kolmel keskmisel varbal,
kanna lateraalsel serval.

2. S₁ närvijuur innervatsiooniala - tundlikkuse
muutused sääre lateraalsel pindmikul ja põia lateraalsel
serval kuni väikese varbani.

Cottschicki andmetel sensibiilid nahahärride kind, mis
kindlat ala innerveerivad, kulgevad ka edasi proksimaalses
kindlas närvitüves. Autor peab ka võimalikuks, et sensibiilid
kind satuvad mitmesugustesse pleksuse harudesse ja sisenevad
sageli mitmete dorsaalsete juurte kaudu seljaajju. Sageli
näe juure kahjustusel astud piirkond ei anesteeseru täie-

likult. Seljaajusse sisenemisel on afferentsed kiud kindlas paigutuses: paksamad müeliniseeritud kiud asuvad mediaalsel, peenemad, müeliniseerimata - lateraalsel. Mediaalsed kiud juhivad rõhu ja puuetundlikkuse impulsse, nendest kõige jämedamad propriotseptiivset tundlikkust.

Munksgaard'i andmetel esinevad tundlikkuse häired diskil prolapsil puhul $L_4 - L_5$ ja $L_5 - S_1$ lülivahemikus võrdselt - umbes 30% juhtudel. Teema järgi L_5 närvijuure kahjustuse puhul prevalenceeruvad tundehäired põia dorsaalsel pinnal, suurel varbal, sääre alaosas osa lateraalsel pindaikul.

S_1 närvijuure kahjustus annab Munksgaardi uurimuste järgi tundehäired sääre lateraalsel pinnal koos põia lateraalse servaga, harvem kannal ja sääre tagumisel pindaikul. Üksikjuhtudel ka sääre mediaalsel pindaikul.

Raudan 1960. a. kirjeldab tundlikkuse häireid diskil prolapside puhul järgiselt:

Diski prolaps $L_5 - S_1$ lülivahemikus, kompressioon S_1 närvijuurele annab tundlikkuse alaosalise, harva kõrgenemise kitsa ribana reie ja sääre tagumisel pindaikul, kannal, põia lateraalsel serval, 3., 4., 5. varbal. Diskil prolaps $L_4 - L_5$ lülivahemikus, kompressioon L_5 närvijuurele annab tundlikkuse alaosalise või kõrgenemise sääre anterolateraalset pindaikul, põia dorsaalset pindaikul ja mediaalsel serval, 1. ja 2. varbal.

Ühe või teise tundlikkuse liigi täielikku puudumist kirjanduses ei esine.

Gubar-Gritz'i uurimuste järgi esinevad tundlikkuse häiretest sagedamini terachüpesteesia, hüpalgeesia, harvem hüpesteesia. Enneasti haerab tundlikkuse muutus mitte kogu vastava närvijuure innervatsiooniala, vaid osa sellest.

Luka arvates monoradikulaarsed tundehäired ei võimalda veel teha järeldusi toopika suhtes, kuna üksikute juurte innervatsioonialad katevad teineteist ja on individuaalselt erinevad.

Motoorika häiretest diskil prolapsidega haigetel esinevad kirjanduse andmetel lihaste hüpotoonia ja hüpotroofia, lihasjäudluse langus üksikutes lihasgruppides vastavalt kahjustatud närvijuurte innervatsioonile.

Guber-Gritz'i andmetel esineb tuhara lihaste hüpotoonia haigel poolel 70% juhtudest, tuhara lihaste hüpotoonia koos reia ja säärelihaste hüpotooniaga aga 38,3%.

Luka järgi sääre ja reielihaste hüpotoonia esineb 90% juhtudest. S₁ närvijuure kahjustuse korral prevaleerub m. triceps surae hüpotoonia, L₅ närvijuure kahjustusel m. tibialis anteriori hüpotoonia.

Raudani andmetel esineb S₁ närvijuure kahjustusel sääre tagumise grupi lihaste hüpotoonia, L₅ närvijuure kahjustusel sääre anterolateraalsete lihaste hüpotoonia.

Hüpotroofia esineb Munksgaardi andmetel üldse 39,6% haigetel. L₅ - S₁ lülivahemiku diskil prolapsil puhul hüpotroofia esineb 36,7%. L₄ - L₅ lülivahemiku diskil prolapsil puhul 40,5% haigetest.

Paljude autorite järgi (Spurling, Ectors? Lindgren - ref. Guber-Gritz, Raudan, Luka, Munksgaard) on L₄ - L₅ lülivahemiku diskil prolapsile iseloomulik suure varba dorsaalfleksiooni nõrkus. Korlen 1944.a. leidis nimetatud sümptoomi esinemissageduse 25% haigetel, Frieberg ja Hult 1951.a. - 45%. Fieberg 1958.a. - 71% (ref. Munksgaard). Munksgaardi andmetel (1961) antud sümptoom esineb üldse 66% juhtudest, diskil prolapsil puhul L₅ - S₁ lülivahemikus 46,7%.

L₄ - L₅ lülivahemikus 75,7%.

Reflekside muutuse on kõikide autorite andmetel suuremad diskil prolapsi korral L₅ - S₁ lülivahemikus.

Raudami andmetel diskil prolapsi puhul L₅ - S₁ lülivahemikus Achilles-refleks puudub või on nõrgenenud, patellaarrefleks on normaalne. Diskil prolapsi puhul L₄ - L₅ lülivahemikus on Achilles- ja patellaarrefleksid muutusetu.

Guber-Gritz peab diskil prolapsi korral L₄ - L₅ lülivahemikus Achilles-refleksi nõrgenemist võimalikuks, diskil prolapsi korral L₅ - S₁ lülivahemikus aga iseloomulikuks Achilles-refleksi nõrgenemist või puudumist.

Luka andmetel diskil prolapsi korral L₅ - S₁ lülivahemikus Achilles-refleks puudus 25% haigetest, nõrgenes 65%. Diskil prolapsi korral L₄ - L₅ lülivahemikus esines Achilles-refleksi nõrgenemist vähenenud, patellaarrefleks oli nõrgenenud 27,5% juhtudel.

Munksgaardi andmetel esinevad Achilles-refleksi muutused diskil prolapsiga haigetel üldse 56% haigetest, nendest diskil prolapsi korral vahemikus L₄ - L₅ 21,4 - 37,8%. Patellaarrefleksi muutused esinevad harvem, üldse 16,5%. Diskil prolapsi korral L₅ - S₁ lülivahemikus on patellaarrefleks muutunud 15% juhtudest, diskil prolapsi korral L₄ - L₅ lülivahemikus 12,4% - 1. Patellaarrefleks on muutunud sagedasini diskil prolapsi puhul L₃ - L₄ lülivahemikus - 38%.

Uurides Achilles-refleksi muutusi diskil prolapside korral teostas Horlen (ref. Munksgaard) eksperimendi süttes L₅, S₁ ja S₂ närvi juurte novokainblokaadi operatsioonil ajal. Saadud tulemused hindas ta järgniselt:

1. S₁ närvi juure blokeerimisel järgnes Achilles-

Achilles-refleksi kadumine 40 uuritud juhul:

2. L_4 närvijuure blokeerimisel Achilles-refleks ei muutunud 17 juhul; 9 juhul järgnev S_1 juure blokeerimine põhjustas kiire Achilles-refleksi kadumise;

3. Ainult S_2 juure blokeerimine ei andnud efekti Achilles-refleksile 9 juhul, 5 juhul järgnes kiiresti S_1 juure blokaad ja Achilles-refleksi kadumine;

4. L_5 ja S_2 juurte blokeerimine ei andnud üldse või andis Achilles-refleksi kerge nõrgenemise 7 uuritud juhul. Järgnev S_1 närvijuure blokeerimine kohe selle järel andis Achilles-refleksi kadumise kõigil juhtudel;

5. S_1 juure blokeerimine põhjustas refleksi tunduva nõrgenemise, aga mitte kadumise 2 uuritud juhul;

6. S_1 juure blokeerimine ei andnud efekti Achilles-refleksile, aga järgnev L_5 närvijuure blokeerimine andis Achilles-refleksi kadumise 2 uuritud juhul.

Kirjanduse andmetel on diski prolapside korral muutused lülisamba kõveruste ja liikuvuse osas sagedased. Tavaliselt esinevad lumbaalrordoosi lamnemine ja skolioos lumbaalosas kõverusega diski prolapsi poole või vastassuunas.

Dewain'i (ref. Kadin) andmetel on diski prolapsiga haigetel $L_5 - S_1$ lülivahemikus skolioos kumerusega tervele poolele. Autor selgitab seda järgmiselt. S_1 närvijuur on kokku kasvanud aja kõvakelmega, mis täielikult valistab juure liikuvuse keha liigutustel. Prolaps rõhutab veel enam seda juure puudulikkust. Seepärast hoisab haige valude vähendamiseks keha haigele poolele.

Raudami andmetel diski prolapsi puhul $L_5 - S_1$ lülivahemikus on skolioos lumbaalosas enamasti kõverusega haigele poolele, harvem tervele poolele. Esineb mõeldukas lumbaalr-

doosi lamene mine. Lülisamba liikuvus on piiratud ette ja taha, vähem külgedele.

Diski prolapsil L₄ - L₅ lülivahemikus esineb tugev skolioos, samuti kumerusega haigele poole, tundu v lumbaallor doosi lamene mine, vahel isegi asendumine küfoosiga. Lülisamba liikuvus on piiratud igas suunas.

Luka andmetel esineb skolioos diskil prolapsiga haigetel 75% juhtudest, lateraalsete diskil prolapsid^e korral kumerusega haigele poolele, mediaalsete prolapsid korral tervele poolele. Autor peab skolioosi põhjuseks mitte ainult diskil prolapsi, vaid ka sidekoelisi liiteid, ruumilisi vahakordi intervertebraalkanalis, kaasuvaid epiduraalkoe muutusi. Lülisamba painutused on piiratud kõige enam ette, vähem taha ja külgedele.

Andmed kliinilise sümptomatoloogia erinevuse kohta diskil prolapsil erinevate arengustaadiumide puhul peaaegu puuduvad.

Raudasi andmetel I staadiumis esinevad lumbosakraalsed valud ja aegajalt radikulaarne sündroom, mis alluvad konservatiivsele ravile.

II staadiumis esineb haigetel kadalate ja kuude vahelise või alaäge lumbosakraalne radikuliit, konservatiivne ravi on vähe efektiivne.

III staadiumis on isaloomulik aastaid kestav krooniline retsidiveeruv lumbosakraalne radikuliit, mille puhul võib esineda ka radikulaarne sündroom.

Dubnov annab oma uurimustes diskil prolapsil jaotuse staadiumideks ravi tulemuste järgi. Autori arvates toimub venitusravi tulemusel väljasopistunud diskil osa (protrusio) paigaldumine, diskil prolapsil - st. püsiva nucleus pulposuse

väljalangemise korral venitusravi tulemusi ei anna, sageli seisund halveneb.

Kliiniliselt peab autor ka protrusio eristamist võimalikuks.

Dubnovi järgi on prolapsile iseloomulikud järgmised sümptomid:

1. Istudes "kolajala" sümptom.
2. Patsient saab kõhuli lamada ainult padjaga kõhu all, sirutus on valude tõttu võimatu
3. Selgelt väljendunud skolioos seisuses.
4. Lumbaalterdeos on lamenenud, vahel esineb küfoos.
5. Pikaajaline fikseerumine antalgilise poosi, mida muuta ei õnnestu.
6. Sirutuse ja painutuse piiratus seisuses.
7. Venitussümptom.
8. Tundeühire (hüpesteesia).
9. Achilles- või patellaarrefleksi puudumine.
10. "Prolapsi punkti" esinemine.
11. Lamades valud alati ei vähene.

Protrusio puhul on kõik sümptomid vähem väljendunud.

Guber-Gritz'i järgi I staadiumis esineb kliiniliselt lumbosakraalgia pilt, II staadiumis tekib istiaalse sündroom, III staadiumis tekib nn. diski prolaps (I ja II staadiumis Guber-Gritz'i järgi on protrusio poolt põhjustatud) ja kirurgiline ishias.

Toepika täpsustamiseks on kliiniliste andmete kõrval rohkelt kasutatud diagnostilisi abimeetodeid. Rohkem kasutatavad on röntgenoloogilistest uuringutest spondülograafia ja funktsionaalne spondülograafia, vähem O₂ -, õhk- ja

radioüelograafia ja teiste kontrasteinete kasutamine (Heinsoo, Eninja). Elektrodiagnostikast kasutatakse krenaksi-meetriat, elektroüelograafiat.

Vegetatiivsetest proovidest määratakse naha temperatuur, teostatakse Minori kats (Vernin, Eninja).

Vähen levinud abimeetodid on ostsillograafia, kapillareskoopia, naha tundlikkuse määramine ultraviolettkiirte suhtes, naha veresoonte läbitavuse määramine radioaktiivse joodiga (Eninja).

Röntgenograafia aitab diferentsida diski prolapsi tuumoritest ja tuberkuloosest spondüliidist. Röntgenograafiliselt on diski prolapsile iseloomulik lumbaellordoosi lamineemine, eriti diski prolapside puhul $L_4 - L_5$ lülivaherikus, skolioos kumerusega prolapsi poolele, harvem lüli nihe dorsaalsela. Kui lumbaalses lülisamba osas kaudaalne lülivaherik on kitsas kraniaalsest ja lülid on normaalsed, siis viitab see diski prolapsile antud vaherikus, v. a. lumbosakraalne vaherik, mis on ka normaalselt kitsas (Heinsoo).

Diski prolapsist põhjustatud radikuliidi ravi on tänapäeval nii konservatiivne kui ka operatiivne. Operatiivse ravi näidustusteks peetakse konservatiivsel ravi efekti puudumist, sagedaid ägenemisi, tugeva valusündroomi püsimist 3-6 nädalase konservatiivse ravi rakendamise järel. Absoluutseks näidustuseks on keskasendi diski prolaps, mis põhjustab cauda equina kompressiooni (Raudam).

Operatiivset ravi ei rakendata I staadiumi diski prolapside korral (Raudam).

Dubnov on analüüsinud 334 haiguslugu, nendest 256-l os olnud tüüpilised disktoosi sümptoomid. Viimastest 241 (94,1%) on paranenud konservatiivse raviga ja autor on talnud järel-

dusale, et enamuse diskoose paraneb ilma operatiivse ravita.

Konservatiivsest ravist on medikamentööse ravi kõrval kasutusel füsioteraapia, ravikehaskultuur - vebitusravi, lamamine kõrval alusel.

Operatiivse ravi meetodidest on kasutatud laia laminektoomiat, hemilaminektoomiat ja vähem interlaminektoomiat (Raudam). Raudami arvates ainukeseks lubatavaks meetodiks lumbosakraalsete diski prolapside puhul oleks interlaminektoomia. Interlaminektoomia on kõige vähem traumeeriv operatiivse ravi meetod ja võimaldab kõige kiiremini peale operatsioonil haigetel pöörduda töö juurde tagasi.

III K Ü S I M U S E P Ü S T I T A M I N E

Perifeerse närvisüsteemi haiguste seas on praegu kõige aktuaalsemaks lumbosakraalpiirkonna radikuliitide küsimus. Nagu eespool mainitud, on lumbosakraalsete radikuliitide tekkepõhjuseks enamikel juhtudel lülid vaheline diski prolaps. Kõige sagedamini esineb lülid vahelise diski väljasopistumine L_4-L_5 ja L_5-S_1 lülivahemikus. Nimetatud lülid vahelised diski prolapsid annavad vastavalt L_5 või S_1 närvi juure kompressioonist kindla kliinilise sümptomatoloogia. Kuna diski prolapsi arenemine on stadiaalne, võib arvata vastavalt sellele ka kliinilises sümptomatoloogias erinevuste esinemisega.

L_4-L_5 ja L_5-S_1 lülivahemiku diski prolapside ja nende erinevate staadiumide kliinilist sümptomatoloogiat on siiani vähe uuritud. Välismaal etendab erinevate lülivahemike diski prolapside diagnoosimisel otsustavat osa müelograafia. Tartu närvikliinikus on hakatud L_4-L_5 ja L_5-S_1 lülivahemiku diski prolapsi diagnoosima kliinilise leiuga alusel ning teostama nende operatiivset ravi. Sellest lähtudes on ab nimetatud küsimus erilise tähtsuse.

Käesoleva töö ülesandeks on:

1. Selgitada lumbosakraalpiirkonna diski prolapside kliiniline sümptomatoloogia.
2. Selgitada esinenud kliinilise diagnoosi ebatäpsuste põhjused võrreldes kirurgilise leiuga.

3. Välja tuua L₄-L₅ ja L₅-S₁ lülivahemiku
diski prolapside erinevate staadiumide kliiniline
sümptomatoloogia.

IV T Ö Ö M E T O O D I K A

Käesolev töö teostati Tartu Vabariikliku Kliinilise Haig-
la neuroloogia osakonnas 1959. - 1962.a. viibinud haigete klii-
niste haiguslugude ning 1962. - 1963.a. haiglas viibinud
haigete täpsustatud neuroloogilise uuringu andmete põhjal.
Andmete läbitöötamiseks kasutati perfokaartide süsteemi.

Haiguslugudest kirjutati välja järgmised andmed ja
sümptomid:

1. Sugu
2. Vanus
3. Füüsilise töö tegija või mitte
4. Haiguse anamneesi pikkus
5. Retsidiivid arv
6. Põetud haigused
7. Valu lokalisatsioon
8. Muutused lumbaallordosis
9. Skolioos
10. Seljalihaste pinged
11. Selgroo painutamine
12. Paraspinoossed valupunktid
13. Kollasümptoom
14. Nervi kulu palpatsioon
15. Lasque, Brudzinski, Neri sümptomid
16. Lihaste toonus
17. Fibrillaarse tõmbed ja paresteesiad

18. Lihaste atroofia

19. Tundlikkus (valu-, puute-, temperatuuri-, vibratsioon-, lokalisatsioon-, diskriminatsioon-, kinesteetiline tundlikkus, sügav valulikkus)

20. Refleksid

21. Motoorika

22. Liikvor

23. Röntgenoloogiline selgroo uuring (spondüleeramiid)

24. Diski prolapsi asukoht (lülivahelik, mediaalne, lateraalne, keskasend)

25. Diski prolapsi staadium

Autorite endi poolt uuritud haigetel teostati järgnitate mitajate osas diferentseeritud uurimine haige püsti ja istuli asendites:

1. Muutused lumbaallordosis
2. Skolioos
3. Paraspinoossed valupunktid
4. Kellaasimptoom

Lihaste toonus määrati haige püsti ja pikali asendites.

Tundlikkust uuriti autorite poolt täiendavalt järgnitate liikide osas: vibratsioon-, asendi-, lokalisatsioon-, diskriminatsioon-, kinesteetiline tundlikkus, sügav valulikkus.

Rea andmete ja sümptomide hindamisel kasutati täpsustatud kriteeriume. Nii leeti selgroo painutamist ette vabaks, kui ette painutamisel jäid sõrmed põrandast puudu 0-20 sm. või keha kaldenurk oli ette üle 80 kraadi; määdukalt piiratuks, kui sõrmed ulatusid maast 39-20 sm kõrgusele või keha kaldenurk oli 30-80 kraadi ja tugevalt

piiratuks sorme kauguse korral maast 40 ja rohkem senti-
meetrit või keha kaldenurga korral kuni 30 kraadi. Selgrec
sirutust loeti vabaks, kui keha kaldenurk taha oli üle 40
kraadi, mõdukalt piiratuks, kui vastav nurk oli 15-39
kraadi ja tugevalt piiratuks keha kaldenurga korral kuni
15 kraadi.

Laseque sümptoom loeti mõdukalt positiivseks jala
passiivsel tõstmisel lihaste reflektorise takistuse korral
haige selili asendis 75-90 kraadini, tugevalt positiivseks
takistuse korral 0-35 kraadini.

Lihaste atroofia hindamiseks teostati mõõtmised senti-
meetripaelaga reie ja sääre keskosas. Reiel loeti atroofiat
väheseks, kui reite ümbermõõtude diferents oli 0-2 sm. Mär-
gatavaks loeti atroofiat ümbermõõtude diferentsil üle 2 sm.
Säärel loeti vastavalt väheseks atroofiat ümbermõõtude
diferentsil 0-1 sm, märgatavaks üle 1 sm.

Suure hulga andmete ja sümptomide läbitöötamise ker-
gendamiseks kasutati antud töös perfokaartide süsteemi (vt.
lk. 23). Kasutati tavalisi kaherealisi perfokaarte. Perfo-
kaart koosneb 24-st nelja paari kaupa grupeeritud arvude r-st.
Iga neljapaariline rühmitus on tähistatud kindla tähega (A,
B, C, D, E jne. tähestikulises järjekorras), milledest iga
üksik paar omab veel numbrilisi tähisteid - 1, 2, 4, 7.
Antud juhul toodi sisse ka tähed $\alpha, \beta, \gamma, \delta$, mis tähistavad
vastavaid sukude paare.

Suure andmete ja sümptomide hulga tõttu loobuti tava-
lisest perfokaatri dele kandmise süsteemist, kus nelja suku-
depaari peale saab kanda 9, 8 paari peale 99 jne. sümptomi.
Antud juhul koostati süsteem, kus ühele paarile sukudele
saab kanda 3, kahele paarile 27 jne. erinevat sümptomi.

RRU rotaprint 1962. T. 856. 1000.

H I K L M
1 2 4 7 1 2 4 7 1 2 4 7 1 2 4 7 1 2 4 7

N
1 2 4 7 1 2 4 7
MARKUSED:

O
1 2 4 7

P
1 2 4 7

Q
1 2 4 7

R
1 2 4 7

S
1 2 4 7

T
1 2 4 7

AUTOR:

NIMETUS:

TEOS:

U V X Y Z
1 2 4 7 1 2 4 7 1 2 4 7 1 2 4 7 1 2 4 7

A B C D E F G
1 2 4 7 1 2 4 7 1 2 4 7 1 2 4 7 1 2 4 7 1 2 4 7

Perforeerimise erinevad kombinatsioonid said tähistatud numbritega järgmiselt:

0 01	0 02	0 03	00 004	00 005	00 006	00 007	00 008	00 009
000 00010	000 00011	000 00012	000 00013	000 00014	000 00015	000 00016	000 00017	000 00018
000 00019	000 00020	000 00021	000 00022	000 00023	000 00024	000 00025	000 00026	000 00027

0 perforeerimata

0 perforeeritud

Andmete ja sümptomide kandmiseks kaartidele keostati kood. Kood näitab seost perfokaardi (tähed, numbrid), perforeerimise kombinatsioonide ja nende numbriliste tähiaste ning üksikute andmete ja sümptomide vahel.

Maumi kokkuvõtte mõttes sai rida andmeid ja näitajaid grupeeritud rühmadesse (vt. põetud haigused, närvi kulu palpatsioon, paraspineossed valupunktid). Koodist on välja jäetud mõned väga harva või üldse mitte positiivselt esinevad sümptomid (lokalisatsioon-, diskriminatsioon-, kinesteesiline tundlikkus).

Koodis mitteesinevate sümptomide ning mõnede erijuhtude tähistamiseks tehti vastaval juhul perfokaardi ülemisse vasakusse nurka viide ühe sügaväljalöömise näol. Bilateraalse diski prolapsi esinemise korral perforeeriti aluminevasak kõige nurkmine auk.

Bilateraalses diski prolapsidega haigetel sai kumagi jala sümptomatoloogia perforeeritud eri kaardile. Perfokaartide arv on seega 157.

Kood sai keostatud järgnevalt.

Anamnees

- A 1 1. Diski prolaps L₄-L₅ lülivahemikus dx.
A 2 2. " " L₅-S₁ " sin.
3. " " L₄-L₅+L₅-S₁ " dx.
4. " " L₃-L₄ " "
5. " " L₅-S₁ " "
keskasendis
6. Diski prolaps L₄-L₅ lülivahemikus
keskasendis
7. Diski prolaps L₄-L₅ lülivahemikus sin.
8. " " L₅-S₁ " "
9. " " L₄-L₅+L₅-S₁ " "
- A 4 2. Meessugu
3. Naissugu
- A 7 1. Vanus 0 - 0 a.
B 1 2. " 11-20 a.
3. " 21-30 a.
4. " 31-40 a.
5. " 41-50 a.
6. " 51-60 a.
7. " üle 60 a.
- B 2 2. Füüsilise töö tegija
3. Füüsilist tööd ei tee
- B 4 1. Anamneesi pikkus kuni 1 a.
B 7 2. " " 1 a.
3. " " 2 a.
4. " " 3 a.
5. " " 4 a.
6. " " 5 a.
7. " " üle 5 a. (6-10 a.)
8. " " " 11 a.
- C 1 1. Rettsidiivid puuduvad
C 2 2. Rettsidiivide arv 1 kord
3. " " 2 korda
4. " " 3 "
5. " " üle 3 korra
- C 4 1. Põetud haigused puuduvad
C 7 2. Nakkush. + trauma + operatsioon
3. Sisehaigused
4. Sisehaigused + nakkushaigused
5. Sisehaigused + nakkushaigused + trauma
6. Sisehaigused + trauma
7. Operatsioon + nakkushaigused + siseh.
8. Nakkushaigused
9. Nakkushaigused + operatsioon

Valu

- D 1 2.Valu ristluus ja
3. " " ei
- D 2 2.Valu säre later. ja esm. pindm. ja
3. " " " " " " ei
- D 4 2.Valu reie tagum. ja later. pindm. ja
3. " " " " " " ei
- D 7 2.Valu põlve taga
2. " " lateraalsel küljel
3. " põlves puudub
- E 1 1.Valu säre tagum. pindmikul ei
2. " " " " " ja
- E 2 1.Valu põial kannas ja later. serval
2. " põia mediaalsel serval
3. " põial puudub
- E 4 1.Valu I ja II varbas
2. " IV ja V varbas
3. " varvastes puudub

Lülisamba

- E 7 1.Lumbaallordeesi lamnemine esineb
2. " " " " ei esine
3.Lumbaallordeos asendunud küfocaiga
- F 1 1.Skolioos vasakule
2. " paremale
3. Skolioosi ei esine
- F 2 1.Seljalihaste pinget esineb paremal
2. " " " " vasakul
3. " " pinget ei esine
- F 4 1.Selgroo painutamise ette vaba
2. " " " " nõrduk. piirat
3. " " " " tugevalt "
- F 7 1.Selgroo painut. taga vaba
2. " " " " nõrduk. piirat.
3. " " " " tugevalt "
- G 1 1.Selgroo painut. paremale vaba
2. " " " " nõrduk. piirat.
3. " " " " tugevalt "
- G 2 1.Selgroo painut. vasakule vaba
2. " " " " tugevalt piirat.
3. " " " " nõrduk. "
- Paravertebral- G 4 1.Puuduvad
sed valupunktid G 7 2.L5-S1 18° vahemik dx.
" 1 3.L5-S1 " sin.
4.L5-S1 " bilater.

- 5. L₄-L₅ lülivahemik dx.
- 6. " " sin.
- 7. " " bilater.
- 8. L₃-L₄ " dx.
- 9. " " sin.
- 10. " " bilater.
- 11. L₅-S₁ lüliv. dx. - L₄-L₅ lüliv. sin.
- 12. " " sin. - " " dx.
- 13. L₅-S₁ - L₄-L₅ lülivahemikud sin.
- 14. " " " dx.
- 15. L₄-L₄ - L₄-L₅ " bilater.
- 16. " " sin.
- 17. " " dx.
- 18. L₂-L₃ lülivahemik dx.
- 19. L₂-L₃ + L₃-L₄ lülivahemik dx.
- 20. Kogu lumbaalosa hell dx.
- 21. " " " sin.

Kelläsümptoom H 2

- 2. Seistes positiivne
- 3. " negatiivne

H. ischiadicuse H 4
kulu palpats. H 7

- 1. Valutu
- 2. Kogu kulg valulik
- 3. Valulik tuharal
- 4. " reiel
- 5. " põlveõndlas
- 6. " säärel
- 7. " tuharal-reiel-põlveõndlas
- 8. " " -põlveõndlas
- 9. " säärel + " "

Laseque jt I 1
sümptoomid I 2

- 1. Laseque sümptoom negatiivne
- 2. " " määdukalt posit.
- 3. " " tugevalt "
- 4. " " kontralateraalset määdukalt positiivne
- 5. Laseque sümptoom kontralateraalset tugevalt positiivne
- 6. Laseque sümptoom subjekt. valulik
- 7. " " paremal tugevalt, vasakul määdukalt positiivne
- 8. Laseque sümptoom paremal määdukalt, vasakul tugevalt positiivne

9. Laseque sümptoom homo- ja kontra-
lateraalselt positiivne

	J 4	2. Brudzinski ülamine sümpt. posit. 3. " " " negat.
	I 7	2. Brudzinski alumine sümpt. posit. 3. " " " negat.
	K 1	2. Kernigi sümptoom posit. 3. " " " negat.
	K 2	2. Neri sümptoom posit. 3. " " " negat.
<u>Lihaste toonus</u>	K 4	1. Pikali gluteaalgrupis määtaata 2. " " " normis 3. " " " alanenud
	K 7	1. Pikali reie tagum. grupis määtaata 2. " " " " normis 3. " " " " alanenud
	L 1	1. Pikali sääre tagum. grupis määtm. 2. " " " " normis 3. " " " " alanenud
	L 2	1. Püsti gluteaalgrupis normis 2. " " " alanenud 3. " " " kõrgem
	L 4	1. Püsti reie tagum. grupis normis 2. " " " " alanenud 3. " " " " kõrgem
	L 7	1. Püsti sääre tagum. grupis normis 2. " " " " alanenud 3. " " " " kõrgem
<u>Fibrillatsioonid</u>	M 1	2. Fibrillatsioonid esinevad 3. " " " ei esine
<u>Paresteesiad</u>	M 2	2. Paresteesiad esinevad 3. " " " ei esine
<u>Lihaste atroofia</u>	M 4	2. Gluteaalgrupis esineb 3. " " " ei esine
	M 7	1. Reiel esineb vähe 2. " " " märgatavalt 3. " " " ei esine
	M	1. Säärel esineb vähe 2. " " " märgatavalt 3. " " " ei esine
<u>Tundlikkus (valu-)</u>	K 1	1. Reie tagum. pinna. norm 2. " " " alanenud 3. " " " kõrgenenud

	N 2	1. Reie later. pindm. norm 2. " " " alanenud 3. " " " kõrgenenud
	N 4	1. Reie esm. pindm. norm 2. " " " alanenud 3. " " " kõrgenenud
	N 7	1. Säär tagum. pindm. norm 2. " " " alanenud 3. " " " kõrgenenud
	O 1	1. Säär esm. pindm. norm 2. " " " alanenud 3. " " " kõrgenenud
	O 2	1. Säär ja reie mediaalne pindm. norm 2. " " " " alan. 3. " " " " kõrgen.
	O 4	1. Pöia mediaalne pindm. norm 2. " " " alanenud 3. " " " kõrgenenud
	O 7	1. Pöia lateraalne pindm. norm 2. " " " alanenud 3. " " " kõrgenenud
	P 1	1. Lumbaalosa norm 2. " " alanenud 3. " " kõrgenenud
	P 2	1. Tuhar norm 2. " " alanenud 3. " " kõrgenenud
	P 4	1. Säär later. pindm. norm 2. " " " alanenud 3. " " " kõrgenenud
asendi-	P 7	2. Hüppeliigeses norm 3. " " alanenud
	Q 1	2. Suures varbas norm 3. " " alanenud
	Q 2	2. Teistes varvastes norm 3. " " alanenud
algav valulikkus	Q 4	2. Esineb säärel 3. Ei esine säärel
vibratsioon-	Q 7	2. Patellaal norm 3. " " alanenud
	R 1	2. Med. kalleoluses norm 3. " " alanenud
	R 2	2. Later. kalleoluses norm 3. " " alanenud

	R 4	2. Väike varvas norm 3. " " alanenud
	R 7	2. Suur varvas norm 3. " " alanenud
	S 1	2. Valutundl. -taktiilne tundl. -temperat. tundlikkus 3. Himetatud tundlikkuse häired ei ühti
<u>Refleksid</u>	S 2	1. Haiguspooled normis
<u>Achilles-</u>	S 4	2. " " elavan 3. " " madalam 4. " " puudub
	S 7	1. Tervele poolele normis 2. " " madalam 3. " " puudub
<u>patellaar.</u>	T 1	1. Normis 2. Madalam 3. Puudub
<u>plantaar med.-</u>	T 2	1. Normis 2. Madalam 3. Puudub
<u>plantaar lat.-</u>	T 4	1. Normis 2. Madalam 3. Puudub
<u>Röntgenoloogiline no diagnoos</u>	T 7	1. Spondüloos 2. Röntgenoloogiline dgn. - kirurgiline diagnoos 3. Spondüloos + punkt 2. 4. Diagnoos puudub röntgenoloogilise loiu puudusel 5. Spina bifida 6. Üleminekulüüli 7. Diskiprolaps naabervahemikus 8. Osteohondroos 9. Spondüloos ja osteohondroos
<u>Liikvor: valk</u>	U 1	1. Prolapsi vahemik ja allpool - mõõtmata 2. " " " " normis 3. " " " " suurem.
	U 2	1. Ülalpool mõõtmata 2. " " normis 3. " " kõrgenenud
<u>-pleetsütoos</u>	U 4	1. Prolapsi vahemik ja allpool - mõõtmata 2. " " " " normis 3. " " " " kõrgenenud
	U 7	1. Ülalpool mõõtmata 2. " " normis 3. " " kõrgenenud

-epiduraalrõhk	V 1	1. Prolapsi vahemik ja all-mõõtmete
		2. " " " " normis
		3. " " " " puudub
	V 2	1. Ülalpool mõõtmete
		2. " " normis
		3. " " puudub
<u>Neuroloogia</u>	V 4	1. Sirge jala tõstmine ette normis
		2. " " " " mõõd. nõrgen.
		3. " " " " tugev. "
	V 7	1. Reie fleksioon normis
		2. " " " " mõõd. nõrgenenud
		3. " " " " tugevalt "
	X 1	1. Reie ekstensioon normis
		2. " " " " mõõd. nõrgenenud
		3. " " " " tugevalt "
	X 2	1. Sääre fleksioon normis
		2. " " " " mõõd. nõrgenenud
		3. " " " " tugevalt "
	X 4	1. Sääre ekstensioon normis
		2. " " " " mõõd. nõrgenenud
		3. " " " " tugevalt "
	X 7	1. Labajala dorsaalfleks. normis
		2. " " " " mõõd. nõrgen.
		3. " " " " tugevalt "
	Y 1	1. Labajala plantaarfleks. normis
		2. " " " " mõõd. nõrgen.
		3. " " " " tugevalt "
	Y 2	1. Suure varba plantaarfleks normis
		2. " " " " mõõd. nõrgen.
		3. " " " " tugevalt "
	Y 4	1. Suure varba dorsaalfleks normis
		2. " " " " mõõd. nõrgen.
		3. " " " " tugevalt "
	Y 7	1. Põia pronatsioon normis
		2. " " " " mõõd. nõrgenenud
		3. " " " " tugevalt "
	Z 1	1. Põia supinatsioon normis
		2. " " " " mõõd. nõrgen.
		3. " " " " tugevalt "
<u>Diski prolapsi asukoht</u>	Z 2	1. Mediaalne
		2. Lateraalne
		3. Keskasendis
<u>Stadium</u>	Z 4	1. Diski stadium I
	Z 7	2. " " " " II ^a
		3. " " " " II ^b
		4. " " " " II ^c

5. Diski prolapsi staadium III
6. " " " " II - III

Operatsioon

1. On diskil prolaps saas vahemikus
2. Ei ole diskil prolapsi saas vahemikus
3. Ei ole üldse diskil prolapsi

2. Enda uuring
3. Teiste uuring

Perfeksartide läbitöötamise saadud tulemused kanti andmete ja sümptomide alusel tabelitasse. Tabeli andmete põhjal teostati analüüs.

Haiguslugude läbitöötamisel esines haiguslugudes lünki ning ebapiisavaid andmeid (seljalihaste pinged, vibratsiooni-, lokalisatsiooni-, diskriminatsiooni-, kinesteetiline tundlikkus, motorika, lihaste toonused). Sellistel juhtudel sai paralleelselt üldiste andmete analüüsiga teostatud autorite endi poolt uuritud haigete andmete ja sümptomide analüüs ja tulemusi võrreldud.

V M A T E R J A L I A N A L Ü Ü S

1. Üldiseloostus.

Antud töös analüüsiti 151 lumbosakraalse diski prolapsiga haiget, neist 131 haiguslugud andmete põhjal ja 20 autorite endi poolt uuritud. Kõik 151 haiget said opereeritud. 151-st kliiniliselt diagnoositud haigest esines operatsioonil verifitseeritud diski prolaps kliiniliselt diagnoositud lülivahemikus 131 haigel. Ülejäänud 20-st haigest ei leidnud diski prolapsi üldse 3 haigel. 5-l esines diski prolaps naabervahemikus. 12 haigel oli diski prolaps kliiniliselt diagnoositud kahest vahemikust ühes.

131 operatsioonil verifitseeritud juhust (vt. tabelid 1 ja 2, lk. 34) esines diski prolaps ühes lülivahemikus lateraalses asendis 124 haigel, neist $L_5 - S_1$ lülivahemikus 63 haigel, $L_4 - L_5$ lülivahemikus 61 haigel. Ühel pool kahe lülivahemiku diski prolaps ($L_4 - L_5$ ja $L_5 - S_1$ lülivahemikus) esines 3 haigel, bilateraalne diski prolaps ($L_4 - L_5$ ja $L_5 - S_1$ lülivahemikus) 3 haigel. Keskasendi diski prolaps oli ühel haigel.

Ühe lateraalses asendis diski prolapsiga haigetest (124) operatsioonil prolapsi ei leitud samas vahemikus 2 haigel, viiel oli diski prolaps naabervahemikus. Kuuest kliiniliselt diagnoositud bilateraalse diski prolapsiga

haigest kahel ei esinenud ühel pool ja ühel mõlemal pool prolaps (vt. tabel 2). 13-st kliiniliselt diagnoositud kahe diski prolapsiga haigest ühel pool ei leitud ühel lülivahemikus diski prolapsi 10 haiget.

Tabel nr. 1

Diski prolaps ühes lülivahemikus.

	Kliiniliselt diagnoositud d. pr.	Operats. verifitseeritud diski prolapse		Operatiivselt d.pr. ei leitud
		samas vahemikus	naabervahemikus	
L ₄ -L ₅ lülivahemik	66	61	3	2
L ₅ -S ₁ lülivahemik	65	63	2	-

Tabel nr. 2

Diski prolaps kahes lülivahemikus

	Kliiniliselt diagnoositud d. pr.	Operats. verifitseeritud diski prolapse			Op.-l d.pr. ei leitud
		Op. leitud ühes vahemikus	Op.-l d.pr. leitud ühes vahemikus	Op.-l d.pr. leitud ühes vahemikus	
Ühel pool 2 diski prolapsi	13	3	10	-	-
Bilateraalset diski prolapse	6	3	-	2	1

131 operatsioonil verifitseeritud diski prolapsiga haigest olid 72 (54,9%) mehed, 59 (45,0%) naised. Füüsilise töö tegijaid oli 72 (54,9%). Füüsilise tööga ei tegelema 59 haiget (45,1%).

Haigete vanus oli 21-61 aastani. Kõige rohkem haigusjuhtumaid esines vanusrühmas 30 - 40 aastat - 65 (49,6%). Järgnesid vanusrühmad 41 - 50 a. - 39 haiget (29,8%), 21 -30 a. ja 51 - 60 a., kumbaski 13 haiget (9,9%). Üle 60 a. oli 1 haige (0,7%).

Teisi haigusi põdenud ning läbitõetud operatsioonide ja traumadega haiged said jaotatud rühmadesse, millede kaupa on nad ka siin käsitletud. Kõige suurem haigete arv oli grupis sisehaigused + nakkushaigused - 35 (26,7%). Järgnesid grupid sisehaigused + nakkushaigused + trauma - 18 haiget (13,7%), nakkushaigused + operatsioon - 15 haiget (11,4%), sisehaigused - 12 haiget (9,1%), operatsioon + nakkushaigused + sisehaigused, nakkushaigused + trauma + operatsioon ja nakkushaigused, igas 9 haiget (6,8%). Põetud haigused, operatsioonid ja traumad puudusid 12,9% haigetel.

Haigestumises üksikutesse haigustesse, läbitõetud operatsioonide ja traumade seas olid esikoha nakkushaigused (lastenakkused, düsenteeria, morbus Botkini jt.) - põdenud 95 haiget (72,5%). Järgnesid sisehaigused (pneumoonia, pleuriit, maksahaigused jt.) - 81 haiget (61,8%), trauma - 34 haiget (25,3%), operatsioonid - 33 haiget (25,2%).

67 haiget (63,9%) esines anamneesis külmetus, tõstmise või trauma radikuliiti otseselt vallandava faktorina. Selluke oli 39 juhul (29,0%) raskuste tõstmise, 16 juhul (12,7%) külmetus, 12 juhul (9,0%) kukkumised.

59 naisest olid sünnitanud ühe või rohkema lapse 18 (30,5%). Neist kahel (3,4%) tekkisid valud ja arenes radikuliidi pilt keha pärast sünnitust.

Kõigil opereeritud haigetel sai operatsioonil määratud diski prolapsi staadium. I staadiumis diski prolaps ei

esinevad. II^a staadiumis esinesid diskid prolapsse 77 haigel
130-st (59,2%). II^b staadiumis oli prolapsse 32 haigel (24,6%).
III staadiumis 7 haigel (5,3%). Ülejäänud haigetel esinenud
diskid prolapsid ei sobinud ei II ega III staadiumi alla ning
nad märgiti II-III staadiumina. Neid esines 14 haigel (10,8%).

Vastavalt töö eesmärkidele jaotasi autorid haiged
järgmistesse rühmadesse:

I Diski prolaps ühes lülivahemikus

1. L₄ - L₅ lülivahemiku diskid prolapside kliiniline
karakteristika

2. L₅ - S₁ lülivahemiku diskid prolapside kliiniline
karakteristika.

II Diski prolaps kahes lülivahemikus

1. Ühel pool kahe diskid prolapsid (L₄-L₅ ja L₅-S₁
lülivahemikus) kliiniline karakteristika.

2. Bilateraalsed diskid prolapsid (L₄-L₅ ja L₅-S₁
lülivahemikus) kliiniline karakteristika.

III Diskid prolapsid keskseendis.

2. Minne-ristluidiskipro-
lapside kliiniline karak-
teristika.

Kä solevas töös on esitatud analüüs lähtudes diskipro-
lapside asukohast (L_4-L_5 või L_5-S_1 lülivahemikus) ja nende
staadiumidest eesmärgiga välja tuua kliinilisi sümptoom-
komplekse, mis võimaldavad õige teepilise diagnoosi teosta-
mist juba enne operatsiooni.

Peab märkima, et II-III ja III staadiumis haigete vahel
arvu tõttu sai nimetatud staadiumide analüüsil anda vaid
suunavad andmed ning lõplikke järeldusi ei teostatud.

A. Diskiprolaps ühes lüliv-
ahemikus.

1. L_4-L_5 lülivahemiku diskiprolapside kliiniline
karakteristika.

a. Üldandmed.

Selles rühmas esines 61 haiget (46,5%), neist 44 mehed
(72,1%), 17 naised (27,9%). Vanuseline jaotuvus rühmade
järgi oli järgmine: 31 - 40 a. - 31 haiget (50,8%), 41 - 50
a. - 15 haiget (26,4%), 51 - 60 a. - 8 haiget (13,1%) ja
21 - 30 a. - 7 haiget (11,5%). Põhialise tööga tegeles
39 haiget (63,9%).

b. Andmete ja sümptomide analüüs.

1. Anamnees.

Tabel nr 3.

Anamneesi pikkus	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III	
	Haige- te arv (61)	%	Haige- te arv (38)	%	H. a. (11)	%	H. a. (9)	%	H. a. (3)	%
Anamneesi pikkus										
-kuni 1 a.	6	9,8	3	7,7	3	27,3	-	-	-	-
1a.	11	18,0	7	18,4	4	36,4	-	-	-	-
2 a.	7	11,5	4	10,5	-	-	1		2	
3 a.	6	9,8	5	13,1	-	-	1		-	
4 a.	6	9,8	3	7,9	2	18,2	1		-	
5 a.	2	3,3	2	5,3	-	-	-		-	
6- 10 a.	9	14,8	4	10,5	1	9,1	4		-	
Üle 11 a.	14	23,0	10	26,3	1	9,1	2		1	

Kõige suurema rühma moodustasid haiged anamneesi pikkusega üle 11 a. - 14 haiget (23,0%). Järgnesid rühmad anamneesi pikkusega 1 a. - 11 haiget (18,0%), 6 - 10 a. - 9 haiget (14,8%). Üle viie aasta anamneesi pikkus esines 23 haigel (37,7%). Seega esineb enamikul haigetel (62,3%) anamnees pikkusega 1 - 5 aastani.

Stadiumide analüüsil oli rühmas anamneesi pikkusega 1 - 5 a. II^a staadiumis 52,4% haigeid, II^b staadiumis 55,7%, II-III st. 33,3%, III staadiumis 2 haiget. 6-10 a. anamneesiga haigeid oli rohkem II-III staadiumis - 4 haiget ja III staadiumis - 1 haiget. Üle 10 a. anamneesi pikkusega haigeid oli samuti suhteliselt rohkem III staadiumis - 1 haige ja II-III staadiumis - 2 haiget.

2. Retsidiivide arv.

Tabel nr. 4.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III	III
	Haige- te arv (61)	%	Haige- te arv (38)	%	H. a. (11)	%	Haigete arv	Haigete arv
Retsidiivid puu- duvad	21	34,4	17	44,7	3	27,3	-	1
Retsidiiv 1 kord	4	6,6	7	2,7	2	18,2	1	-
" 2 korda	9	14,8	6	15,8	2	18,2	1	-
" 3 " "	10	16,4	7	18,4	-	-	2	1
" üle 3 korra	17	27,9	7	18,4	4	36,4	5	1

Retsidiive esines üldse 40 haigel (65,6%), neist üle 3 korra 17 haigel (27,9%), 3 korda 10 haigel (16,4%), 2 korda 9 haigel (14,8%) ja üks kord 4 haigel (6,6%). Seega suureneb koo retsidiivide arvu tõusuga ka haigete arv.

Stadiumide analüüs näitab analoogset seost retsidiivide ja haigete arvu vahel (vt. tabel 4).

Samaaegselt kasvab retsidiivid arv koos stadiumide kasvuga (vt. tabel).

3. Valu lokaliseatsioon.

Tabel nr. 5.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III	III
	Haige- te arv (61)	%	Haige- te arv (38)	%	H. a. (11)	%	H. a.	H. a.
Spontanne valu - ristluudes	36	57,4	16	42,1	11	100	7	2
- sääre later. pindmikul	30	49,2	23	60,5	3	27,3	3	
- sääre antero- later, pinda.	6	9,8	2	5,3	2	18,2	1	1
- sääre tagum. pindmikul	18	29,5	12	31,6	4	9,1	4	1

-sääres later. ja eesm. pindm.	7	11,5	4	10,5	3	27,3	-	-
-reie tagumine pindmik	20	32,8	10	26,3	4	36,4	4	2
-reie lateraal- sel pindm.	14	23,0	11	28,9	1	9,1	2	-
-reie later. ja tagum. pindm.	7	11,5	5	13,1	1	9,1	1	-
-põlve taga	8	13,1	2	5,3	5	45,5	1	-
-põlve later. pindmikul	2	3,3	1	2,6	1	9,1	-	-
-kannas	3	4,9	3	7,9	-	-	-	-
-pöia later. serval	2	3,3	2	5,3	-	-	-	-
-pöia mediaalsel serval	18	29,5	10	26,3	4	36,4	2	2
-kannas ja later. serval	5	8,2	3	7,9	2	18,2	-	-
-I ja II varbas	22	36,1	9	23,7	6	54,5	5	2
-IV ja V varbas	3	4,9	2	5,3	-	-	1	-

Kõige rohkemal hulgal haigetel esines valu lokaliseatsioon ristluudes - 36 haigel (57,4%). Sääre later. pindmikul esines valu 30 haigel (42,9%), suures ja väikeses varbas 22 haigel (34,1%). Reie taga olid vastavad arvud 20 (32,8%), pöia mediaalsel serval ja sääre tagumisel pindmikul 18 (29,5%), reie lateraalsel pindmikul 14 haigel (23,0%). Teistes piirkondades esines valu tunduvalt vähemal arvul haigetel - 2-8 haigel (3,3 - 13,1%).

Arvestades gruppide sääre 3 lateraalsel - ees" ja reie "lateraalsel + taga" kumbagi komponenti eraldi, näeme, et üldse esines sääre lateraalsel pindmikul valu 37 haigel (60,7%), sääre ees 13 haigel (21,3%), reie taga 27 haigel (44,3%).

Stadiumide analüüsil näeme üldisest sagedamini valu ristluus (vt. tabel nr. 5). Süäre lateraalsel pindmikul koos staadiumid kasvuga näeme valusündroomi intensiivsuse langust (vt. tabel), süäre eesmisel ja tagumisel pindmikul aga intensiivistumist (vt. tabel). Ka haigetel valusündroomiga süäre lateraalsel ja eesmisel pindmikul kasvab valu intensiivsus seoses staadiumide kasvuga (vt. tabel).

Reie taga esineb II^a staadiumis valu kõige vähemal hulgal haigetel - 10 (26,3%). II^b, III staadiumis haigete arv suureneb suhteliselt, vastavalt 4 (36,4%) ja 2-3-st. Valu lokaliseerimisel reie lateraalsel ja ning lateraalsele ja taha näeme staadiumide suurenedes valusündroomi vähenemist (vt. tabel).

Labajalal (põia mediaalsel, lateraalsel serval, varvastes) näeme valusündroomiga haigete arvu tõusu koos staadiumide suurenemisega (vt. tabel).

§. Lumbaallordoosi muutused.

Tabel nr. 6

	Üldsa		II ^a		II ^b		II-III		III	
	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%	H. a.		H. a.	
	(61)		(38)		(11)		(9)		(3)	
Lumbaallordoosi lamene mine	31	50,8	21	55,2	1	9,1	6		3	
Lumbaallordoosi asendumine küfoosiga	6	9,8	4	10,5	1	9,1	1		-	

Lumbaallordoosi lamene mine esineb 31 haigel (50,8%), asendumine küfoosiga 6 haigel (9,8%).

Kõige rohkem esineb lumbaallordoosi lamene mist II^a

staadiumis, samuti II-III ja III staadiumis vastavate arvudega 24 haiget (63,2%), 6 haiget ja 3 haiget. Lumbaallordoosi asendamist küfeosiga esines kõige rohkem II-III staadiumis - 1 haigel ja II^B staadiumis - 4 haigel (10,5%).

5. Skolioos.

Tabel nr. 5.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III	III
	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%	Haigete arv	Haigete arv
	(61)		(38)		(11)		(9)	(3)
Skolioos pare- male/diski prolaps pare- mal	28/14	45,9/ 50,0	19/ 10	50,0/ 52,6	3/ 3	27,3/ 100,0	5/ 1	1/ 0
Skolioos vasa- kule/diski prolaps vasa- kul	27/17	41,3/ 63,3	17/ 9	44,7/ 52,9	7/ 5	63,6/ 71,4	2/ 2	1/ 1

Skolioos paremale esines 28 haigel (45,9%), nendest oli diski prolaps paremal pool 14 haigel (50,0%). Vasakule esines skolioos 27 haigel (44,3%), nendest oli diski prolaps vasakul pool 17 haiget (62,9%). Kokku esines skolioosi 55 haigel (90,2%), neist diski prolaps esines skolioosi pool 31-1 haigel (56,3%).

Staadiumidest esines skolioosiga haigeid kõige rohkem II^a staadiumis - kokku 36 haiget (94,7%), II^b staadiumis oli vastav arv 10 (90,9%). III staadiumis esines skolioosiga haigeid 2. II^a staadiumis oli skolioosipoolse diski prolapsiga haigeid 19 (52,6%), II^b staadiumis 8 haiget (80,0%). III staadiumis 1 haige.

Autorite poolt uuritud 10 haigel diski prolapsiga

L₄- L₅ lülivahenikus esines skolioos haige püsti asendie 8 haigel. Istudes 6 haigel skolioos vähenes või kadus, kahel jäi püsima. Istudes ette kumardamisel suurenes skolioos samale poole 2 haigel.

6. Seljalihaste pinge.

Tabel nr.8.

Üldse

	II ^a		II ^b		II-III	III	
	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%	Haigete arv	H. a.	
	(61)		(38)		(9)	(3)	
Seljalihaste pinge paremal/ d. pr. pare- mal	18/ 9	29,5/ 50,0	11/ 7	28,2/ 63,6	4/ 2	36,4/ 50,0	2/ 0
Seljalihaste pinge vass- kul/d. pr. vasakul	8/ 5	13,1/ 62,5	4/ 2	10,5/ 50,0	3/ 2	27,3/ 66,6	1/ 0

Kokku esines seljalihaste pinget 24 haigel (42,6%), neist diskil prolapsi poolel 14-1 (53,6%).

Stadiumidest esines seljalihaste pinget kõige rohkem II^b staadiumis - 24 haigel (63,7%), neist diskil prolapsi poolel 4 haigel (57,1%). II^a staadiumis olid vastavad arvud 15 (42,6%) ja 9 (68,0%), II-III ja III staadiumides vastavalt 3-1 ja 1-1 haigel.

Autorite endi poolt uuritud haigetel esines seljalihaste pinget 4 haigel (40,0%), neist diskil prolapsiga samal pool 3 haigel (75,0%). Stadiumide analüüs vähesel materjalil tähttu ei ole teostatav.

7. Selgroo painutamine.

Tabel nr.9.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III	III
	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%	Haigete arv	Haigete arv
	(61)		(38)		(11)		(9)	(3)
Selgroo painut.								
-ette vaba	16	25,6	12	31,6	1	9,1	2	1
- " nõõduk. piirat.	24	39,3	18	47,4	4	36,4	2	-
- " tugevalt piirat.	21	34,4	8	21,1	6	54,5	5	2
-taha vaba	17	29,9	13	34,2	1	9,1	3	-
- " nõõduk. piirat.	25	41,0	14	36,8	5	45,5	3	3
- " tugevalt piiratud	19	31,1	11	28,9	5	45,5	3	-
-paremale vaba	38	62,3	26	68,4	5	45,5	4	3
- " nõõduk. piirat.	20/ 6	37,8/ 30,0	10/ 3	26,3/ 30,0	6/ 2	54,5/ 33,3	4/ 1	-
- " tugevalt piirat	3/ 2	11,5/ 85,7	2/ 1	5,3 50,0	-	-	1/ 0	-
-vasakule vaba	37	60,7	31	81,5	-	-	6	-
- " nõõduk. piirat.	11/ 6	18,0/ 54,5	5/ 3	13,1/ 60,0	3/ 1	27,3/ 33,3	2/ 1	1/ 1
- " tugevalt piirat.	7/ 6	11,5/ 85,7	2/ 1	5,3/ 50,0	4/ 5	36,4/ 100	1/ 1	-

Selgroo painutamise ette osutus nõõdukalt piiratuks 24 haigel (39,3%), tugevalt piiratuks 21 haigel (34,3%), kokku 45 haigel (73,6%).

Kõige enam oli painutamise takistatud (nõõdukalt + tugevalt) II^b staadiumis - 10 haigel (91,0%). Järgnesid II-III staadium 7 haigega, II^a staadium 26 haigega (68,5%) ja III staadium 2 haigega.

Sirutamise oli nõõdukalt piiratud 25 haigel (41,0%), tugevalt 19 haigel (31,1%), kokku 44 haigel (72,3%).

Stadiumidest esines kõige rohkem selgroo sirutuse takistusega haigeid II^b stadiumis - 10 haiget (91,0%). III stadiumis oli sirutuse piiratusena haigeid 3, II-III stadiumis 6, II^a stadiumis 25 (65,7%).

Selgroo külgedele painutuse piiratus esines 41 haigel (67,2%), neist diski prolapsi poolele 20 haigel (60,0%).

Stadiumidest oli selgroo painutus kõige rohkem takistatud II^b stadiumis - 13 haigel (59,0%), neist diski prolapsi poolele 7 haigel (53,8%). II^a stadiumie olid vastavad arvud 19 (50,0%) ja 9 (50,0%). II-III ja III stadiumis oli selgroo painutamise piiratus külgedele vähesem.

8. Paraspinoossed valupunktid.

Tabel nr.10

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III	III
	Haige- te arv	%	Üldse- te arv	%	Haige- te arv	%	Haigete arv	Haigete arv
	(61)		(38)		(11)		(9)	(3)

Paraspinoossed valupunktid punduvad

	18	29,5	15	24,6	3	27,3	-	-
L ₅ -S ₁ lülivahemik paremal	2	3,3	2	5,3	-	-	-	-
L ₅ -S ₁ lülivahemik vasakul	2	3,3	-	-	1	9,0	1	-
L ₅ -S ₁ lülivahemik bilateraalselt	-	-	-	-	-	-	-	-
L ₄ -L ₅ lülivahemik paremal	7	11,5	4	10,5	2	18,5	1	-
L ₄ -L ₅ lülivahemik vasakul	12	19,6	6	15,8	4	36,5	1	1
L ₃ -L ₄ lülivahemik paremal	2	3,3	1	2,6	-	-	1	-
L ₃ -L ₄ lülivahemik vasakul	3	4,9	2	5,3	-	-	-	1
L ₃ -L ₄ lülivahemik bilateraalselt	1	1,6	1	2,6	-	-	-	-
L ₄ -L ₅ ja L ₅ -S ₁ lülivahemik sin.	2	3,3	2	5,3	-	-	-	-
L ₄ -L ₅ ja L ₅ -S ₁ lülivahemik dx.	2	3,3	1	2,6	-	-	1	-

L ₄ -L ₅ ja L ₅ -S ₁ lülivahemik bilateralselt	1	1,6	-	-	-	-	1	-
L ₃ -L ₄ ja L ₄ -L ₅ lülivahemik ⁴ sin.	5	8,2	1	2,6	1	9,0	3	-
L ₃ -L ₄ ja L ₄ -L ₅ lülivahemik dx.	2	3,3	1	9,6	-	-	-	-
L ₁ -L ₂ ja L ₂ -L ₃ lülivahemik dx.	1	1,6	1	2,6	-	-	-	-
L ₂ -L ₃ ja L ₃ -L ₄ lülivahemik dx.	1	1,6	1	2,6	-	-	-	-

Kõige rohkemal hulgal haigetel esines paraspinosaalne valulikkus L₄-L₅ lülivahemiku kõrgusel - 19 haiget (31,1%), kõigil diski prolapsi poolel. L₃-L₄ ja L₄-L₅ lülivahemiku kõrgusel korraga esines paraspinosaalne valulikkus 7 haigel (11,5%), samuti kõik diski prolapsi poolel. Ainult L₃-L₄ lülivahemiku kõrgusel esines paraspinosaalne valulikkus 5 haigel (8,2%), kõik diski prolapsi poolel. L₅-S₁ lülivahemiku kõrgusel esines valulikkus 4 haigel (6,6%), samuti kõigil diski prolapsi poolel. Üksikutele haigetel esines valulikkus ka teiste lülivahemike kõrgusel (vt. tabel nr.10).

Stadiumide analüüs näitab paraspinosaalsete valupunktide arvu vähenemist seoses diski prolapsi stadiumide suurenemisega. Kii esineb L₄-L₅ lülivahemiku kõrgusel paraspinosaalne valulikkus II^a stadiumis 10 haigel (16,0%), II^b stadiumis 4 haigel (9,8%), II-III stadiumis 2 haigel. L₅-S₁ lülivahemiku kõrgusel esineb paraspinosaalne valulikkus II^a stadiumis 2 haigel (3,3%), II^b stadiumis 1 haigel (9,0%), II-III stadiumis 1 haigel.

Autorite poolt nuritud haigetel haige püsti ja pikali asendis paraspinosaalsetes valupunktides erinevusi ei esine nud.

9. Kellasümptoom.

tabel nr. 11

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III	
	Haige- te arv (61)	%	Haige- te arv (38)	%	Haige- te arv (11)	%	Haigete arv (9)	%	Haigete arv (3)	%
Kellasümptoom positiivne	26	42,6	15	39,5	3	27,3	6		2	
Kellaümptoom negatiivne	35	57,4	23	60,5	8	72,7	3		1	

Stadiumidest esineb kellasümptoom positiivsena kõige rohkem II-III ja III staadiumis (vt. tabel).

Autorite poolt uuritud 10-st haigest esines kellaümptoom seisest positiivsena 4 haigel, neist istudes puudus 2-l. Ühel juhul oli kellasümptoom istudes positiivne, seisest negatiivne.

10. Nervi kulu palpatsioon

Tabel nr. 12.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III	
	Haige- te arv (61)	%	Haige- te arv (38)	%	Haige- te arv (11)	%	Haigete arv (9)	%	Haigete arv (3)	%
Nervi kulg va- lutu	43	70,5	27	71,5	6	54,5	7		3	
Kogu kulg valu- lik	6	9,8	2	5,3	3	27,3	1		-	
Nervi kulg valu- lik tuharal	6	9,8	4	10,5	2	18,2	-		-	
-põlveõndlas	1	1,6	1	2,6	-	-	-		-	
-tuharal ja põlveõndlas	4	6,6	4	10,5	-	-	1		-	
-põlveõndlas ja säärel	1	1,6	-	-	1	9,1	-		-	

Suuremal hulgal haigetel n. ischiadica' se kulu palpat-

sioonil valulikkust ei esinenud - 43 haiget (70,5%). Ülejäänud 18 haigest oli kogu närvi kulg valulik 6 haigel (9,8%), tuharal samuti 6 haigel. Valulikkus palpatsioonil tuharas ja põlveõndlas esines 4 haigel (6,6%). Põlveõndlas ja põlveõndlas + säärel oli närvi kulg palpatsioonil valulik kummagi juhul ühel haigel (1,6%).

Kokku esines närvi kulu palpatsioonil valulikkus tuharal 16 haigel (26,2%), põlveõndlas 12 haigel (19,6%), säärel 8-1 (12,5%) ja reiel 6-1 haigel (9,9%).

Stadiumide analüüsil võis täheldada II^b staadiumis palpatsioonil närvi kulu valulikkuse suurenemist, II-III staadiumis aga langust. III staadiumis närvi kulu palpatsioonil valulikkus puudus (vt. tabel nr. 12).

11. Laseque, Brudzinski, Kernigi ja Neri sümptomid.

Tabel nr. 13.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III	
	Haigete arv	%	Haigete arv	%	Haigete arv	%	Haigete arv	%	Haigete arv	%
	(61)		(38)		(11)		(9)		(3)	
Laseque sümpt.										
-negatiivne	8	13,1	4	10,5	2	18,2	1		1	
-mõõdukalt										
positiivne	22	36,0	16	42,1	1	9,1	4		1	
-tugevalt										
positiivne	1	1,6	-	-	1	9,1	-		-	
-kontralater.										
mõõd. posit.	1	1,6	1	2,6	-	-	-		-	
-- tugev. posit.	1	1,6	-	-	1	9,1	-		-	
-subjektiivselt										
valulik	4	6,6	3	7,9	1	9,1	-		-	
-dx. tugev..										
sin. mõõduk.										
positiivne	4	6,6	2a	5,3	2d	18,2	-		-	
dx. mõõdukalt..										
sin. tugevalt										
positiivne	4	6,6	1s	2,6	2d	18,2	1		-	
-homolater.-										
kontralater.	16	25,6	11	28,9	1	9,1	3		1	

Brudzinski ülem. sümptoom							
-positiivne	1	1,6	-	-	1	9,1	-
Brudzinski alum. sümptoom posit.	2	3,3	-	-	2	18,2	-
Kernigi sümptoom positiivne	6	9,8	3	7,9	2	18,2	4
Meri sümptoom positiivne	5	8,2	3	7,9	1	9,1	-

Laseque sümptoom oli enamikul haigetel positiivne - 53 haigel (76,9%). Mõdukalt positiivne Laseque sümptoom diskil prolapsi poolisel jalal esines 22 haigel (36,8%), tugevalt positiivne 1 haigel (1,6%). Kokku oli Laseque sümptoom diskil prolapsi poolisel jalal positiivne 23 haigel (37,6%). Homo- ja kontralateraalset esines Laseque sümptoom positiivse- na 16 haigel (25,6%). Rühmas "parem tugevalt, vasak mõdu- kalt" positiivne esines Laseque sümptoom positiivse- na 4 haigel (6,6%), neist 2 oli diskil prolapsi paremal pool (50,0%), 2-1 vasakul pool (50,0%). Rühmas "paremal mõdukalt, vasa- ku tugevalt" esines Laseque sümptoom positiivse- na 4 haigel (6,6%), neist kahe oli diskil prolapsi paremal, kahe vasakul (50,0%). Laseque sümptoom oli subjektiivselt valulik 4 haigel (6,6%). Laseque sümptoom oli kontralateraalset mõ- dukalt ja tugevalt positiivne kummalgi ühel haigel (1,6%).

Stadiumides esines Laseque sümptoom positiivse- na suuremal hulgal haigetel II^a ja II^b stadiumis. II-III ja III stadiumis oli Laseque sümptoom positiivne vähemal hulgal haigetel.

Brudzinski sümptoom (ülemine) oli positiivne ühel haigel (1,6%), alumine 2 haigel (3,3%). Võrdluseks teostatud analüüs autorite endi poolt uuritud haigetel (10) esines Brudzinski ülemine sümptoom positiivse- na 1 haigel, alumine 2 haigel.

Kernigi sümptoom oli positiivne 6 haigel (9,8%), autori-

endi poolt uuritud haigetest 5-1.

Positiivne Keri sümptom esines 5 haigel (8,2%), autorite endi poolt uuritud haigetest 2-1.

Stadiumide analüüs näitab positiivsete Kernigi ja Keri sümptomide suuremat esinemist II^b staadiumis (vt. tabel nr. 13). III staadiumis nimetatud sümptomid positiivseks ei esinenud.

12. Lihaste toonus.

Tabel nr.14.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III	
	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%
	(61)		(38)		(11)		(9)		(3)	
Lihaste toonus										
-gluteaalgr.										
norm	31	50,8	17	45,5	2	66,6	7		2	
alanenud	30	49,2	21	55,3	6	54,5	2		1	
-reiel norm	34	55,7	22	47,8	7	63,6	3		2	
alanenud	27	44,3	16	42,1	4	36,4	6		1	
-sääril norm	25	41,0	14	36,8	6	54,5	5		-	
alanenud	36	57,4	24	63,2	5	45,5	4		3	

Lihaste toonus oli kõige enam alanenud säärel (Tagumisees grupis) - 36 haigel (57,4%). Gluteaalgrupis esines teonuse langus 30 haigel (49,2%), reiel 27 haigel (44,3%).

Gluteaalgrupis ja reiel staadiumide tõusuga lihaste hüpotooniaga haigete arv langeb (vt. tabel nr. 14). Sääril seevastu koos staadiumide suurenemisega lihaste teonuse langasga haigete arv tõuseb (vt. tabel nr. 14).

Autorite endi poolt uuritud haigetest (10) esines haige seisus tuharalihaste hüpotoonia 5 haigel, lamades 4 haigel. Reielihaste hüpotoonia oli püsti asendis 7 haigel, lamades

6 haigel, suure lihaste hüpotoonia haige püsti asendis 4 haigel, lamades samuti 4-1 haigel.

13. Fibrillaarsed tõmbused ja paresteesiad.

Tabel nr. 15.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III	
	Haige- te arv (61)	%	Haige- te arv (38)	%	Haige- te arv (11)	%	Haige- te arv (9)	%	Haige- te arv (3)	%
Fibrillaarsed tõmbused	3	4.9	1	2.6	1	9.1	1		-	
Paresteesiad	1	1.6	-	-	1	9.1	-		-	

Fibrillaarseid tõmbusi esines suhteliselt rohkem II^b ja II-III staadiumis. Paresteesiad esines ainult ühel haigel II^b staadiumis.

14. Lihaste atroofia.

Tabel nr. 15.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III	
	Haige- te arv (61)	%	Haige- te arv (38)	%	Haige- te arv (11)	%	Haige- te arv (9)	%	Haige- te arv (3)	%
Lihaste atroofia										
-reiel vähe	8	13.1	6	15.8	1	9.1	1		-	
- " märke- valt	9	14.8	5	13.1	2	18.2	2		-	
-särrel vähe	20	32.8	10	26.3	4	36.4	4		2	
- " märga- tavalt	7	11.5	3	7.9	3	27.3	1		-	

Lihaste atroofia esines särrel mõeldukalt 20 haigel (32.8%), tugevalt 7 haigel (11.5%). Kokku esines särrel atroofiaid 27 haigel (44.3%). Reiel esines mõeldukas atroofia 8 haigel

(13,1%), tugev 9 haigel (14,8%), kokku 17 haigel (27,8%).

Stadiumidest esines reiel atroofiat II^a staadiumis 11 haigel (28,9%), II^b staadiumis 3 haigel (27,3%); säärel II^a staadiumis 13 haigel (34,2%), II^b staadiumis 7 haigel (63,7%). III staadiumis 2 haigel.

15. Tundlikkus.

Tabel nr. 17.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III
	Haige- te arv (61)	%	Haige- te arv (38)	%	Haige- te arv (11)	%	Haige- te arv (9)	%	H. a. (3)

Valutundlikkus

-reie tagum pinda.									
norm	56	93,1	35	92,1	9	81,8	9		3
alanenud	4	6,6	3	7,9	1	9,1	-		-
kõrgenenud	1	1,6	-	-	1	9,1	-		-
-reie later.pinda.									
norm	44	72,1	27	71,5	9	81,8	7		1
alanenud	17	27,9	11	28,9	2	18,2	2		2
kõrgenenud	-	-	-	-	-	-	-		-
-reie eesm- pinda.									
norm	48	78,7	33	86,8	9	81,8	4		2
alanenud	11	18,0	5	13,1	-	-	1		5
kõrgenenud	-	-	-	-	-	-	-		-
-sääre tagum pinda.									
norm	57	93,4	37	95,8	8	72,7	9		3
alanenud	3	4,9	1	2,6	-	-	-		-
kõrgenenud	1	1,6	-	-	1	9,1	-		-
-sääre later. pinda.									
norm	31	50,8	18	47,7	9	81,8	4		-
alanenud	28	45,9	18	47,7	2	18,2	5		3
kõrgenenud	2	3,3	2	5,3	-	-	-		-
-sääre anterolater- pinda. norm	28	45,9	16	42,1	8	72,7	3		1
alanenud	30	49,2	19	50,0	6	27,3	6		2
kõrgenenud	3	4,9	3	7,9	-	-	-		-
-sääre ja reie med. pinda. norm	59	96,7	38	100,0	10	90,9	8		3
alanenud	1	1,6	-	-	-	-	1		-
kõrgenenud	1	1,6	-	-	1	9,1	-		-

-põia med. serval								
norm	31	50,8	18	47,7	7	63,6	5	1
alanenud	27	44,3	18	47,7	3	27,3	4	2
kõrgenenud	3	4,9	2	5,3	1	9,1	-	-
--põia lat. serval								
norm	40	65,6	26	68,4	9	81,8	4	1
alanenud	21	34,4	12	31,6	2	18,2	5	2
kõrgenenud	-	-	-	-	-	-	-	-
-tuharaal								
norm	58	95,8	37	95,8	9	81,8	9	3
alanenud	3	4,9	1	2,6	2	18,2	-	-
kõrgenenud	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Asenditundlikkus</u>								
normis	61	100,0	38	100,0	11	100,0	9	3
häiritud	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Vibratsioonitundlikkus</u>								
-patellaal								
norm	59	96,7	36	94,7	11	100,0	9	3
alanenud	2	3,3	2	5,3	-	-	-	-
-malleolus.med.								
norm	56	91,8	34	89,4	11	100,0	8	3
alanenud	5	8,2	4	10,5	-	-	1	-
-malleolus.lat.								
norm	57	93,4	35	92,1	11	100,0	8	3
alanenud	4	6,6	3	7,9	-	-	1	-
-väike varvas								
norm	54	88,5	35	92,1	10	80,9	7	2
alanenud	7	11,5	3	7,9	1	9,1	2	1
-suur varvas								
norm	50	82,0	31	81,5	8	72,7	9	2
alanenud	11	18,0	7	18,4	3	27,3	-	1
<u>Puute -, valu-, temperatuuri tundl. ühtuvad</u>								
---- ei ühtu	23	37,7	13	34,2	4	36,4	4	2

a. Valutundlikkus.

Kõige rohkem oli valutundlikkus alanenud sääre antero-lateraalsel pindmikul - 30 haigel (49,2%) ja sääre lateraalsel pindmikul - 28 haigel (45,9%). Põia mediaalsel serval olid vastavad arvud 27 (34,4%), põia lateraalsel serval 21 (34,4%). Sääre lateraalsel pindmikul esines valutundlikkuse alanemine

17 haigel (27,9%), reie eesmisel pindmikul 11 haigel (18,0%). Teistes piirkondades oli valutundlikkus alanenud tunduvalt vähem (1,6 - 6,6% haigetel).

Valutundlikkuse kõrgenemine esines sääre anterolateraal-
sel pindmikul ja põia mediaalsel seal kunnalgi kolmel haigel
(4,9%), sääre lateraalsel pindmikul 2 haigel (3,5%).

Staadiumid. II^a staadiumis esines sääre eesmisel pind-
mikul valutundlikkuse langusega haigeid 19 (50,0%), II^b
staadiumis 3 (27,3%), II-III ja III staadiumis kunnaski 2.
Sääre lateraalsel pindmikul esines valutundlikkuse langus
II^a staadiumis 18 haigel (47,7%), II^b staadiumis 2 haigel
(18,2%), II-III staadiumis 5 haigel, III staadiumis 3 haigel.
Põia mediaalsel pindmikul olid vastavad arvud II^a staadiumis
18 (47,7%), II^b staadiumis 3 (27,3%), II-III staadiumis 4
ja III staadiumis 2. Reie eesmisel pindmikul oli II^a staadiu-
mis valutundlikkuse langusega haigeid 5 (13,1%), II^b staadiumis
valutundlikkuse langusega haigeid ei esinenud, II-III staadiu-
mis 5 ja III staadiumis 1. Reie lateraalsel pindmikul
langes II^a staadiumis valutundlikkus 17 haigel (27,9%), II^b
staadiumis 2 haigel (18,2%), II-III staadiumis 2 haigel.

Toodud andmetest näeme, et valutundlikkuse madaldumisega
haigete arv on kõige suurem II-III ja III staadiumis ning
väiksem II^b staadiumis, võrreldes nii II-III, III kui ka
II^a staadiumiga.

b. Asenditundlikkus.

Asenditundlikkuse häireid ei esinenud.

c. Vibratsioonitundlikkus.

Vibratsioonitundlikkus oli kõige rohkem alanenud suurel
varbal - 11 haigel (18,0%). Väikesel varbal esines
vibratsioonitundlikkuse alanemine 7 haigel (11,5%). Järgne-

sid malleolus medialis, malleolus lateralis ja patella (vt. tabel nr. 17).

Stadiumid analüüsi esines kaugemalearenenud staadiumides (II-III, III) suhteliselt rohkem vibratsioonitundlikkuse langusega haigaid (vt. tabel nr. 17).

Autorite endi poolt uuritud haigetest esines vibratsioonitundlikkuse alanemisega haigaid järgmiselt: suurel varbal alanenud 3 haiget (10-st), väikesel varbal 2-1. Mujal vibratsioonitundlikkuse häireid ei esinenud.

Teised tundlikkuse liigid olid häireteta.

16. Refleksid.

Tabel nr. 18.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III	III
	Haige- te arv (61)	%	Haige- te arv (38)	%	Haige- te arv (11)	%	Haige- te arv (9)	Haige- te arv (3)
<u>Achilles-refleks</u> (haiguspoolne)								
-madalam	19	31,1	12	31,6	5	45,5	2	-
-puudub	5	8,2	2	5,3	-	-	1	2
-kõrgem	1	1,6	-	2,6	-	-	-	-
(tervel poolal)								
-madalam	1	1,6	1	2,6	-	-	-	-
-puudub	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Patellaarrefleks</u>								
-normis	53	86,9	32	84,2	10	90,9	9	2
-madalam	7	11,5	6	15,8	-	-	1	-
-puudub	1	1,6	-	-	1	9,1	-	-
<u>Plantaarrefleks</u> mediaalne								
-norm	43	70,7	28	73,7	10	90,9	5	-
-madalam	16	25,6	9	23,7	-	-	4	3
-puudub	2	3,3	1	2,6	1	9,1	-	-
lateraalne								
-norm	44	72,1	28	73,7	10	90,9	6	-
-madalam	16	25,6	9	23,7	1	9,1	3	3
-puudub	1	1,6	1	2,6	-	-	-	-

Achilles-refleksi muutustest esines kõige rohkemal hulgal haigetel Achilles-refleksi madaldumine - 19 haigel (31,1%). Achilles refleksi oli puudu 5 haigel (8,2%).

Stadiumidest oli Achilles-refleksi kõige rohkem madaldunud II^a ja II^b stadiumis (vt. tabel nr 18), puudus rohkem II^a ja III stadiumis (vt tabel)

Patellaarrefleksi muutustest esines diskri prolapsi poolsel jalal kõige rohkemal hulgal haigetel patellaarrefleksi madaldumine - 7 haigel (11,5%). Patellaarrefleksi puudus 1 haigel (1,6%).

Stadiumidest oli patellaarrefleksi madaldunud II^a stadiumis 6 haigel (15,8%), III stadiumis 1 haigel.

Plantaarrefleks. Mediaalse plantaarrefleksi madaldumise esines 16 haigel (25,6%), puudumine 2 haigel (3,3%). Stadiumidest mediaalne plantaarrefleksi oli kõige madalam II^a stadiumis, puudus suhteliselt kõige rohkem II^b stadiumis (vt. tabel)

Lateraalse plantaarrefleksi madaldumine esines 16 haigel (25,6%), puudumine 1 haigel (1,6%). Stadiumidest esines kõige suurem plantaarrefleksi madaldumine II^a ja III stadiumis, puudumine II^a stadiumis (vt. tabel).

17. Motoorika.

Tabel nr.19.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III	
	Haige-	te arv	Haige-	te arv	Haige-	te arv	Haige-	te arv	Haige-	te arv
	(61)		(38)		(11)		(9)		(3)	

Sirge jala tšest-
mine ette
normis
mõduk.
piirat.

55	90,2	37	95,0	9	81,8	7	2
5	8,2	1	2,6	1	9,1	2	1

tugevalt piiratud	1	1,6	-	-	1	9,1	-	-
Reie painutamine								
norm	61	100,0	38	100,0	11	100,0	9	3
mõõd. piirat.	-	-	-	-	-	-	-	-
tugev. "	-	-	-	-	-	-	-	-
Reie sirutamine								
norm	61	100,0	38	100,0	11	100,0	9	3
mõõd. nõrgen.	-	-	-	-	-	-	-	-
tugev. "	-	-	-	-	-	-	-	-
Suure painutamine								
norm	57	93,4	36	94,7	11	100,0	7	3
mõõd. nõrgen.	4	6,6	2	5,3	-	-	2	-
tugev. "	-	-	-	-	-	-	-	-
Suure sirutamine								
norm	5	90,2	35	92,1	10	90,9	7	3
mõõd. nõrgen.	6	9,8	3	7,9	1	9,1	2	-
tugev. "	-	-	-	-	-	-	-	-
Labajala dorsaal-								
flexioon								
norm	40	65,6	20	68,4	5	45,5	7	2
mõõd. nõrgen.	18	29,5	12	31,6	4	36,4	2	-
tugev. "	3	4,9	-	-	2	18,2	-	1
Labajala plantaar-								
flexioon								
norm	55	90,2	35	92,1	8	88,8	8	3
mõõd. nõrgen.	6	9,8	3	7,9	2	18,2	1	-
tugev. "	-	-	-	-	-	-	-	-
Suure varba plan-								
taarfleksioon								
norm	56	91,8	35	92,1	10	90,9	8	3
mõõd. nõrgen.	3	4,9	2	5,3	1	9,1	-	-
tugev. "	2	3,3	1	2,6	-	-	1	-
Suure varba dor-								
saalfleksioon								
norm	23	37,7	14	36,8	4	36,4	3	2
mõõd. nõrgen.	27	44,3	19	50,0	3	27,3	5	-
tugev. "	1	18,0	5	13,1	4	36,4	1	1

Kõige suuremad mootorika muutused esinesid suure varba dorsaalfleksioonis (vt. tabel nr. 19). Suure varba dorsaalfleksioon oli kokku (mõeldukalt - tugevalt) nõrgenenud 38 haigel (62,3%). Labajala dorsaalfleksioon (vt. tabel) oli kokku nõrgenenud 21 haigel (34,4%). Teistes funktsioonides olid muutused väiksemad (vt. tabel).

Kõrvutades ülaltoodud andmeid autorite endi poolt uuritud haigete motorika muutustega, näeme, et tulemused ühtivad, oletades ainult 1/2-lt eelpooltoodud andmeid. Nii esines suure varba dorsaalfleksiooni mõõdukas nõrgenemine 10-st haigest 2-1, tugev nõrgenemine 4-1 haigel, kokku 6-1 haigel. Labajala dorsaalfleksiooni mõõdukas nõrgenemine esines 5 haigel, tugev nõrgenemine 1 haigel, kokku 6 haigel. Säär sirutus oli nõrgenenud 4 haigel, sirge jala tõstmine ette 5 haigel, sääre painutus 3 haigel.

Stadiumide analüüsil näeme motorika häirete suuremat esinemist II^b ja II-III stadiumis (vt. tabel nr.19).

18. Röntgenoloogiline selgroo uuring.

Tabel nr. 20

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III
	Haige- te arv (63)	%	Haige- te arv (36)	%	Haige- te arv (11)	%	Haige- te arv (9)	%	R. n. (3)
Spondüloos	4	6,6	3	7,9	-	-	1	-	-
Rõ dgn.-kir.dgn.	19	31,1	8	21,1	7	63,6	4	-	-
Spondüloos - punkt 2	3	4,9	3	7,9	-	-	-	-	-
Diagnoos puudub rõ-leiu puuduse	12	20,0	9	23,7	1	9,1	1	-	1
Spina bifida	9	14,8	5	13,1	2	18,2	2	-	-
Üleminekulüüli	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D. pr. naaber- vahemikus	2	3,3	2	5,3	-	-	-	-	-
Osteohondroos	9	14,8	6	15,8	1	9,1	-	-	2
Spondüloos ja osteohondroos	3	4,9	2	5,3	-	-	1	-	-

Spondülogrammid olid teostatud kõigil 61 haigel. Kõige rohkemal hulgal haigetel diagnoositi diski prolapsi L₄-L₅ ülivahemikus. Järgnesid haiged ilma diagnoosita röntgenoloogilise leiu puuduse, diagnoosid: spina bifida, osteohondroos, spondüloos jt. (vt. tabel nr. 20).

Kuna antud juhul olid röntgenoloogilised diagnoosid gruppeeritud rühmadeks, ei saanud täielikku ülevaadet üksikute diagnooside esinesissageduse kohta. Ühe või teise diagnoosi esinesissagedus on toodud L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapside röntgenoloogilise uuringu analüüsi- (vt.).

19. Liikvor.

Diski prolapsi vahemikus ja sellest allpool oli liikvor uuritud 34 haigel (55,7%), diski prolapsi vahemikust ülalpool 31 haigel (50,8%). Diski prolapsi vahemikus ja allpool oli valg kõrgenenud 5 haigel (14,7%), ülalpool samuti 5 haigel. Pleoteetees oli diski prolapsi vahemikus ja allpool suurenenud 3 haigel (8,8%), ülalpool samuti 3 haigel (9,3%). Epiduraalrõhk puudus vastavalt 2 ja 3 haigel.

Mimstatud liikvori muutused esinesid kõik kas II^a või II^b staadiumis. II-III ja III staadiumis liikvori muutusi ei esinenud.

2. L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapside kliiniline
karakteristika.

a. Üldandmed.

Haigeid ühe diski prolapsiga L₅-S₁ lülivahemikus oli 63 (53,5%). Neist olid 39 meest (63,4%) ja 24 naised (36,6%). Vanuseliselt koosseisult esines kõige rohkem haigeid rühmas 31 - 40 a. - 32 (50,8%). Järgnesid vanuserühmad 41 - 50 a. - 23 haiget (36,5%), 21 - 30 a. - 6 haiget (9,5%) ja 51 - 60 a. - 2 haiget (3,1%). Teistes vanuserühmades haigeid ei esinenud. Püsilise tööga tegeles 45 haiget (71,4%).

b. Andmete ja sümptomide analüüs.

1. Anamnees.

Tabel nr. 21.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III
	Haige-	%	Haige-	%	Haige-	%	Haige-	%	H.
	te arv		te arv		te arv		te arv		a.
	(63)		(34)		(21)		(5)		(3)
Anamneesi pikkus									
kuni 1 a.	5	7,9	3	8,8	2	9,5	-	-	-
1 a.	10	15,8	6	17,6	3	14,3	-	1	1
2 a.	7	11,1	4	11,6	3	14,3	-	-	-
3 a.	1	1,6	1	2,9	-	-	-	-	-
4 a.	8	12,7	5	14,7	3	14,3	-	-	-
5 a.	2	3,2	1	2,9	-	-	1	-	-
6 - 10 a.	14	22,2	8	22,6	3	14,3	1	2	2
üle 11 a.	16	25,4	6	17,6	7	33,3	2	1	1

Kõige suurema rühma moodustasid haiged anamneesi pikkusega üle 11 a. - 16 (25,4%). Järgnes rühm 6 - 10 a. - 14 haiget (22,2%). 1 a. pikkuse anamneesiga esines 10 haiget (15,8%), 4 a. anamneesi oli 8 haiget (12,7%), 2 a. anamneesi

7 haigel (11,1%).. Kokku esines anamneesi pikkus 1 - 5 a. kõige suuremal hulgal haigetel - 20-1 haigel (57,4%).

Stadiumidest näeme rühmas 1 - 5 a. anamneesi pikkusega haigete arvu vähenemist seoses stadiumide suurenemisega. 5 - 10 a. pikkuse anamneesiga haigete rühmas on nimetatud seaduspärane vastupidine (vt. tabel nr. 21).

2. Retsidiivide arv.

Tabel nr. 22.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III	III
	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%	Haige- te arv	H. a.
	(63)		(34)		(21)		(5)	(3)
Retsidiivid puuduvad	21	34,6	12	35,3	7	33,3	1	1
Retsidiivide arv								
-1 kord	3	4,8	2	5,9	1	4,8	-	-
-2 korda	1	17,5	6	17,6	4	14,3	1	-
-3 korda	16	25,4	6	17,6	7	33,3	2	1
-Üle 3 korra	12	19,0	8	22,6	3	14,3	1	-

Retsidiive esines üldse 42 haigel (66,6%). Tabelist näeme, et retsidiivide arvuga 3 korda ja üle 3 korra esineb rohkem haiged kui haiged vähema retsidiivide arvuga.

Stadiumid analüüsist selgub, et retsidiivide arvu tõusuga suureneb ka haigete suhteline arv suuremates stadiumides (vt. tabel nr.22)

3. Valu lokalisatsioon.

Tabel nr. 23.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III	III
	Haige- te arv (63)	%	Haige- te arv (34)	%	Haige- te arv (21)	%	Haige- te arv (5)	H. a. (3)
Spontaanse valu lokalisatsioon								
-ristluus	42	69,2	25	70,6	11	52,4	3	3
-sääre later. pindmikul	20	31,6	7	20,6	8	38,1	4	1
-sääre anterolat. pindmikul	-	-	-	-	-	-	-	-
-sääre tagum. pindmikul	38	61,8	22	64,6	13	61,9	1	2
-sääre later. ja anterolater. pindmikul	1	1,6	1	2,9	-	-	-	-
-reie tagum. pindmikul	32	50,8	19	55,8	10	47,6	2	2
-reie later. pindmikul	10	15,8	3	8,8	4	19,0	3	-
-reie later. ja tagum. pindm.	8	12,7	5	14,7	3	14,3	-	-
-põlve taga	8	12,7	5	14,7	3	14,2	-	-
-põlve lateraalsel küljel	1	1,6	1	2,9	-	-	-	-
-kannas	13	20,6	7	20,6	4	19,0	1	1
-pöia later. serval	4	6,4	2	5,9	2	9,6	-	-
-pöia mediaalsel serval	3	4,8	1	2,9	2	9,6	-	-
-I ja II varbas	3	4,8	2	5,9	1	4,8	-	-
-IV ja V varvas	13	20,6	7	20,6	4	19,0	1	1

Valu lokalisatsiooniga ristluudes esines kõige rohkemal hulgal haigetel - 42 haigel (69,2%). Sääre taga esines valu 38 haigel (61,8%), reie taga 32 haigel (50,1%), sääre lateraalsel pinnal 20 haigel (31,6%). Kannas ja IV - V varbas esines valu kummaski rühmas vastavalt 13 haigel (20,6%). Valu lokalisatsioon põlve taha ja reie taha-lateraalsele esines 8 haigel (12,7%).

Arvestades analoogselt eelpoolkaasitletuga gruppide "sääre lateraalsel - ees" ja "reie lateraalsel - taga"

kumbagi komponenti eraldi, samas igaspiirkonnas esineva valusündroomi eraldi. Üldse esines valu reie taga 40 haigel (63,6%), reie lateraalsel 18 haigel (28,5%). Samas lateraalsel pindmikul esines valu 2 haigel (3,3%), samas peenisel pindmikul 1 haigel (1,6%).

Stadiumide analüüsil näeme valu korral ristluudes ühtlaselt kõrgeid väärtusi kõigis stadiumides (vt. tabel). Samas lateraalsel pindmikul, taga, lateraalsel ja taga koos stadiumide suurenenisega kasvab ka valuga haigete %. (vt. tabel). Reie tagumisel ja lateraalsel - tagumisel pindmikul eelpeeltoodud neost ei esine. Põial puudus valusündroom peaaegu täielikult II-III ja III stadiumis. II^a ja II^b stadiumis haigete arv aga suureneb (vt. tabel).

4. Lumbaallordoosi lamenevina.

Ja asendumine küfoosiga Tabel nr. 24.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III
	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%	Haige- te arv	a.	
	(63)		(34)		(21)		(5)	(3)	
Lumbaallordoosi lamenevina	47	75,0	24	68,7	17	80,9	4	2	
Lumbaallordoosi asendumine küfoosiga	1	1,6	-	-	1	4,8	-	-	

Stadiumidest esines kõige rohkem lumbaallordoosi lamenevina II^a ja II^b stadiumis vastavalt 24 haigel (68,7%) ja 17 haigel (80,9%). Lordoosi asendumine küfoosiga esines II^b stadiumis.

Autorite poolt uuritud haigetest haige istuli asendil lumbaallordoosbemuutusi ei tekkinud võrreldes haige püstil

asendiga.

5. Skolioos.

Tabel nr. 25.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III	
	Haige- te arv (63)	%	Haige- te arv (34)	%	Haige- te arv (21)	%	Haige- te arv (5)	%	Haige- te arv (3)	%
Skolioos pare- male/d. pr.	20/	21,6/	12/	35,3/	6/	28,6/	1/	1/		
paremal	12	60,0	7	58,3	4	66,6	-	-	1	1
Skolioos vasa- kule/d. pr.	20/	31,6/	12/	35,3/	6/	28,6/	2/	-/		
vasakul	7	35,0	5	41,6	2	33,3	-	-		

Kokku esines skolioos 40 haigel (63,2%), neist diskri
prelaps oli skolioosi poolal 19 haigel (47,5%).

Stadiumidest esines skolioosiga haigeid kõige rohk-
em II^a staadiumis, järgnesid II^b, II-III, III staadium
(vt. tabel).

Autorite poolt uuritud haigetest (7) esines skolioos
haige püsti asendis 3 haigel. Neist ühel juhul haige istudes
skolioos kadus.

6. Seljalihaste pinged.

Tabel nr. 26.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III	
	Haige- te arv (63)	%	Haige- te arv (34)	%	Haige- te arv (21)	%	Haige- te arv (5)	%	Haige- te arv (3)	%
Seljalihaste pin- ge paremal/d. pr.	14/	22,2/	7/	20,6/	6/	28,6/	-/	-/	1/	1/
paremal	11	78,7	7	100,0	3	50,0	-	-	1	1
Seljalihaste pin- ge vasakul/d. pr.	7/	11,1/	4/	11,1/	2/	9,6/	1/	1/		
vasakul	4	57,1	3	75,0	1	50,0	1	1		

Seljalihaste pinge esines kokku 21 haigel (33,3%),
neist diski prolapsi poolel 15 haigel (71,4%).

Stadiumidest esines seljalihaste pinge kõige enam II^b
staadiumis - 8 haigel (38,0%), neist diski prolapsi poolel
4 haigel (50,0%). III staadiumis esines seljalihaste pinge
1 haigel diski prolapsi poolel, II^a staadiumis 11 haigel
(32,2%), diski prolapsi poolel 10 haigel (90,9%), II-III
staadiumis olid vastavad arvud 1 ja 1.

Autorite endi poolt uuritud haigetest (7) esines sel-
jalihaste pinge 5 haigel, neist diski prolapsi poolel 4
haigel.

7. Selgroo painutaamine.

Tabel nr. 27.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III	
	Haige- te arv (63)	%	Haige- te arv (34)	%	Haige- te arv (21)	%	Haige- te arv (5)	%	Haige- te arv (3)	%
Selgroo painut.										
-ette vaba	20	31,6	9	26,4	8	38,1	2		1	
" mõõduk.										
piirat.	24	38,0	15	44,1	6	28,6	3		-	
" tugevalt										
piiratud	19	30,0	10	29,4	7	33,3	-		2	
-taha vaba	30	57,4	15	44,1	9	48,8	4		2	
" mõõdukalt										
piiratud	19	30,1	11	32,3	6	28,6	1		1	
" tugevalt										
piiratud	14	22,2	8	22,6	6	28,6	-		-	
-paremale vaba	50	79,0	27	79,1	16	76,2	5		2	
" mõõdukalt										
piiratud	10/	15,8/	5/	14,7/	4/	19,0/	-		1/	
	3	30,0	3	60,0	-	-	-		-	
" tugevalt										
piiratud	3/	4,8/	2/	5,9/	1/	9,8/	-		-	
	3	100,0	2	100,0	1	100,0	-		-	
-vasakule vaba	51	80,7	27	79,1	18	85,7	5		1	
" mõõdukalt										
piiratud	10/	15,8/	6/	17,6/	3/	14,3/	-		1/	
	8	80,0	4	66,6	3	100,0	-		-	
" tugevalt										
piiratud	2/	3,2/	1/	2,9/	-	-	-		1/	
	1	50,0	-	-	-	-	-		1	

Selgroo painutuse piiratus ette mõeldukal kujul esines 24 haigel (38,0%), tugevalt 19 haigel (30,1%). Kokku oli selgroo painutamine ette piiratud 43 haigel (68,2%).

Stadiumidest oli ette painutus takistatud (mõeldukalt + tugevalt) kõige rohkem II^a staadiumis - 35 haigel (73,5%). Järgnesid III staadium 2 haigega, II^b staadium 13 haigega (61,9%) ja II-III staadium 3 haigega.

Selgroo sirutus oli mõeldukalt piiratud 19 haigel (30,1%), tugevalt piiratud 14 haigel (22,2%). Kokku oli selgroo sirutuse takistatud 33 haigel (52,3%).

Stadiumidest esines kõige rohkem selgroo sirutuse takistusega haigeid II^b staadiumis - 12 (57,2%). Järgnesid II^a staadium 19 haigega (54,9%), III staadium 1 haigega ja II-III staadium 1 haigega.

Selgroo külgedele painutuse takistus esines 25 haigel (39,6%), neist diski prolapsi poolele 15 haigel (60,0%).

Stadiumidest oli selgroo painutamine külgedele kõige rohkem piiratud III staadiumis - 3 haigel, neist diski prolapsi poolele 1-1 haigel. II^a staadiumis oli selgroo painutamine külgedele piiratud 14 haigel (41,4%), neist diski prolapsi poolele 9 (64,3%), II^b staadiumis 8 haigel (38,2%), neist diski prolapsi poolele 4 haigel (50,0%).

8. Paraspinoossed valupunktid.

Tabel nr. 26.

	Üldne		II ^a		II ^b		II-III	III
	Haige- te arv (63)	%	Haige- te arv (34)	%	Haige- te arv (21)	%	H. a. (5)	H. a. (63)
Paraspinoossed valupunktid puuduvad	25	39,7	2	3,2	11	17,5	1	1
L ₅ -S ₁ lülivahemik paremal	5	7,9	2	5,8	2	9,5	-	-
L ₅ -S ₁ lülivahemik vasakul	6	9,5	3	8,8	2	9,5	2	-
L ₅ -S ₁ lülivahemik bilateraalselt	1	1,6	1	2,9	-	-	-	-
L ₄ -L ₅ lülivahemik paremal	7	11,1	6	17,6	1	4,7	-	-
L ₄ -L ₅ lülivahemik vasakul	1	1,6	-	-	1	4,7	-	-
L ₄ -L ₅ lülivahemik bilateraalselt	6	9,5	6	17,6	-	-	-	-
L ₃ -L ₄ lülivahemik paremal	5	7,9	4	11,7	1	4,7	-	-
L ₃ -L ₄ lülivahemik bilateraalselt	1	1,6	-	-	1	4,7	-	-
L ₅ -S ₁ ja L ₄ -L ₅ lülivahemikud	1	1,6	1	2,9	-	-	-	-
L ₅ -S ₁ sin. ja L ₄ -L ₅ dx.	-	-	-	-	-	-	-	-
L ₅ -S ₁ ja L ₄ -L ₅ lülivahemikud sin.	3	4,8	2	5,8	1	4,7	-	-
L ₅ -S ₁ ja L ₄ -L ₅ lülivahemikud dx.	3	4,8	2	5,8	-	-	1	-
L ₃ -L ₄ ja L ₄ -L ₅ lülivahemikud sin.	3	4,8	3	8,8	-	-	-	-
L ₃ -L ₄ ja L ₄ -L ₅ lülivahemikud dx.	2	3,2	-	-	-	-	1	1
Kogu lumbaalosa hell paremal	1	1,6	1	2,9	-	-	-	-
Kogu lumbaalosa hell vasakul	1	1,6	1	2,9	-	-	-	-

Kõige suuremal hulgal haigetel esines paraspinoosne valulikkus L₅-S₁ lülivahemiku kõrgusel - 17 haigel (17,4%). Kõigil diskil prolepsi poolel. L₄-L₅ lülivahemiku kõrgusel esines paraspinoosne valulikkus 8 haigel (12,7%). Järgnesid L₄-L₅ lülivahemik bilateraalselt ja L₄-L₅ - L₅-S₁ lülivahemikud.

vahenik, kummalgi juhul 6 haigel (9,5%), L₃-L₄ ja L₃-L₄ + L₄-L₅ lülivahenikud 5 haigel (7,9%). Teiste vahenike kurguse esines valulikkus vähemal hulgal haigetel. Kõigil espool toodud juhtudel esines valulikkus 100%-lt diskil prolapsi poolel.

Stadiumide analüüsil näeme paraspinoosete valupunktidega haigete arvu vähenemist seoses stadiumide suurenemisega (vt. tabel nr.28).

Autorite poolt uuritud 7-st haigest esines paraspinoosne valulikkus haige seistes 6-1. Ühel haigel haige lamades paraspinoosne valu ikkus kadus.

9. Kellasümptoom.

Tabel nr. 29.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III
	Haigete arv	%	Haigete arv	%	Haigete arv	%	Haigete arv	H. a.	
	(63)		(34)		(21)		(5)	(3)	
Kellasümptoom positiivne	21	33,2	11	32,3	9	42,8	1	-	
Kellasümptoom negatiivne	42	69,2	23	65,6	12	57,1	4	3	

Stadiumide järgi esines kõige rohkem positiivse kellasümptoomiga haigeid II^b stadiumis - 9 haiget (42,8%). II^a stadiumis oli haigeid 11 (32,3%), II-III stadiumis 1. III stadiumis diskil prolapsidega haigetel kellasümptoomi positiivsena ei esinenud.

Autorite endi poolt uuritud haigetel haige püsti ja istuli asendis kellasümptoomi esinemises erinevusi ei olnud.

10. Närvi kulu palpatsioon.

Tabel nr. 30.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III
	Haige- te arv (63)	%	Haige- te arv (34)	%	Haige- te arv (21)	%	Haige- te arv (5)	%	H. a. (3)
Närvi kulg palpat- sioonil valutu	30	57,4	15	44,1	12	57,1	3	-	-
Kogu kulg valulik	18	28,6	9	26,4	6	28,6	-	-	3
- valulik tuharal	6	9,6	3	8,8	3	14,3	-	-	-
- " reiel	1	1,6	1	2,9	-	-	-	-	-
- " põlveõnd- las	2	3,2	2	5,9	-	-	-	-	-
- " säärel	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- " tuharal ja põlveõndlas	6	9,6	4	11,6	-	-	-	-	-
- valulik säärel ja põlveõndlas	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Enamusel haigetel on n. ischiadicuse kulg valutu - 30 haiget (57,4%). Ülejäänutest esines kõige rohkem haigeid kogu närvitüve valulikkusega - 18 haiget (28,6%). Tuharal, tuharal ja põlveõndlas oli närvi kulg palpatsioonil valulik kummelel juhul 6 haiget (9,6%). Ainult põlveõndlas esines valu 2 haiget (3,2%), reiel ühel haiget (1,6%).

Üldse esines närvi kulu valulikkus palpatsioonil tuha-
ras 30 haiget (47,8%), põlveõndlas 26 haiget (41,3%),
reiel 19 haiget (30,1%), säärel 18 haiget (28,6%).

Stadiumidest näeme II-III ja III stadiumis närvi palpatsioonil valulikkusega haigete vähenemist või puudu-
mist. Erandi moodustab palpatsioonil kogu närvi kulu
valulikkusega haigete rühm, kus II^a stadiumis oli
9 haiget (26,4%), II^b stadiumis 6 haiget (28,6%) ja III
stadiumis 3 haiget. II^a stadiumis esines kõikidel rüh-
madel närvi kulu palpatsiooni valulikkus veidi rohkemal
hulgal haigetel kui üldrühmas.

11. Laseque, Brudzinski, Kernigi ja
Neri sümptoomid

Tabel nr 31.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III	
	Haige- te arv (63)	%	Haige- te arv (34)	%	Haige- te arv (21)	%	Haige- te arv (5)	%	H. a. (3)	%
<u>Laseque sümptoom</u>										
- negatiivne	10	15,8	8	23,6	1	4,8	1	-	-	-
- mõõd. posit.	26	41,3	12	35,5	13	61,9	1	-	-	-
- tugevalt posit.	4	6,4	2	5,9	2	9,6	-	-	-	-
- kontralat-mõõd. positiivne	2	3,2	1	2,9	-	-	-	-	-	1
- subjekt. valulik	3	4,8	2	5,9	1	4,8	-	-	-	-
- dx.tugev., sin.mõõd.1	1	1,6	1	2,9	-	-	-	-	-	-
- dx.mõõd., sin.tugev.3	3	4,8	2	5,9	1	4,8	-	-	-	-
- homolater-kontralat14	21,8		6	17,6	3	14,3	3			2
<u>Brudzinskiülemine sümptoom posit.</u>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Brudzinski alumine sümptoom posit.</u>	1	1,6	-	-	1	4,8	-	-	-	-
<u>Kernigi sümptoom positiivne</u>	2	3,2	-	-	2	9,6	-	-	-	-
<u>Neri sümptoom positiivne</u>	1	1,6	1	2,9	-	-	-	-	-	-

Laseque sümptoom esines mõõdukalt positiivsena 26 haigel (41,3%), tugevalt positiivsena 4 haigel (6,4%). Kokku oli Laseque sümptoom positiivne diski prolapsi poolisel jalal 30 haigel (47,7%). Homo- ja kontralateraalset kokku oli Laseque sümptoom positiivne 14 haigel (21,8%). Rühmas "parem mõõdukalt, vasak tugevalt" oli Laseque sümptoom positiivne 3 haigel (4,8%), kõik diski prolapsiga vasakul. Laseque sümptoom oli subjektiivselt valulik 3 haigel (4,8%). Kontralateraalset positiivne Laseque sümptoom esines 2 haigel (2,2%)..

Stadiumidest esines enamik haiged positiivse Laseque sümptoomiga II^a ja II^b staadiumis (vt. tabel nr. 31).

Brudzinski ülemist sümptoomi positiivsena ei esinenud. Ka autorite poolt uuritud haigetel nimetatud sümptoom positiivsena ei esinenud.

Brudzinski alumine sümptoom esines positiivsena ühel juhul (1,6%). Autorite endi poolt uuritud haigetest (7) esines mainitud sümptoom positiivsena samuti ühel haigel.

Positiivse Kernigi sümptoomiga esines 2 haiget (3,2%), mõlemad II^b staadiumis. Autorite poolt uuritud haigetel esines Kernigi sümptoom positiivsena ühel haigel.

Neri sümptoom oli positiivne 1 haigel II^a staadiumis. Autorite poolt uuritud haigetest oli Neri sümptoom positiivne samuti 1 haigel.

12. Lihaste toonus.

Tabel nr. 32.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III	
	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%	Haige- te arv	%	H. a.	H. a.	H. a.	H. a.
	(63)		(34)		(21)		(5)		(3)	
Lihaste toonus										
- gluteaalgrupis										
normis	24	38,0	15	44,1	4	19,0	4		1	
alanenud	39	61,9	19	55,8	17	80,9	1		2	
- reiel										
normis	32	50,7	18	52,9	10	47,6	3		1	
alanenud	21	33,3	16	47,0	11	52,4	2		2	
- säärel										
normis	24	36,5	16	47,0	6	28,6	1		1	
alanenud	39	61,9	18	52,9	15	71,4	4		2	

Lihaste toonus oli kõige rohkem alanenud gluteaal-
lihastes ja sääre lihastes, kummaski rühmas 39 haiget (61,9%).

Stadiumide järgi koos stadiumide suurenemisega suureneb ka lihaste toonuse langusega haigete % (vt tabel nr 32).

Autorite poolt uuritud 7 haigest oli tuharalihaste toonus alanenud haige püsti asendis 5 haigel, lamades 4 haigel. Reielihaste hüpotoonia esines haige püsti asendis 4 haigel, lamades samuti 4 haigel. Säärelihaste (tagumise grupi) hüpotoonia esines haige püsti asendis 2 haigel, lamades 3 haigel.

13. Fibrillaarsed tõmbused ja paresteesiad.

Tabel nr. 33.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III	III
	Haige- te arv (63)	%	Haige- te arv (34)	%	Haige- te arv (21)	%	H. a. (5)	H. a. (3)
Fibrillaarsed tõmbused	3	4,8	2	5,9	1	4,8	-	-
Paresteesiad	5	7,9	5	14,7	-	-	-	-

14. Lihaste atroofiad.

Tabel nr. 34.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III	III
	Haige- te arv (63)	%	Haige- te arv (34)	%	Haige- te arv (21)	%	Haige- te arv (5)	H. a. (3)
Lihaste atroofia								
-reiel vähe	9	14,4	3	8,8	5	23,8	-	1
" määrgatavalt	3	4,8	1	2,9	2	9,6	-	-
-säärel vähe	22	34,9	12	35,3	7	33,3	2	1
" määrgatavalt	3	4,8	-	-	2	9,6	-	-

Lihaste atroofia oli kõige tugevam sääre lihastes, kokku 35 haigel (39,8%). Reiel esines kokku atroofiat 12

-põia med. serv								
norm	60	95,2	33	97,1	19	90,5	5	3
alanenud	3	4,8	1	2,9	2	9,6	-	-
kõrgenenud	-	-	-	-	-	-	-	-
-põia later. serv								
norm	13	20,6	8	22,6	4	19,0	-	1
alanenud	47	74,6	24	70,5	16	76,2	5	2
kõrgenenud	3	4,8	2	5,9	1	4,8	-	-
-tuharal								
normia	5	87,3	29	85,3	18	95,7	5	3
alanenud	8	12,7	5	14,7	3	14,3	-	-
<u>Asenditundlikkus</u>								
normis	63	100,0	34	100,0	21	100,0	5	3
häiritud	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Vibratsiooni tundlikkus</u>								
-patehla norm	63	100,0	34	100,0	21	100,0	5	3
alanenud	-	-	-	-	-	-	-	-
-malleolus med.								
norm	61	96,8	33	97,1	20	95,2	5	3
alanenud	2	3,2	1	2,9	1	4,8	-	-
-malleolus lat.								
norm	59	93,6	32	94,2	19	90,5	5	3
alanenud	4	6,4	2	5,9	2	9,6	-	-
-väike varvas								
norm	55	87,3	30	88,2	18	85,7	4	3
alanenud	6	12,7	4	11,6	4	19,5	-	-
-suur varvas								
norm	63	100,0	34	100,0	21	100,0	5	3
alanenud	-	-	-	-	-	-	-	-
Puute-, valu-, temperatuuri tundl. õhtivad	37	58,7	19	55,8	13	61,9	2	3
- ei õhti	26	41,3	15	44,1	8	38,1	3	-

a. Valutundlikkus.

Valutundlikkuse muutustest esines nii valutundlikkuse alanemist kui ka kõrgenemist.

Kõige enam oli valutundlikkus alanenud põia lateraalse serval - 47 haigel (74,6%). Suure lateraalsel pindmikul oli valutundlikkus alanenud 35 haigel (55,8%), suure

tagumisel pindmikul 17 haigel (26,0%), reie lateraalsel pindmikul 16 haigel (26,4%). Valutundlikkuse alanemine reie taga esines 11 haigel (17,5%), tuharal 8 haigel (12,7%). Säärte tagumisel ja anterolateraalsetel pindmikul, põie mediaalsel serval olivalutundlikkuse alanemisega haigete arv väiksem - 2-4 (3,2 - 6,4%). Reie ees, reie ja sääre mediaalsel pindmikul valutundlikkuse alanemist ei esinenud.

Valutundlikkuse elavneimine esines reie tagumisel pindmikul, sääre tagumisel ja lateraalsel pindmikul, põie lateraalsel serval vähestel haigetel - 2-3 (3,2% - 4,8%).

Stadiumid. Stadiumide analüüsil selgub, et kõige suurem % valutundlikkuse alanemisega haigeid esineb II^a ja II^b stadiumis (vt tabe. nr.34). Brandi moodustas valutundlikkuse alanemine põie lateraalsel serval (vt. tabel).

b. Asenditundlikkus.

Asenditundlikkuse häiretega haigeid ei esinenud (ka autorite poolt uuritud haigetel).

c. Vibratsioonitundlikkus.

Vibratsioonitundlikkus oli enamikul haigetel normaalne. Kõige suuremad häired (vibratsioonitundlikkuse alanemine) esinesid väikesel varbal - 8 haigel (12,7%). Malleolus lateraalsel oli vibratsioonitundlikkus alanenud 4 haigel (6,4%), malleolus mediaalsel 2 haigel (3,2%). Patellal ja esimesel (suurel) varbal oli vibratsioonitundlikkus normaalne.

Stadiumidest II-III ja III stadiumis vibratsioonitundlikkuse häireid ei esinenud (vt. tabel nr.34).

Autorite poolt uuritud haigetest esines vibratsioonitundlikkuse alanemine väikesel varbal, malleolus mediaali-

sel ja patellaal kõigil 2 haigel (78,5%). Malleolus medialisel oli vibratsioonitundlikkus alanenud 1 haigel (14,3%). Suurel verbal vibratsioonitundlikkuse häireid ei esinenud. Teised tundlikkuse liigid olid häireteta.

16. Refleksid.

Tabel nr. 35.

	Üldse		II ^a		II ^b		II-III		III
	Haige- te arv (63)	%	Haige- te arv (34)	%	Haige- te arv (21)	%	Haige- te arv (5)	%	H. a. (3)
<u>Achilles-refleks</u>									
<u>haiguspoolne</u>									
-madalam	24	38,0	15	44,1	7	33,3	1		1
-puudub	33	51,4	18	52,9	12	57,1	3		-
-kõrgem	-	-	-	-	-	-	-		-
<u>tervel poolel</u>									
-madalam	1	1,6	-	-	1	4,8	-		-
-puudub	2	3,2	2	5,9	-	-	-		-
<u>Patellaarrefleks</u>									
-normis	53	84,1	28	82,9	19	90,5	4		2
-madalam	8	12,7	5	14,7	2	9,6	-		1
-puudub	2	3,2	1	2,9	-	-	1		-
<u>Plantaarrefleks</u>									
<u>mediaalne</u>									
-normis	44	70,5	28	82,9	9	42,8	4		3
-madalam	19	30,1	6	17,6	12	57,1	1		-
-puudub	-	-	-	-	-	-	-		-
<u>lateraalne</u>									
-normis	38	61,8	24	70,5	7	33,3	4		3
-madalam	22	34,9	9	26,4	12	57,1	1		-
-puudub	3	4,8	1	2,9	2	9,6	-		-

Achilles-refleks oli diskil prolapsi poolsel jala madalam 24 haigel (38,0%), puudus 33 haigel (51,4%). Refleksi elavnemisega haigeid ei esinenud. Kontralateraalset poolset oli refleks madalam ühel haigel (1,6%), puudus 2 haigel (3,2%).

Säär sirutamise								
normis	60	95,2	32	94,2	20	95,2	5	3
mõdd.nõrgen.	3	4,8	2	5,9	1	4,8	-	-
tugev. "	-	-	-	-	-	-	-	-
Labajala dorsaal-								
fleksioon								
normis	56	88,9	30	88,2	18	85,7	5	3
mõdd.nõrgen.	7	11,4	4	11,6	3	14,3	-	-
tugev. "	-	-	-	-	-	-	-	-
Labajala plantaar-								
fleksioon								
normis	53	84,1	30	88,2	17	80,9	4	3
mõdd.nõrgen.	10	15,8	4	11,6	4	19,0	1	-
tugev. "	-	-	-	-	-	-	-	-
Suure varba plan-								
taarfleksioon								
normis	57	90,4	31	91,1	18	85,7	5	3
mõdd.alan.	5	7,9	3	8,8	2	9,6	-	-
tugev. "	1	1,6	-	-	1	4,8	-	-
Suure varba dor-								
saalfleksioon								
normis	54	85,7	29	85,3	17	80,9	5	3
mõdd.nõrgen.	9	14,4	5	14,7	4	19,0	-	-

Kõige rohkem oli häiritud labajala plantaarfleksioon. Mõddukas labajala plantaarfleksiooni nõrgenemine esines 10 haigel (15,8%). Tugevat plantaarfleksiooni nõrgenemist ei esinenud. Suure varba dorsaalfleksioon oli mõddzvalt nõrgenenud 9 haigel (14,4%), tugevat nõrgenemist samuti ei esinenud. Mõddukas labajala dorsaalfleksiooni nõrgenemine esines 7 haigel (11,4%). 5 haigel (7,9%) esines mõddukas suure varba plantaarfleksiooni nõrgenemine, tugev nõrgenemine esines 1 haigel (1,6%). Kokku oli suure varba plantaarfleksioon nõrgenenud 6 haigel (9,5%). Säär painutuse ja sirutuse nõrgenemine esines vastavalt 4 (6,4%) ja 3 (4,8%) haigel. Sirge jala tšatmine ette oli nõrgenenud 1 haigel (1,6%). Reiel motoorika häireid ei esinenud.

Autorite endi poolt uuritud haigetel (7) anodi järgmised

tulemused. Mõõdukas labajala plantaarfleksiooni nõrgenemine esines 2 haigel, tugevat ei esinenud. Suure varba dorsaalfleksioon oli mõõdukalt nõrgenenud 1 haigel. Suure varba plantaarfleksioon oli nii mõõdukalt kui tugevalt nõrgenenud kummalgi juhul 1 haigel. Suure painutus ja sirutus olid kummalgi juhul nõrgenenud 2 haigel, sirge jala täatmine ette 1 haigel. Labajala dorsaalfleksiooni nõrgenemist, reis sirutuse ja painutamise, samuti põia pronatsiooni ja supinatsiooni häireid ei esinenud.

Stadiumidest II-III ja III staadiumis mootorika häireid ei esinenud, v.a. labajala plantaarfleksiooni mõõdukas nõrgenemine 1 haigel. II^b staadiumis oli mootorika häiretega haigete % suurem II^a staadiumi omast.

18. Röntgenoloogiline selgroo uuring.

Tab-1 nr. 37.

	I ^{ides}		II ^a		II ^b		II-III	III
	Haige- te arv (65)	%	Haige- te arv (34)	%	Haige- te arv (21)	%	H. a. (5)	H. a. (3)
Spondüloos	3	4,8	3	8,8	-	-	-	-
RÜ dgn.-kir.dgn.	21	33,3	12	35,3	7	33,3	1	1
Spondüloos - punkt 2	3	4,8	2	5,9	-	-	1	-
Diagnoos puudub rü- leiu puudumisel	19	30,1	9	26,4	8	38,1	2	-
Spina bifida	1	1,6	1	2,9	-	-	-	-
Uleminekulüü	4	6,4	-	-	3	14,3	1	-
D. pr. naaberva- henikus	6	9,6	4	11,6	2	9,6	-	-
Osteohondroos	1	1,6	1	2,9	-	-	-	-
Spondüloos ja osteohondroos	5	7,9	2	5,9	1	4,8	-	-

Röntgenoloogiliselt said uuritud kõik haiged. Biski prolapsi L₅-S₁ lülivahemikus diagnoositi 21 juhul (33,3%).

Ilma diagnoosita jäi röntgenoloogilise leiu puudusel 19 haiget (30,1%). Diski prolaps naabervahemikus diagnoositi 6 haigel (9,6%). Spondüloosi ja osteohondroosi korraga esines 5 haigel (7,9%), Üleminekulüüli oli 4 haigel (6,4%). Spondüloosi ja diskü prolaps L₅-S₁ lülivahemikus diagnoositi 3 haigel (4,8%). Spina bifida ja osteohondroos esines kumbki 1 juhul (1,6%).

Üksikute diagnooside sagedus kokku L₄-L₅ ja L₅-S₁ lülivahemiku diskü prolapsoda puhul oli järgmine:

1. Röntgenoloogiline diagnoos ühtib operatiivse leiuga 40%
2. Diagnoosita juhte röntgenoloogilise leiu puudusel 25%.
3. Spondüloos 17,3%
4. Osteohondroos 14,6%
5. Spina bifida 8,2%
6. Üleminekulüüli 8,1%
7. Diskü prolaps naabervahemikus 6,6%

19. Liikvori uuring.

Liikvori uuring oli teostatud diskü prolapsi ja allpool asuvates lülivahemike punktsioonil 28 haigel (44,4%). Ülalpool diskü prolapsi vahemikku 33 haigel (52,4%). Diskü prolapsi vahemiku kõrgusel ja sellest allpool oli valk kõrge-
nenud 5 haigel (17,8%), ülalpool 7 haigel (21,2%). Pleec-
tütoos oli diskü prolapsi vahemiku kõrgusel ja sellest all-
pool suurenenud 1 haigel (3,5%), ülalpool 2 haigel (6,0%)
Epiduraalrõhk puudus vastavalt 5 haigel ja 0 haigel.

Stadiumidest esinevad liikvori muutused peamiselt II^a
ja II^b stadiumis.

B. Diski prolaps kahes
lülivahemikus.

1. Ühel pool kahe diskil prolapsi (L₄-L₅ ja L₅-S₁ lülivahemikus) kliiniline karakteristika.

a. Üldandmed.

Haigeid diskil prolapsiga ühel pool L₄-L₅ ja L₅-S₁ lülivahemikus oli 3 (2,2%), kõik mehed. Kõik 3 haiget kuulusid vanuserühma 51 - 60 a. ning olid füüsilise töö tegijad. Kõik diskil prolapsid olid II^a staadiumis.

b. Andmete ja sümptomide analüüs.

1. Anamneesi pikkus.

Anamneesi pikkusega üle 11 a. oli 2 haiget, 3 a. 1 haige.

2. Rettsidiivide arv.

Ühel haigel esines rettsidiive 2 korda, ühel 3 korda ja ühel üla kolme korra.

3. Valu.

Spontaanne valu sähre lateraalsel pindmikul esines 3 haigel, reis lateraalsel pindmikul 2 haigel. Ristluus, kannas, põlv lateraalsel serval, I ja II varbas esines valu ühel haigel.

4. Lumbaallordoozi muutused.

Lumbaallordoozi lameneimine esines 2 haigel.

5. Skolioos.

Skolioos vasakule esines 2 haigel, mõlematal haigetel olid diski prolapsid vasakul. Skolioos paremale esines 1 haigel, diski prolaps samuti paremal.

6. Seljalihaste pinged.

Seljalihaste pinged esines paremal 2 haigel, neist 1 oli diski prolaps paremal pool. Vasakul esines seljalihaste pinged 1 haigel, kusjuures diski prolaps oli samuti vasakul.

7. Selgroo painutamine.

Selgroo painutamine ette oli vaba ühel haigel. Mõeldukalt piiratud selgroo painutamine ette esines samuti ühel haigel. Ka tugevalt oli selgroo painutus ette piiratud ühel haigel.

Selgroo sirutamine oli muutunud analoogselt selgroo painutamisele ette.

Selgroo painutamine külgedele oli piiratud ühel haigel diski prolapsi korral vasakul.

8. Paraspinoossed valupunktid.

Ühel juhul esines paraspinoosne valulikkus L_4-L_5 lülivahemiku kõrgusel bilateraalselt (diski prolapsi korral vasakul), ühel juhul L_3-L_4 lülivahemiku kõrgusel vasakul (diski prolaps samuti vasakul) ja ühel juhul L_4-L_5 lülivahemiku kõrgusel paremal (diski prolaps paremal pool).

9. "Kell asümptoom".

"Kell asümptoom" oli positiivne ühel haigel.

10. Nõrvi kulu palpatsioon.

N. ischiadicuse palpatsioon oli kõigil kolmel juhul valutu.

11. Laseque, Brudzinski, Kernigi ja Neri sümptoomid.

Laseque sümptoom esines mõeldukalt positiivsena kõigil kolmel haigel. Neri sümptoom oli positiivne ühel haigel. Brudzinski ja Kernigi sümptoomid olid negatiivsed.

12. Lihaste toonus.

Lihaste toonus oli alanenud sääre tagumises grupis 2 haigel, gluteaalgrupis ja reie tagumises grupis kummalgi ühel haigel.

13. Fibrillaarsed tõmbused ja paresteesiad.

Paresteesiaid haiges jalgas esines ühel haigel. Fibrillaarseid tõmbeid ei esinenud.

14. Lihaste atroofia.

Keiel esines vähene ja säärel tugev atroofia ühel haigel.

15. Tundlikkus.

Valutundlikkuse alanemine sääre eesmisel ja põie mediaalsel pindmikul esines kummalgi juhul 3 haigel. Põie lateraalsel pindmikul oli valutundlikkus alanenud 2 haigel, reie lateraalsel pindmikul ühel haigel. Teistes regioonides valutundlikkuse alanemist ei esinenud. Valutundlikkuse elavnemine puudus.

Asendi- ja vibratsioonitundlikkuse häireid ei esinenud. Taktiilise- ja temperatuuritundlikkuse muutused ühtselt valutundlikkuse muutustega ühel haigel.

16. Refleksid.

Achilles-refleks oli madalam ühel haigel ning puudus samuti ühel haigel-

Patellaarrefleks oli kõikidel haigetel normis.

Mediaalne ja lateraalne plantaarrefleks olid kummalgi juhul alanenud ühel haigel.

17. Röntgenoloogiline selgroo uuring.

Osteohondroosi oli diagnoositud 2 haigel, spondüloosi ühel haigel.

18. Motoorika.

Kõrdukas nõrgenemine esines järmistes motoorsetes funktsioonides (kõik ühel haigel): sirge jala tõstmine ette, laba- ja dorsaal- ja plantaarrefleksioon, suure varba dorsaal- ja plantaarrefleksioon.

19. Liikvor.

Punktsioonil diski prolapsi vahemikus ja allpool saadud liikvori uuringul olid valgud ja pleetsütoosi väärtused normis. Epiduraalrõhk puudus ühel haigel.

Ülalpool diski prolapsi vahemikku oli punktsioon teostatud 2 haigel, kus kõik liikvori väärtused olid normis.

2. Bilateraalsete diski prolapside (L₄-L₅ ja L₅-S₁ lülivahemikus) kliiniline karakteristika.

a. Üldandmed.

Haigeid bilateraalsete diski prolapsidega L₄-L₅ ja L₅-S₁ lülivahemikus oli 3, neist 2 meest, 1 naine. Kahel esines diski prolaps mõlemal pool L₅-S₁ lülivahemikus, ühel juhul ühel pool L₅-S₁ lülivahemikus, teisel pool L₄-L₅ lülivahemikus. Vanuseline jaotuvus oli järgmine: 34 a. 47 a. ja 61 a. Füüsilise tööga ei tegele tud ükski.

b. Andmete ja sümptomide analüüs.

Antud juhul on sümptomatoloogia esitatud haigusjuhtumite kaupa, et tõe järmmises osas (vt. neuroloogiline sümptomatoloogia) anda võimalust võrrelda antud sümptomatoloogiat vastava lülivahemiku diski prolapsi tüüpilise neuroloogilise sümptomatoloogiaga igal haigusjuhul eraldi ning taha järeldusi. Kahel esimesel haigusjuhul on mõlema jala sümptomatoloogia antud koos, kuna sümptomide osas esineb suur kokkulangevus. Ürinevused kummagi jala sümptomatoloogias on välja toodud. Kolmandal juhul on kummagi jala sümptomatoloogia toodud eraldi.

Haigusjuht nr. 1 (114).

Diski prolaps kummalgi pool L₅-S₁ lülivahemikus.

Anamneesi pikkus üle 11 a., retsidiivid puuduvad. Valu lokaliseatsioon vasakul jalal: ristluus, reie taga, sääre taga, kannas, IV ja V varbas; valu lokaliseatsioon paremal jalal: sääre taga, kannas, põie lateraalsel serval, IV ja V var-

bas. Lumballordoosi lamamenina. Skolioosi ei esine. Seljalihaste pinget mõlemal pool. Selgroo painutamise ette mõõdukalt piiratud, mujale vaba. Vasakul kogu lumbaalosa palpatsioonil hell, paremal valulikkust ei esine. Kellasaümptoom negatiivne. Nõrvi kulg vasakul jalal valulik põlveõndlas, paremal jalal valutu. Laseque sümptoom negatiivne. Lihaste toonus alanenud säärel. Fibrillaarseid tõmbusi ja paresteesiaid ei esine. Lihaste atroofia reiel vähene, säärel märgatav. Valutundlikkus alanenud: reie tagumisel, sääre tagumisel ja sääre lateraalsel pindmikul, põie lateraalsel serval. Achilles-refleks puudub. Röntgenoloogiliselt diagnoositud spondüloosi ja osteohondroosi. Motoorika osas mõõdukalt nõrgenenud sääre ekstensioon ja suure varba dorsaalfleksioon. Liikver normis.

Haigusjuht nr. 2 (97)

Diski prolaps kummalgi pool L_5-S_1 lülivahemikus. Anamneesi pikkus 1 a., retsidiivid arv 2 korda. Valu lokaliseerimine ristluus ja reie tagumisel ja lateraalsel pindmikul. Lumballordoos lamenenud. Skolioos vasakule. Seljalihaste pinget esineb mõlemal pool. Selgroo painutamise ette mõõdukalt piiratud, mujale vaba. Paraspinoosne valulikkus L_4-L_5 ja L_5-S_1 lülivahemiku kõrgusel bilateraalset. Kellasaümptoom negatiivne. N. ischiadicuse palpatsioonil kogu nõrvi kulg valulik. Laseque sümptoom vasakul subjektiivselt valulik, paremal mõõdukalt positiivne. Lihaste toonus säärel alanenud. Fibrillaarseid tõmbusi, paresteesiaid, lihaste atroofiat ei esine. Tundlikkus normis. Achilles-refleksi puudub. Mediaalne ja lateraalne plantaarrefleksi

paremal madaldunud. Motoorika häireid ei esine. Röntgenoloogiliselt diagnoositud diski prolapsi L₅-S₁ lülivahemikus bilateraalset.. Liikvori analüüsil valk suurenenud nii diski prolapsi vahemikust all- kui ülalpool.

Haigusjuht nr 3 (18)

Diski prolaps vasakul L₅-S₁ lülivahemikus,
paremal L₄-L₅ lülivahemikus.

Vasaku jala sümptomatoloogia.

Anamneesi pikkus kuni 1 a., retsidiivide arv 1 kord. Spontaansse valu lokaliseatsioon reieja sääre taga, põie lateraalsel serval. Lumbaallordoozi muutusi ei esine. Skolioos vasakule. Seljalihaste pinget ei esine. Selgroo painutamise taha tugevalt piiratud, mujale vaba. Paraspinoosset valilikkust ei esine. Kella sümptoom negatiivne. Närvi kulg palpatsioonil valutut. Laseque sümptoom määdukalt positiivne. Lihaste toonus alanenud gluteaalgrupis, reie ja sääre tagumises grupis. Fibrillaarseid tõmbusi, paresteesiaid, lihaste atroofiat ei esine. Valutundlikkuse alanemine sääre lateraalsel ja anterolateraalset pindmikul, põie mediaalsel pindmikul. Achilles-refleks puudub, plantaarrefleksid madalamad. Motoorika osas suure varba dorsaalfleksioon määdukalt nõrgenenud. Röntgenoloogiliselt diagnoositud spondüloosi ja osteohondroosi. Liikvor normis.

Parema jala sümptomatoloogia.

Anamneesi pikkus kuni 1 a., retsidiivide arv 1 kord. Spontaansse valu lokaliseatsioon ristluus, reie lateraalset pindmikul, sääre tagumisel ja lateraalset pindmikul, põie mediaalsel serval. Lumbaallordooz muutusteta. Skolioos vasa-

kula. Seljalihaste pinget ei esine. Selgroo painutamine teha tugevalt piiratud. Paraspinoosne valulikkus L_3-L_4 ja L_5-S_1 lülivahemiku kõrgusel paremal. Kellasümptoom negatiivne. Laseque sümptoom mõdukalt positiivne. Lihaste toonus normis. Fibrillaarseid tõmbusi, paresteesiaid, lihaste atroofiat ei esine. Valutundlikkuse alanemine suure lateraalsel ja anterolateraalsetel pindmikul, põia mediaalsel pindmikul. Achilles-refleks normis, patellaarrefleks puudub, mediaalne plantaarrefleks madalam. Motoorika osas labajala ja suure varba dorsaalrefleksioon nõrgenenud. Röntgenoloogiliselt diagnoositud spondüloosi ja osteohondroosi. Liikvor normis.

C. Diski prolaps kesk- asendis.

a. Üldandmed.

Keskasendi diskil prolaps L_4-L_5 lülivahemikus esines ühel haigel (0,8%). Haige on meessoost, 35 a. vana, füüsilise töö tegija.

b. Haigusjuhu kliiniline karakteristika.

Anamneesi pikkus 8 a., retsidiivid arv 3 korda. Valu lokaliseerus ristlunasse. Keines lumbaallordoosi lamnemine, skolioos vasakule. Seljalihaste pinget ei esinenud. Selgroo painutamine ette oli tugevalt piiratud, taga ja külgedele mõdukalt. Paraspinooselt esines L_5-S_1 lülivahemiku kõrgu-

sel vasakul tugev valukikkus. Kellasümptoom oli negatiivne. Harvi kulg oli palpatsioonil helluseta. Laseque sümptoom oli paremal 70 kraadi, vasakul 60 kraadi positiivne. Paremal esines määdukas tuharalihaste hüpotoonia. Lihaste atroofiat ei esinenud. Valutundlikkus oli alanenud mõlemal tuharal. Vasakul jalal olid Achilles-refleks ja lateraalne plantaarrefleks aadalamad. Paremal jalal olid refleksid normis. Motoorika häireid ei esinenud.

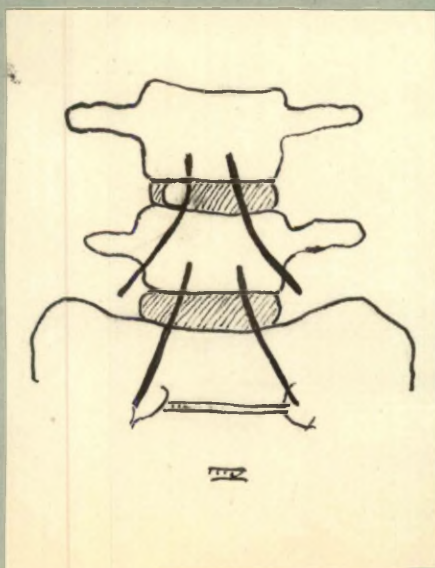
Ühkaülograafial diagnoositi röntgenoloogiliselt diski prolapsi L₄-L₅ lülivahemikus paremal. Liikver oli normis.

3. Nimme-ristluu diski prolapside ja nende staadiumide neuroloogiline sümptomatoloogia.

Eelpool teostatud analüüs võimaldab selgitada L₄-L₅ ja L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapside tüüpilise sümptomatoloogia, mis on oluline toepika määramisel ja võimaldab selgitada esinenud kliiniliste diagnooside ebatäpsuste põhjused võrreldes kirurgilise leiuga.

Parema ülevaate saamiseks on erinevate lülivahemike diski prolapside ja nende staadiumide sümptomatoloogia toodud tabelitena. Ühe lülivahemiku diski prolapsi üldise kliinilise sümptomatoloogia kõrval on tabelites antud võrdluseks naabervahemiku diski prolapsi samade sümptomide esinemissagedus. Staadiumide kliinilise sümptomatoloogia tabelites on andmeid võrreldud vastava lülivahemiku diski prolapsi üldandmetega.

L₄-L₅ lülivahemiku
diski prolaps



a. L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapsi
Kliiniline sümptomatoloogia.

Tabel nr. 38.

Sümptoomid	Sümptoomide muutused	L ₄ -L ₅ lülivahemiku diski prolaps		L ₅ -S ₁ lülivahemiku diski prolaps	
		arv(61)	%	arv(63)	%
		Spontsanne valu			
- ristluua		36	57,4	42	69,2
- süüre lateraalsel pinda.		30	49,2	20	31,6
- " tagumisel "		18	29,5	38	61,8
- reie tagumisel "		20	32,6	32	52,8
- põie mediaalsel serval		18	29,5	3	4,8
- I ja II varvas		22	36,1	3	4,8
Lumbaallordoos	lamenenud	31	50,8	45	75,0
"	asendumine küfoosiga	6	9,8	1	1,6
Skolioos/diski prolapsi poolele		55/ 31	90,2/ 50,9	40/ 19	63,2/ 47,5
Seljalihaste pinged/diski prolapsi poolele		26/ 14	42,6/ 53,0	21/ 15	33,3/ 71,4
Seljgroo painutamine ette	piiratud	45	73,6	43	68,1
" " " " " " " " " " " "	"	44	72,3	33	52,3
" " " " " " " " " " " "	"	41/ 20	67,2/ 48,8	25/ 15	39,6/ 60,0
Paraapinoosne valulikkus L ₄ -L ₅ lülivahemiku kõrgusel		19	31,1	8	12,7
Kelläsümptoom	positiivne	26	42,6	21	33,2
Laseque sümptoom homolateraalset	"	23	37,6	30	47,7
homolateraalset + kontralateraalset	"	16	25,6	14	21,8
Brudzinski ülemine sümpt.	"	1	1,6	-	-
" alumine "	"	2	3,2	1	1,6
Kernigi sümptoom	"	6	9,8	2	3,2
Keri sümptoom	"	5	8,2	1	1,6

Lihaste toonus gluteaalgr. alanenud	30	49,2	39	61,9
" " reiel	27	44,3	21	33,3
" " säärel	36	57,4	39	61,9
Lihaste atroofia reiel	17	27,9	12	19,2
" " säärel	27	44,3	25	39,7
Valutundlikkus				
- reie lateraalsel pindm. alanenud	17	27,9	16	25,4
- esmisel (reie)	11	18,0	-	-
- sääre lateraalsel pindm.	28	45,9	35	51,5
- " anterolat.	30	49,2	4	6,4
- põia mediaalsel serval	27	44,3	3	4,8
Vibratsioonitundlikkus				
- malleolus mediaalsel	5	8,2	2	3,2
- " lateraalsel	4	6,6	4	6,4
- suurel varbal	1	18,0	-	-
Refleksid:				
Achilles- madaalam	19	31,1	24	38,0
" patellaar-	7	11,5	8	12,7
" med. plant.-	18	28,9	19	30,1
" lat.	17	27,2	25	39,7
Motoorika				
- labajala dorsaalfleks. nõrgenenud	21	34,4	7	11,4
- suure varba " " "	38	62,3	9	14,4
<hr/>				
Anamneesist				
Mehed	44	72,1	39	63,4
Vanuserühmad 31 - 40 a.	31	50,8	32	50,8
Anamneesi pikkus 1-5 a.	38	62,3	28	44,3
Retsidiivide arv üle 3 korra	17	27,9	12	19,0

Nagu tabelist nähtub, on L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapsi sümptomatoloogiast real sümptomidel oma kõrge esinemisageduse protsendi tõttu eriline määrav tähtsus L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapsi diagnoosimisel. Siia kuuluvad järgmised sümptomid:

1. Spontaanse valu lokaliseatsioon ristluus (57,4%), sääre lateraalsel pindmikul (49,2%), harvem I ja II varbas (36,1%).

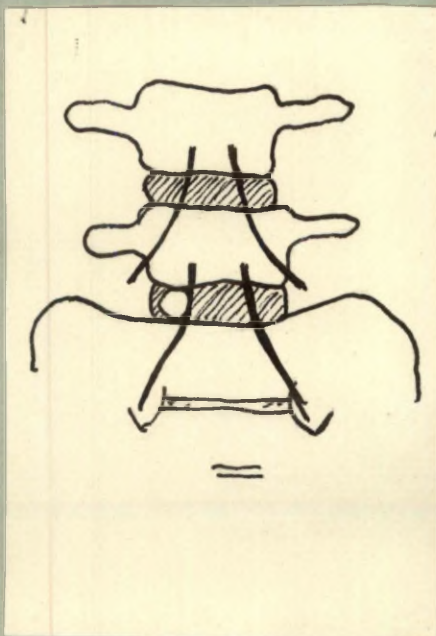
2. Skolioos 90,2% haigetest, neist diski prolapsi poolele 50,9%.

3. Selgroo painutamine ette piiratud 73,6%, taha piiratud 72,3%, külgedele 67,2%

4. Valutundlikkuse alanemine sääre anterolateraal-
sel pindmikul - 49,2%, sääre lateraalsel pindmikul - 45,8%,
pöia mediaalsel nerval 44,3%.

5. Suure varba dorsaalfleksiooni nõrgenemine 44,3%.

b. L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsi
kliiniline sümptomatoloogia



Tabel nr. 39 .

Sümptoonid	Sümptoo- mide muu- tused	L ₅ -S ₁ lülivahemiku diski prolaps		L ₄ -L ₅ lülivahemiku diski prolaps	
		Haigete arv(63)	%	Haigete arv(61)	%
Spontaanne valu					
- ristluus		42	69,2	36	57,4
- sääre tagumisel pindm.		38	61,8	18	29,5
- " lateraalsel "		20	31,6	30	49,2
- reie tagumisel pindm.		32	50,8	20	32,8
- kannas ja pöia later. nerval		26	34,2	8	12,1

		(L ₅ -S ₁)	(L ₄ -L ₅)
- IV ja V varbas		12 20,6	3 4,9
Lumbaallortoos	lamenenine	47 75,0	31 50,8
Skolioos/diski prolapsi poolele		40/ 63,2/ 19 47,5	55/ 90,2/ 31 50,9
Seljalihaste pinged/diski prolapsi poolele		21/ 33,3/ 15 71,4	26/ 42,6/ 14 23,6
Selgroo painutamine ette piiratud	"	43 68,1	45 73,7
" " " tahta	"	33 52,3	44 72,1
" " " külgedele/diski prolapsi pool.	"	25/ 39,6/ 15 60,0	41/ 67,2/ 20 48,8
Närvi kulg valulik kogu ulatuses		18 28,6	6 9,8
Paraspinoosne valulikkus L ₅ -S ₁ lülivahemiku kõrgusel		11 17,4	4 6,6
Laseque sümptom -homolateraalset	positiiv.	30 47,7	23 37,6
- " " " kontralateraalset	"	14 21,8	16 25,6
lihaste toonus - gluteaalgrupis	alanenud	39 61,9	30 44,2
- säärel	"	38 61,9	36 57,4
- reiel	"	21 33,3	27 44,3
Lihaste atroofia - säärel		25 39,7	27 44,3
Valutundlikkus - reie tagumisel pind.	alanenud	11 17,5	4 6,6
- säärel " "	"	17 26,0	3 4,9
- " " lateraalset " "	"	35 55,5	28 45,9
- põie " " serval	"	47 74,6	21 34,4
Vibratsioonitundlikkus - väikesel varbal	"	8 12,7	7 11,5
Refleksid: Achilles-	madalam	24 38,0	19 31,1
" " "	puudub	33 51,4	5 8,2
" patellaar-	madalam	8 12,7	7 11,5
" " "	puudub	2 3,2	1 1,6
" med. plant.	madalam	19 30,1	16 25,6
" lat. " "	"	22 34,9	16 25,6
" " " "	puudub	3 4,8	1 1,6
Motoorika - labajala plantaarfleks. nõrgenenud	"	10 15,8	6 9,8
- suure varba " " "	"	6 9,5	5 8,2

	(L ₅ -S ₁)	(L ₄ -L ₅)
<u>Anamneesist</u>		
Puusiline t88 tegijaid	45 71,4	39 64,4
Vanuserühmad 41 - 50 a.	25 36,5	15 24,6
Anamneesi pikkus 6-10 a.	14 22,2	9 14,8
" " üle 11 a.	16 25,2	14 23,0
Retsidiivide arv 2 korda	11 17,5	9 14,8
" " 3 "	16 25,4	10 16,4

L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsil tuleb kõrge esinemissageduse % tõttu lugeda määravateks järgmisi sümptomeid:

1. Spontaanse valu lokaliseatsioon ristluus (69,2%), reie tagumisel pindmikul (50,8%) ja sääre tagumisel pindmikul (61,8%).

2. Lumbaallordoosi lanemine 73,0%

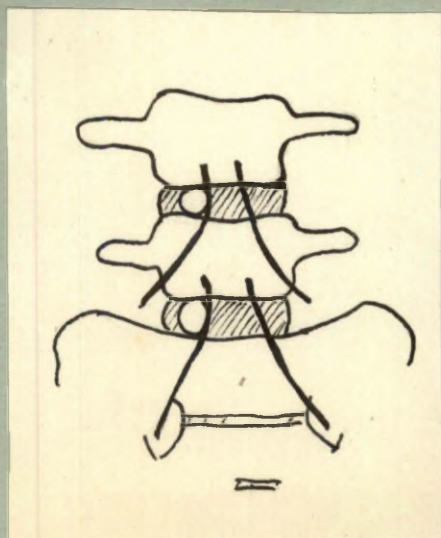
3. Selgroo painutamise piiratus ette 68,1%

4. Gluteaalgrupi ja sääre lihaste hüpotoonia 61,9%

5. Achilles-refleksi muutused 89,4%, nendest madaldumine 38,0%, puudumine 51,4%

6. Valutundlikkuse alanemine sääre lateraalsel pindmikul 55,5%, sääre tagumisel pindmikul 26,0%, reie tagumisel pindmikul 17,3%, põia lateraalsel serval 74,6%.

c. Ühel pool kahe lülivahemiku (L₄-L₅ ja L₅-S₁) diski prolapside kliiniline sümptomatoloogia.



Ühel pool L₄-L₅ ja L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsiga haigeid esines 3. Kõigil kolmel juhul olid diski prolapsid II^a staadiumis.

Parema ülevaate saadi-

seks kliinilisest sümptomatoloogiast käsitletakse siin
igat haigusjuhtumit eraldi

Haigusjuht nr. 1 (18)

Diski prolaps ühel pool L_4-L_5 ja L_5-S_1 lülivahemikus.
dx.

53 a. meeshaige, füüsilise töö tegija.

Anamneesi pikkus 15 a., retsidiivide arv 6. Spontaanne valu lokaliseerub vasakusse puusa, sääre lateraalsel pinnale, kanda. Paremäl tugev seljalihaste pinged. Lumbaal-lordosis normis. Lumbaalosas minimaalne skolioos vasakule. Selgroo painutused ette ja taga mõeldukalt piiratud, Pars-spiiroosne valulikkus L_4-L_5 lülivahemiku kõrgusel paremal. "Kellesümptom" positiivne. Laseque sümptom paremal jalal 80 kraadi positiivne. Lihaste toonus normis. Reiel vähene, säärel mõeldukas lihaste atroofia. Tundehäireid ei esine. Achilles-refleks puudub paremal. Paremäl suure varba dorsaalfleksioon enam kui plantaarfleksioon nõrgenenud. Labajala dorsaalfleksioon samuti nõrgenenud enam kui plantaarfleksioon. Röntgenoloogiliselt diagnoositud osteo-hondroosi L_4-L_5 ja L_5-S_1 lülivahemikus.

Võrreldes toodut L_4-L_5 ja L_5-S_1 lülivahemike kliinilise sümptomatoloogiaga näeme, et antud juhul esineb võrdselt nii L_4-L_5 kui ka L_5-S_1 lülivahemiku diskil prolapsidele iseloomulikke sümptome.

Haigusjuht nr. 2 (49).

Diski prolaps ühel pool L_4-L_5 ja L_5-S_1 lülivahemikus
dx.

50 a. meeshaige, füüsilise töö tegija.

Anamneesi pikkus 12 a., retsidiivide arv 3. Spontaanne valu lokaliseerub ristluus, reie ja sääre lateraalsel

pinnal, labajala mediaalsel serval, suure varbas.. Lumbaal-
lordoos lamenenud, tugev skolioos paremale. Paremal vähene
seljalihaste pinget. Selgroo painutamine ette tugevalt pii-
ratud, taha, külgedele mõõdukalt. Paraspinoosne valulikkus
paremal L₄-L₅ lülivahemiku kõrgusel. Laseque sümptoom pare-
mal 75 kraadi positiivne. Sääre ja reie lihaste hüpotoonia.
Achilles-refleks madaldunud, samuti lateraalne plantaarrefleks.
Valutundlikkuse alanemine sääre lateraalsel ja tagumisel
pindmikul, põia mediaalsel serval. Parema suure varba
dorsaalfleksiiooni nõrkus. Röntgenoloogiliselt diagnoositud
osteohondroosel L₃-L₄ ja L₄-L₅ lülivahemikes.

Mäme, et antud haigusjuhu kliiniline sümptomatoloogia
on sarnane nii L₄-L₅ kui ka L₅-S₁ lülivahemiku diski pro-
lapsi kliinilisele sümptomatoloogiale.

Haigusjuht nr. 3.(61)

Diski prolaps ühel pool L₄-L₅ ja L₅-S₁ lülivahemikus
sin.

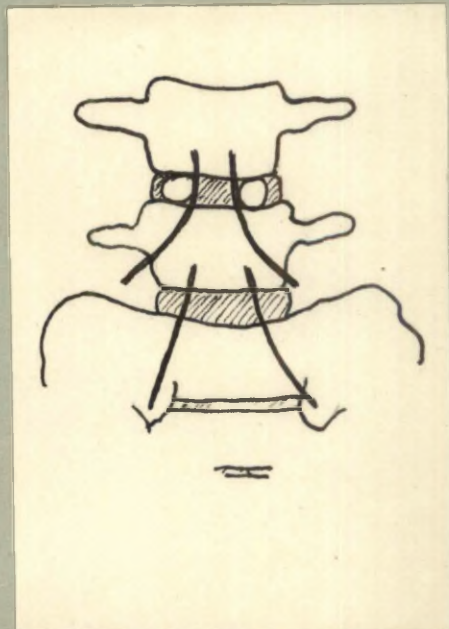
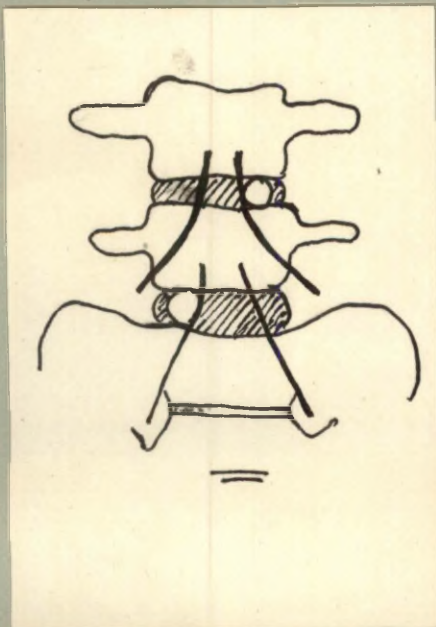
59 a. meeshaige, füüsilise töö tegija

Anamneesi pikkus 3 a., retsidiivide arv 2. Spontaanse
valu lokaliseatsioon vasakul puusas, reie ja sääre lateraalsel
pinnal. Lumbaallordoos lamenenud, skolioos vasakule. Selja-
lihaste pinget vasakul. Peinutused ette mõõdukalt piiratud,
taha ja külgedele tugevalt. Paraspinoosne valulikkus vasa-
kul L₄-L₅ lülivahemiku kõrgusel. Laseque sümptoom vasakul
50 kraadi positiivne. Tuhara ja sääre tagumise grupi lihaste
hüpotoonia. Achilles-refleks madaldunud, plantaarrefleksid
puuduvad. Valutundlikkuse alanemine sääre lateraalsel pind-
mikul ja põia lateraalsel serval. Suure varba dorsaal-
fleksiiooni nõrgenemine. Röntgenoloogiliselt diagnoositud
spondüloosid.

Viimasel haigel esineb võrdselt nii L_4-L_5 kui ka L_5-S_1 lülivahemiku diski prolapsi sümptome.

Kokkuvõttes võib öelda, et diski prolapside korral ühel pool L_4-L_5 ja L_5-S_1 lülivahemikus esineb võrdselt nii L_4-L_5 kui ka L_5-S_1 lülivahemiku diski prolapsile iseloomulikke sümptome.

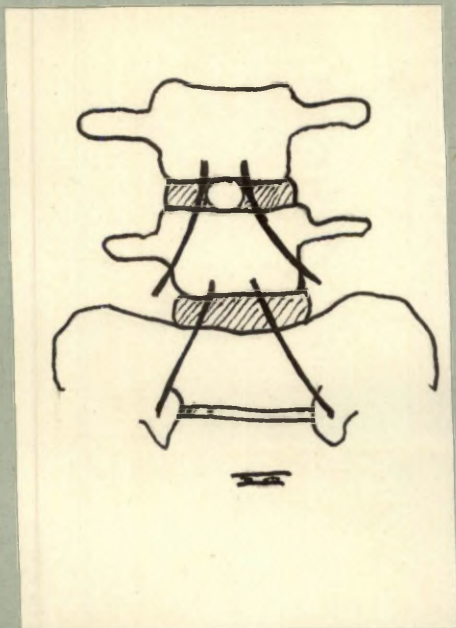
d. Bilateraalsete diski prolapside (L_4-L_5 ja L_5-S_1 lülivahemikus) kliiniline sümptomatoloogia.



Bilateraalsete L_4-L_5 ja L_5-S_1 lülivahemiku diski prolapside sümptomatoloogiat võrreldi selpoolteodud L_4-L_5 lülivahemiku ja L_5-S_1 lülivahemiku diski prolapside kliinilise sümptomatoloogiaga.

Võrdlusest näeme, et kõigil kolmel bilateraalse diski prolapsi juhul ühtib kliiniline sümptomatoloogia selpoolteodud tüüpilise L_4-L_5 lülivahemiku ja L_5-S_1 lülivahemiku diski prolapsi kliinilise sümptomatoloogiaga.

e. Keskasendis diski prolapsi
kliiniline sümptomatoloogia (vt.lk.88).



Kuna antud grupis oli tegemist ainult ühe haigusjuhuga, ei saa kliinilise sümptomatoloogia kohta mingeid kindlaid järeldusi teha.

f. L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapsi
kliiniline sümptomatoloogia II^a staadiumis.

Tabel nr. 40

Sümptomid	Sümptomatoloogia	L ₄ -L ₅ lülivahemiku d. prolapsi II ^a et.		L ₄ -L ₅ lülivahemiku d. prolapsi (üldse)	
		Haigete arv(38)	%	Haigete arv(61)	%
Spontaanne valu					
- ristluus		16	42,1	36	57,4
- reie lateraalsel pindm.		11	28,9	14	23,0
- sääre " "		23	60,5	30	49,2
- " tagumisel " "		12	31,6	18	29,5
- põia mediaalsel serval		10	26,3	18	29,5
- I ja II varbas		9	23,7	22	36,1
Lumbaaliordoos	lanenemine	21	55,2	31	50,8
"	asendumine				
	küföosiga	4	10,5	6	9,8
Skolioos/diski prolapsi poolele		36/19	94,7/52,6	55/31	90,2/50,9

	(L ₄ -L ₅)	II ^a)	(Üldae)	
Seljelihaste pinged/diski prolapsi poolel	15/ 9	39,4/ 60,0	26/ 14	42,6/ 53,1
Paraspinoosne valu'ikkus L ₄ -L ₅ lülivaheajaku kõrgusel	10	26,3	19	31,1
Selgroo painutamise ette piikatud	26	68,5	45	73,6
" " " taha " "	25	65,7	44	72,3
" " " külgsedale/diski prolapsi poolele	19/ 9	50,0/ 50,0	41/ 20	67,2/ 48,8
"Kellasümptoom"	positiiv.	15	39,5	26 42,6
Laseque sümptoom homolateralselt	"	16	42,1	23 37,6
lihaste toonus gluteaal-grupis	alanenud	19	55,8	30 49,2
" " reiel	"	16	47,0	27 44,3
" " säärel	"	18	52,9	36 57,4
lihaste atroofia reiel	11	28,9	17	27,9
" " säärel	13	34,2	27	44,3
Tundlikkus (valu)				
- reie lateraalsel pindm.	alanenud	11	28,9	17 27,9
- sääre " "	"	18	47,4	28 45,9
- " anterolater. "	"	19	50,0	30 49,2
- põia mediaalne serv	"	18	47,4	27 44,3
- " lateraalne "	"	12	31,6	21 34,3
Vibratsioonitundlikkus				
- malleolus mediaalsel	"	4	10,5	5 8,2
- " lateraalsel	"	3	7,9	4 6,6
- suur varvas	"	7	18,4	11 18,0
Refleksid: Achilles-	madalam	12	31,6	19 31,1
" med. plant.	"	9	23,7	18 28,9
" " "	puudub	1	2,6	2 3,3
" lat. "	madalam	9	23,7	16 25,6
" " "	puudub	1	1,6	1 1,6
Motoorika				
- labajala dorsaalfleks.	nõrgenenud	12	31,6	21 34,4
- suure varba " "	"	19	50,0	38 62,3
<hr/>				
<u>Anamneesid</u>				
Anamneesi pikkus 1 - 5 a.	21	55,2	38	62,3
" " üle 11 a.	10	26,3	14	23,0
Retsidiivide arv 3 korda	7	18,4	10	16,4

2. Skolioos 90,9%, diski prolapsi poolele 72,8%
3. Selgroo painutamise piiratus ette 90,9%
 " " " taha 90,9%
 " " " külgedele 59,0%
4. Seljalihaste pinget 63,7%, neist diski prolapsi poolele 36,4%
5. Lihaste atroofia suurel 63,7%
6. Labajala dorsaalfleksiooni nõrgenemine 54,6%
 suure varba " " " 63,6%

h. L₄-L₅ ülivahemiku diski prolapsi
 kliiniline sümptomatoloogia II-III staadiumis

Tabel nr.42.

Sümptoomid	Sümptoomide muutused	L ₄ -L ₅ üli-	L ₄ -L ₅ üli-
		vahemiku d. pr. II-IIIst.	vahemiku d. pr. (üldse)
		Raigete arv (9)	Raigete arv (61)
Spontaanne valu			
- ristluus		7	36
- suure tagumisel pindm.		4	18
- " anterelat. "		3	30
- reie tagumisel pindm.		4	20
- I ja II varbas		5	22
Lumbaallordosis	lamenenud	6	31
Skolioos/diski prolapsi poolele		7/ 3	55/ 31
Seljalihaste pinget/diski prolapsi poolele		3/ 1	26/ 14
Selgroo painutamine ette	piiratud	7	45
" " taha	"	6	44
" " külgedele/ diski prolapsi poolele	"	8/ 3	41/ 20
"Kellaasümptoom"	positiivne	6	26

4. Lumbaallordoosi lamene mine - 6 haigel
5. "Kellasümptoom" positiivne - 6 haigel
6. Valutundlikkuse alanemine sääre anterolateraal-
sel pindmikul - 6 haigel; reie eemisel pindmikul - 5 haigel
7. suure varba dorsaalfleksiooni nõrgenemine -
6 haigel.

Võrreldes II^a ja II^b staadiumiga näeme II-III (üle-
minekustaadium) rohkema hulga L₅-S₁ lülivahemiku diski
prolapsi sümptomide esinemist. Nendeks on valu sääre tagu-
misel pindmikul, Achilles-refleksi puudumine, mediaalse ja
lateraalse plantaarrefleksi madaldumine, suure varba
plantaarrefleksiooni nõrkus.

1. L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapsi
kliiniline sümptomatoloogia III staadiumis

Tabel nr.43.

Staadiumid	Sümptoo- mide muu- tused	L ₄ -L ₅ lüli- vahemiku d. prolaps III staadiumis	L ₄ -L ₅ lüli- vahemiku d. pr. (üldse)
		Haigete arv(3)	Haigete arv(61)
Spontaanne valu			
- reie tagumisel pindm.		2	20
- sääre lateraalsel pindm.		1	30
- " anterolater. "		1	6
- " tagumisel "		1	18
- põie mediaalsel serval		2	18
- I ja II varbas		2	22
Lumbaallordoos	lamenenud	3	31
Skolioos/diski prolapsi poolele		2/ 1	35/ 31
Seljalihaste pinge/diski prolapsi poolele		1/ 1	26/ 14

		(L ₄ -L ₅ lülivi- vähemik III et)	(üldse)
Selgroo painutamine ette	piiratud	2	45
" "	taha	3	44
Paraspinoosne valutikkus			
L ₄ -L ₅ lülivi- vähemik III et		1	19
"Kellasümptom"	positiivne	2	26
Laseque sümptom homolat.	"	1	23
Lihaste toonus säärel	alanenud	3	36
lihaste atroofia säärel		2	27
Valutundlikkus			
- reie lateraalne pindm.	alanenud	2	17
- sääre " "	"	3	28
- " anterolater. "	"	2	30
- põia mediaalne serv	"	2	27
- " lateraalne "	"	2	21
Vibratsioonitundlikkus			
- suur varvas	"	1	1
- väike "	"	1	7
Refleksid: Achilles-	puudub	2	19
" patellaar-	madalam	1	7
" med. plant.	"	3	18
" lat. "	"	3	17
Motoorika			
- sirge jala tõstmine ette	nõrgenenud	1	6
- labajala dorsaalfleksioon	"	1	21
- suure varba "	"	1	38
<hr/>			
Anamnees			
Anamneesi pikkus 1 - 5 a.		2	38
" " üle 11 a.		1	14
Retsidiivide arv 3 korda		1	10
" " üle 3 korra		1	17

L₄-L₅ lülivi-
vähemik III etadiumi diskil prolapsi korral
onavad suuremat tähtsust järgmised sümptomid:

1. Lumbaalloridoosi lameneimine - 3 haigel
2. Selgroo painutamine piiratus taha - 3 haigel
3. Lihaste toonus säärel alanenud - 3 haigel
4. Valutundlikkuse alanemine reie tagumisel pind-

mikul - 2 haiget, põia mediaalsel serval - 2 haiget ja I, II varbas - 2 haiget.

5. Mediaalse ja lateraalse plantaarrefleksi madaldumine - 2 haiget

Ka siin näeme suhteliselt suurema hulga L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsi sümptomide esinemist: spontaanse valu lokaliseatsioon reie ja sääre tagumisel pinnal, lihaste hüpotoonia säärel, valutundlikkuse madaldumine põia lateraalsel serval, Achilles-refleksi, mediaalse ja lateraalse plantaarrefleksi madaldumine.

J. L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsi kliiniline sümptomatoloogia II^a staadiumis

Tabel nr. 44.

Sümptomid	Sümptomide muutused	L ₅ -S ₁ lülivahemiku d. pr. II ^a st.		L ₅ -S ₁ lülivahemiku d. pr. (uldse)	
		Haigete arv (34)	%	Haigete arv (63)	%
Spontaanne valu					
- ristiilus		25	70,6	42	69,2
- sääre lateraalsel pinnal		22	64,6	38	61,8
- reie tagumisel "		19	55,8	32	50,8
- IV ja V varbas		7	20,6	13	20,6
Lumbaallordoo	lamenenud	24	68,7	47	75,0
Skolioos/diski prolapsi poolele		24/ 12	70,0/ 50,0	40/ 19	63,2/ 47,5
Seljalihaste pinged/diski prolapsi poolele		11/ 10	31,7/ 87,5	21/ 15	33,3/ 71,4
Selgroo painutamise ette	piiratud	35	73,5	43	68,1
" " " " " " " " " " " "	" " " " " " " " " " " "	19	54,9	33	52,8
" " " " " " " " " " " "	" " " " " " " " " " " "	14/ 9	41,1/ 56,6	25/ 15	39,6/ 60,0

(L₅-S₁, II^a et.) (üldse)

Närvi kulg valulik kogu ulatuses		9	26,4	18	28,6
Laseque sümptoom homolater. positiiv.		14	41,2	30	47,7
Lihaste toonus gluteaalgr.	alanenud	19	5,8	39	61,9
" " reiel	"	16	47,0	21	33,3
" " säärel	"	18	52,9	38	61,9
Fibriil atsioonid ja paresteesiad		7	20,6	5	12,7
Lihaste atroofia säärel		12	35,5	25	39,7
Valutundlikkus					
- reie tagumisel pindm.	alanenud	8	22,6	11	17,3
- sääre " "	"	13	38,2	17	26,0
- " lateraalsel "	"	19	55,8	35	55,5
- põia lateraalsel serval	"	24	70,5	47	74,6
Vibratsioonitundlikkus					
- väikesel varbal	"	4	11,6	8	12,7
Refleksid: Achilles-	madalam	15	44,1	24	38,0
" "	puudub	18	52,9	33	51,4
" patellaarrefl.	madalam	5	14,7	8	12,7
" lat. plant.	"	10	29,3	22	34,9
Motoorika					
- labajala plantaarfleks.	nõrgenenud	4	11,6	10	15,8
- suure varba "	"	3	8,8	6	9,5
<hr/>					
Anamneesist					
Anamneesi pikkus 6- 10 a.		8	22,6	14	22,2
Retsidiivide arv 1 kord		2	5,9	3	4,8
" " 2 korda		6	17,6	11	17,5
" " üle 3 korra		8	22,6	16	25,4

II^a staadiumi kliinilisest sümptomatoloogiast osavad määrava tähtsuse järgnised sümptomid:

1. Spontaanse valu lokalisatsioon ristluus - 70,6%, reie tagumisel pindmikul - 55,8% ja sääre lateraalsel pindmikul - 64,6%.

2. Lumbaallordoosi lanenemine - 68,7%

3. Skolioos - 70,0%, diaki prolapsi poolele 50,0%

4. Selgroo painutamise piiratus ette 73,5%

5. Valutundlikkuse alanemine säre lateraalsel pindmikul - 55,8%, põia lateraalsel serval - 70,5%

6. Achilles-refleksi muutumine 97,0% (madaldumine 44,1%, puudumine 52,9%).

k. L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsi kliiniline sümptomatoloogia II^b staadiumis.

Tabel nr. 45.

Sümptomid	Sümptomite muudatused	L ₅ -S ₁ lülivahemiku d. pr. II ^b st. Haigete arv(21) %		L ₅ -S ₁ lülivahemiku d. pr. (üldse) Haigete arv(63) %	
Spontaanne valu					
- ristiüsus		11	52,4	42	69,2
- reie tagumisel pindm.		10	47,6	32	50,8
- " lateraalsel "		4	19,0	10	15,8
- säre " "		8	38,1	20	31,6
- " tagumisel "		13	61,9	38	61,8
Lumbaallordeos	lamenenud	17	80,9	47	75,0
Paraspinoosne valutikkus L ₅ -S ₁ lülivahemiku kõrgusel		4	19,0	11	17,4
"Kellasümptom"	positiivne	9	42,8	21	33,2
Laseque sümptoomi homolat.	"	15	71,5	30	47,7
Lihaste toonus gluteaalgr. alanenud		17	80,9	39	61,9
" " reiel "		11	52,4	21	33,3
" " särel "		15	71,4	38	61,9
Lihaste atroofia särel		9	49,2	25	39,7
Valutundlikkus					
- säre lateraalsel pindm.	alanenud	13	61,9	35	55,5
- põia " serval "	"	16	76,2	47	74,6
Vibratsioonitundlikkus					
- väike varvas		4	19,6	8	12,7
Refleksid: Achilles-	puudub	12	57,1	33	51,4
" med. plant.	madalam	12	57,1	19	30,1
" lat. "	"	14	66,7	22	34,9

(L₅-S₁ II^b st.) (üldse)

Motoorika				
- labajala plantaarfleks. nõrgenenud	4	19,0	10	15,8
- suure varba " " "	3	14,4	6	9,5
- " " dorsaalfleks. " "	4	19,0	9	14,4

Anamneesist				
Anamneesi pikkus 6 - 10 a.	3	14,3	14	22,2
" " üle 11 a.	7	33,3	16	25,2
Retsidiivide arv 3 korda	7	33,3	16	25,4

II^b staadiumis on suure esinemissageduse protsendi tõttu o

isid tähtsusega järgmised sümptomid:

1. Spontaanse valu lokalisatsioon sääre tagumisel pinnal - 61,9%
2. Lumbaallordoosi lamemine - 80,9%
3. Laseque sümptom homolateraalset positiivne - 71,5%
4. Lihaste hüpotoonia gluteaalgrupis 80,9%, säärel 71,4%
5. Valutundlikkuse alanemine põia lateraalsel serval - 76,2%, sääre lateraalsel pindmikul 61,9%.

1. L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsi kliiniline sümptomatoloogia II-III staadiumis

Tabel nr. 45.

Sümptomid	Sümptomide muutuse	L ₅ -S ₁ lülivahemiku d. pr. II-III st.	L ₅ -S ₁ lülivahemiku d. pr. (üldse)
		Haigete arv (5)	Haigete arv (63)

Spontaanne valu			
- ristluus		3	42
- reie lateraalsel pindm.		3	10
- sääre " "		4	20

(L₅-S₁ II-IIIst.) (üldse)

Selgroo painutamise ette piiratud	3	43
Paraapinoosne valulikkus L ₅ -S ₁ lülivahemiku kõrgusel	2	11
Laseque sümptooma hoolet.+ kontralateraalset. positiivne	3	14
Lihaste toonus säärel alanenud	4	38
Lihaste atroofia säärel	3	25
Valutundlikkus		
- sääre lateraalsel, pindm. alanenud	3	35
- " anterolater. " " "	1	4
- põia lateraalne serv " "	5	47
Refleksid: Achilles- puudub	3	33
Motoorika:		
- labajala plantaarfleks. nõrgenenud	1	10
<hr/>		
<u>Anamneesist</u>		
Anamneesi pikkus 1-5 a.	2	28
" " üle 11 a.	2	16

II-III staadiumis omavad suurema tähtsuse järgmised

sümptomid:

1. Spontaanne valu sääre lateraalsel pinnal - 4 haigel
2. Lihaste hüpotoonia säärel - 4 haigel
3. Valutundlikkuse alanemine põia lateraalsel
serval - 5 haigel
4. Achilles-refleksi puudumine - 3 haigel.

Antud juhul II-III staadiumis suuremat L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapsi sümptomide esinemist ei saa tähele panna, v.a. spontaanne valu lokaliseatsioon sääre lateraalsel pinnal.

m. L₅-S₁ lülivahemiku diskil prolapsi
kliiniline sümptomaatoloogia III staadiumis

Tabel nr. 46.

Sümptoomid	Sümptoomide muutused	L ₅ -S ₁ lülivahemiku d. pr. III st. Haigete arv(3)	L ₅ -S ₁ lülivahemiku d. pr.(Üldse) Haigete arv(63)
Spontaanne valu			
- ristluus		3	42
- reie tagumisel pindm.		2	32
- sääre " "		2	38
- kannas		1	26
- IV ja V varbas		1	13
Lumballordoos	lanenenud	2	47
Selgroo painutamine ette	piiratud	2	43
" " külgedele/	"	3/	25/
diskil prolapsil poolele	"	1	15
Laseque sümptoom hoolelat.-	positiivne	2	14
kontralateralselt			
Paraspinoosne valulikkus			
L ₅ -S ₁ lülivahemiku			
kõrgusel		1	11
Narvi kulg valulik kogu			
ulatuses		3	18
Lihaste toonus gluteaalgr.	alanenud	2	39
" " reiel	"	2	21
" " säärel	"	2	38
Valutundlikkus			
- sääre anterolateralsel p.	"	1	4
- põia lateralsel serval	"	2	47
Refleksid: Achilles-	madalam	1	24
" patellaar-	"	1	8
<u>Anamnees</u>			
Anamneesi pikkus	6 - 10 a.	2	14
" " " "	üle 11 a.	1	16
Retsidiivide arv	2 korda	1	11
" " " "	3 " "	1	16

L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsi III staadiumis olid järgised määrava tähtsusega sümptomid:

1. Spontaanne valu ristluus - 3 haigel.
2. Kogu närvi kulg palpatsioonil valulik - 3 haigel.
3. Selgroo painutamine külgedele piiratud - 3 haigel.

Ka III staadiumis ei ole L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapsil sümptomide arv märgatavalt suurenenud.

4. Kliinilise diagnoosi ebatäpsused võrreldes kirurgilise leiuga.

20-st kliinilise diagnoosi ebatäpsusega juhust operatsioonil ei leitud üldse diski prolapsi 3-1 haigel, 17 haigel aga ei olnud diski prolapsi toopika tüpne.

Parema ülevaate saamiseks nimetatud juhtudest ning kliinilise diagnoosi ebatäpsuste põhjuste selgitamiseks saab osa juhtudest käsitletud üksikult.

Haigusjuht nr.1 (9)

Kliiniline dgn.: Prolapsus disci I/v L₄-L₅ dx.
Radiculitis L₅ dx.

Kirurgiline dgn.: -
Radiculitis L₅ dx.

49 a. naishaige, kodune.

Anamneesi pikkus 4 a., retsidiivide arv 3 korda.

Spontaanne valu ristluus, reie ja sääre lateraalsel pindmikul. Skolioos paremale. Paremal selja lihaste pinges. Selgroo painutused mõeldukalt piiratud ette, taga ja paremale. Paraspinoosne valulikkus L₅-S₁ lülivahemiku kõrgusel, samas kellaümbruses positiivne. Laseque sümptom 60 kraadi positiivne. Tuhara, reie ja sääre tagumise grupi lihaste hüpotoonia. Refleksid normis. Paremal sääre kerge atroofia. Valutundlikkus alanenud reie külgnise ja eesmisel, sääre anterolateraalsel pindmikul, põlva dorsaalsel (enam mediaalsel) pindmikul. Paremal suure varba ja labajala dorsaalfleksioon nõrgenenud. Röntgenoloogiliselt diagnoositud spondüloosi.

Operatsioonil diski prolapsi ei leitud. Paremal L₅

närvijuur kahvatu, epiduraalkoega liitunud.

Haigusjuht nr. 2 (71)

Kliiniline dgn.: Prolapsus disci 1/v L₅-S₁ dx. et sin.

Kirurgiline dgn.: -

47. a. meeshaige, füüsilise tööga si tegele .

Anamneesi pikkus 4 a., retsidiivide arv 4. Spontaanne valu reie ja sääre tagumisel pinnal, paremas kannas. Vähenenud skolioos vasakule. Lumbaallordosis lamenenud. Selgroo painutused ette tugevalt, taha ja külgedele mõõdukalt piiratud. Paraspinoosne valulikkus L₅-S₁ lülivahemiku kõrgusel paremal. Laseque sümptom bilateraalset 30 kraadi positiivne. Parema tuhara, reie ja sääre tagumise grupi lihaste hüpotoonia. Paremal Achilles-refleks puudub. Tundlikkus normaalsed. Röntgenoloogiliselt leitud.

Operatsioonil diskid prolapsid ei leitud.

Haigusjuht nr. 3 (20)

Kliiniline dgn.: Prolapsus disci 1/v L₄-L₅ dx.
Kirurgiline dgn.: -

58 a. naisehaige, kodune.

Anamneesi pikkus 6 a., retsidiivide arv 1. Spontaanne valu reie välisküljel, sääre anterolateraalsetel pindaikudel. Skolioos kumerusega vasakule, lumbaallordosis asendunud küfoosiga. Painutused piiratud ette, taha ja külgedele. Paraspinoosne valulikkus paremal L₄-L₅ lülivahemiku kõrgusel. Laseque sümptom 80 kraadi positiivne. Achilles-refleks nõrgenenud. Valutundlikkus alanenud reie lateraalsetel ja sääre anterolateraalsetel pindaikudel. Sääre lihaste hüpotoonia. Suure varba dorsaalfleksioon nõrgenenud. Röntgenoloogiliselt leitud.

Operatsioonil diskid prolapsid ei leitud.

Selpeoltoodud kolmel juhul oli väljakujunenud iseloomulik vastava lülivahemiku diski prolapsi kliiniline sümptomatoloogia, kliiniline diagnoos oli põhjendatud. Nagu operatsioonil selgus, diski prolapsi neil juhtudel ei esinenud, esines aga reaktiivne põletik epiduraalkoes. Autorite arvates viimast tulebki pidada esinenud kliinilise pildi põhjuseks.

Järgnevalt toome ära haigusjuhud, kus operatsioonil leiti diski prolaps mitte kliiniliselt diagnoositud lülivahemikus, vaid naabervahemikus.

Haigusjuht nr. 4 (3).

Kliiniline dgn.: Prolapsus disci 1/v L₄-L₅ sin.
Kirurgiline dgn.: " " " " L₅-S₁ sin.

39 a. nashaige, füüsilise tööga ei tegele.

Anamneesi pikkus 3 kuud. Spontaanne valu ristluus, põlve lateraalsel pinnal. Lumbaalordoois lamenenud, kerge skolioos paremale. Paremäl seljalihaste pinged. Selgrea painutamine taha piiratud. Paraspinoosne valulikkus L₄-L₅ lülivahemiku kõrgusel vasakul. Laseque sümptom 70 kraadi positiivne. Vasaku tuhara, reie ja sääre tagumise grupi lihased hüpotoonilised. Vasakul Achilles-refleks madalam. Vibratsioonitundlikkus malleolus lateraalsel alanenud. suure varba dorsaalfleksioon mõõdukalt nõrgenenud. Röntgenoloogiliselt diagnoositud diski prolapsi L₄-L₅ lülivahemikus.

Operatsioonil leiti diski prolaps 1/3 vahemikust vasakul.

Antud haigel esinevad üldised radikuliidi sümptomid.

Vähe on nii L₄-L₅ kui ka L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsile

iseloomulikke sümptome. Viimane võiski põhjustada teopika ebatäpsuse.

Haigusjuht nr. 5 (100)

Kliiniline dgn.: Prolapsus disci 1/v L₅-S₁ sin.
Kirurgiline dgn.: " " " L₄-L₅ "

46 a. naishaige, füüsilist tööd ei tee.

Anamneesi pikkus 5 a., retsidiivide arv 4. Spontaanne valu paremas puuses, reie ja sääre tagumisel-lateraalisel pindmikul. Lumbaallordoos lamenenud. Skolioos vasakule. Vasakul seljalihaste pinge. Selgroo painutused igas suunas piiratud. Paraspinoosne valulikkus L₄-L₅ ja L₅/S₁ lülivahemike kõrgusel. "Kellasümptom" positiivne. Laseque sümptom vasakul 75 kraadi positiivne. Vasaku tuhara, reie ja sääre tagumise grupi lihaste hüpotoonia. Achilles-refleks vasakul madalal. Röntgenoloogiliselt diagnoositud osteohondroos L₄-L₅ ja 1/s lülivahemikus.

Operatsioonil leiti diaki prolaps L₄-L₅ lülivahemikus vasakul.

Antud haigel põhjustas teopilise diagnoosi ebatäpsuse ilmselt sümptomide vahesus.

Haigusjuht nr. 6 (22)

Kliiniline dgn.: Prolapsus disci 1/v L₅-S₁ dx.
Kirurgiline dgn.: " " " L₄-L₅ "

38 a. meeshaige, füüsilise töö tegija.

Anamneesi pikkus üle 10 a. Spontaanne valu ristluus, reie, sääre ja labajala külgmisel pinnal, väikeses varbas. Lumbaallordoos lamenenud. Skolioos paremale. Painutused ette ja taha mõeldukalt piiratud. Sääre tagumise grupi lihaste hüpotoonia. Paremäl Achilles-refleks puudub. Valutund-

likkus alanenud reie ja sääre tagumisel-külgmisesel pindmikul, sääre anterolateraalisel, põia mediaalsel ja lateraalisel serval. Suure varba dorsaalfleksioon nõrgenenud. Röntgenoloogiline leid puudub.

Operatsioonil leiti diski prolaps L₄-L₅ lülivahemikus paremal.

Antud juhul prevaleeruvad L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsi sümptomid, seega on kliiniline diagnoos põhjendatud.

Haigusjuht nr. 7 (103)

Kliiniline dgn.: Prolapsus disci i/v L₅-S₁ ein.
Kirurgiline dgn.: " " " L₄-L₅ "

38 a. meeshaige, füüsilise töö tegija.

Anamneesi pikkus 5 a., retsidiivide arv 3 korda.

Spontaanne valu ristluus, reie ja sääre tagumisesel pindmikul, kannas, 3., 4., 5. varbas. Paremal seljalihaste pinges. Selgroo painutused vabad. Paraspinoosne valulikkus L₄-L₅ ja L₅-S₁ lülivahemiku kõrgusel Laseque sümptom vasakul 30 kraadi, paremal 6° kraadi positiivne. Vasaku tuhara ja reie lihaste nõõdukas hüpotoonia. Achilles-refleks ja plantaarrefleksid madaldunud. Vasakul reie ja sääre lihaste atroofia. Röntgenoloogiliselt diagnoositud osteohondroosi L₄-L₅ ja L₅-S₁ lülivahemikus.

Operatsioonil leiti diski prolaps L₄-L₅ lülivahemikus.

Antud juhul on vähe nii L₄-L₅ kui ka L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsile iseloomulikke sümptome. Esinevad rohkem üldised radikuliidi sümptomid.

Haigusjuht nr. 8 (11)

Kliiniline dgn.: Prolapsus disci 1/v L₄-L₅ dx.
Kirurgiline dgn.: " " " L₅-S₁ "

38 a. meeshaige, füüsilise töö tegija.

Anamneesi pikkus 5 kuud, retsidiivid arv 2 korda.

Spontaanne valu tuharas, reie tagumisel pindmikul, sääre lateraalsel pindmikul. Lumbaallordoos lamenenud. Skolioos paremale. Selgroo painutamine taha piiratud. Paraapinoosne valuikkus L₄-L₅ ja L₅-S₁ lülivahemiku kõrgusel. Laseque sümptoom paremal 20 kraadi positiivne. Parema tuhara, reie ja sääre tagumise grupi lihaste hüpotoonia. Parema jala reie ja sääre lihaste mõdukas atroofia. Achilles.refleks paremal madaldunud. Valutundlikkus alanenud reie tagumisel, sääre antero-lateraalset ja põlva dorsaalset pinnal. Röntgenoloogiliselt diagnoositud 1/s üleminekulüli (lumbalastia v. S₁), diskoopaat 1/s (L₅ ja üleminekulüli vahel) ja L₄-L₅ lülivahemikus.

Operatsioonil leiti diski prolaps L₅ ja üleminekulüli vahel.

Antud haigel esineb vähe kuid võrdselt nii L₄-L₅ kui ka L₅-L₆ (ehk L₅-S₁) lülivahemiku diski prolapsile iseloomulikke sümptome.

Järgneval kolmel haigel oli kliiniliselt diagnoositud diski prolaps kahel pool, operatsioonil leiti diski prolaps ainult ühel pool.

Haigusjuht nr. 9 (51)

Kliiniline dgn.: Prolapsus disci 1/v L₄-L₅ bilat.
Kirurgiline dgn.: " " " L₄-L₅ sia.

36 a. nashaige, füüsilise töö tegija.

Anamneesi pikkus 7 a., retsidiivide arv 5. Spontaanne valu ristluus, mõlemas puusas, vasakul jalal reie tagumisel pinnal, sääre lateraalsel pinnal. Lumbaallordoos lanenenud. Vähenenud skolioos paremale. Vasakul seljalihaste pinged. Selgroo painutuse ette mõeldukalt piiratud. Laseque sümptoom paremal 80, vasakul 70 kraadi positiivne. Tuharalihaste hüpotoonia, reie ja sääre lihased vasakul enam hüpotoonilised kui paremal. Reie ja sääre osas vasakul mõeldukas atroofia. Plantaarrefleksid vasakul jalal madaldunud. Valutundlikkus alanenud vasakul jalal sääre lateraalsel pindmikul, põie lateraalsel serval. Vibratsioonitundlikkus alanenud väikesel varbal. Vasakul suure varba dorsaalfleksioon nõrgenenud, Röntgenoloogiliselt leiuta.

Operatsioonil leiti diskid prolaps vasakul L₄-L₅ lülivahemikus.

Toodud kliiniline sümptomatoloogia on rohkem iseloomulik L₄-L₅ lülivahemiku diskid prolapsile vasakul.

Haigusjuht nr.10 (43)

Kliiniline dgn.: Prolapsus disci i/v L₅-S₁ bilat.
Kirurgiline dgn.: " " " L₅-S₁ sin.

34 a. nashaige, füüsilise töö tegija.

Anamneesi pikkus 3 a., retsidiivide arv 4. Spontaanne valu ristluus, vasakus puusas, reie ja sääre tagumisel pinnal, labajala välisserval, väikeses varbas. Ajuti valu ka paremas puusas, sääre tagapinnal. Lumbaallordoos puudub. Skolioos paremale. Selgroo painutused taha tugevalt piiratud, mujale vabad. Paraspinoosne valulikkus L₅-S₁ lülivahemiku kõrgusel. Laseque sümptoom vasakul 80 kraadi positiivne. Vasaku jala

reie ja sääre tagumise grupi lihaste hüpotoonia. Vasaku reie kerge atroofia.. Achilles-refleks vasakul puudub, paremal madalam. Valutundlikkus alanenud vasakul jalal reie ja sääre tagumisel, sääre anterolateraalael, põia dorsaalael ja plantaarsel pindmikul. Vibratsioonitundlikkus alanenud vasakul 4. ja 5. varbal. Vasakul sirge jala tšestmine nõrge-
nenud, põia dorsaal- ja plantaarfleksioon, suure varba dorsaalfleksioon nõrge-
nenud. Röntgenoloogiline diagnoos: diskopaatia L₅-S₁ lülivahemikus.

Operatsioonil leiti diski prolaps L₅-S₁ lülivahemikus vasakul.

Paremal L₅-S₁ lülivahemikus rohkelt varikoosseid veenilaiendeid, lig. flavum paksenenud. L₄-L₅ lülivahemik oli patoloogiat.

Antud haigel on vasakul jalal rikkalikult võlja kujunenud L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsi sümptomatoloogia. Samas asus ka diski prolaps. Paremal esinenud vähesed sümptomid on ilmselt tingitud reaktiivsest põletikust epiduraalkoes, mis ka operatsioonil sedastati.

Haigusjuht nr.1 (5)

Kliiniline dgn.: Prolapsus disci i/v L₅-S₁ bilat.
Kirurgiline dgn.: " " " L₅-S₁ dx.

31 a. naishaige, kodune.

Anamneesi pikkus 8 a., retsidiivid arv 3. Spontaansed valud parema reie ja sääre tagumisel, sääre külgmisel pinnal. Skolioos paremale. Lumbaallordoos puudub. Paremal nimmeli-
haste pinged. Selgroo painutamine ette ja taha piiratud. Para-
spinoosne valulikkus L₅-S₁ lülivahemiku kõrgusel. Laseque
sümptom paremal 50 kraadi positiivne, vasakul 60 kraadi

positiivne. Achilles-refleks vasakul madaldunud, plantaar-refleks paremal madaldunud. Valutundlikkus alanenud paremal sääre lateraalsel ja anterolateraalsetel pindmikul, põie lateraalsel serval. Vibratsioonitundlikkus alanenud parema jala 3., 4., ja 5. varbas. Parema suure varba dorsaalfleksioon nõrgenenud. Röntgenoloogiliselt diagnoositud diskopaatiaid L₄-L₅ lülivahemikus.

Operatsioonil leiti diski prolaps paremal pool L₅-S₁ lülivahemikus. Vasakul samas vahemikus patoloogiat puudus.

Esinenud sümptomatoloogia on iseloomulik L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsile paremal pool.

Ülejäänud teepiliselt ebatäpsete diagnoosidega haigetel oli kliiniliselt diagnoositud diski prolapsid L₄-L₅ ja L₅-S₁ lülivahemikus ühel pool, operatsioonil leiti aga diski prolaps ainult L₄-L₅ lülivahemikus ühel pool. Viiel haigel oli diski prolaps II^a staadiumis, kolmel II^b staadiumis, ühel III staadiumis.

Haigete kliiniline sümptomatoloogia on kokku võetud järgmises tabelis:

Tabel nr. 47.

Kliiniline dgn.: Prolapsus disci 1/v L₄-L₅ et L₅-S₁ (ühel pool)
Kirurgiline dgn.: Prolapsus disci L₄-L₅ (samal pool).

Sümptomid	Haigete arv(9)
-----------	----------------

Spontaanne valu	
- ristluus	5
- sääre lateraalsel pindm.	3
- " tagumisel "	6
- reie lateraalsel pindm.	2
- " tagumisel "	6

Sümptoomid	Haigete arv (9)
- kannas	1
- I ja II varbas	1
- IV ja V varbas	2
Lumbaalordooosi lamenessine	2
Skolioos	6
Seljalihaate pinges	5
Selgroo painutamine ette piiratud	9
" " " " " " " " " " " "	7
" " " " " " " " " " " "	7
Paraspinoosne valulikkus L4-L5 lülivahemiku kõrgusel	3
"Kell'asümptoom" positiivne	5
Laseque sümptoom	7
Lihaste toonus gluteaalgrupis alenenud	4
" " " " " " " " " " " "	5
" " " " " " " " " " " "	5
Lihaste atroofia reiel	1
" " " " " " " " " " " "	3
Tundlikkus	
- reie tagumine pindmik alenenud	2
- " lateraalne " "	2
- sääre tagumine " "	2
- " anterolater. " "	3
- " lateraalne " "	6
- põie mediaalne serv " "	4
- " lateraalne " "	6
- tuhar " "	1
Refleksid	
+ Achilles- madalam	5
- " puudub	1
- patellaar- madalam	3
- mediaalne plantaar- madalam	1
- lateraalne " "	1
Motoorika	
- labajala dorsaalfleksioon nõrgenenud	2
- suure varba " "	3
- " " " " " " " " " " " "	1
Spondülogramm	
- diskopaatia L4-L5 lülivahemikus	2
- " " " " " " " " " " " "	1
- " " " " " " " " " " " "	1
- " " " " " " " " " " " "	3
- osteohondroos L4-L5 " "	1

Sümptomid	Haigets arv (9)
- osteohondroos L ₄ -L ₅ ja L ₅ -S ₁ lülivahemikus	1
- teostamata	1

<u>Anamneesist</u>	
Anamneesi pikkus kuni 1 a.	1
" " 1 - 5 a.	2
" " 5 - 10 a.	4
" " üle 10.a.	2
Retsidiivide arv: puuduvad	3
" " üle 3 korra	5

Toodud tabelist nähtub, et antud juhul on võrdselt esindatud mõlema lülivahemiku diski prolapsi sümptomatoloogia ja kliinilist diagnoosi tuleb lugeda seega põhjendatuks.

VI A R U T E L U .

Antud töö materjali analüüsist selgub, et 151-st radikuliidahaigest 148-l oli radikuliiidi põhjuseks diski prolaps. Seega oli kliiniku alusel pandud diski prolapsi diagnoos õige 98,0% juhtudest. Saadud andmed viitavad diski prolapsile kui sagedasele radikuliiidi põhjusele, mis on vastavuses viimase aja kirjanduse andmetega.

Diski prolapsi teopika oli 148-st juhust õieti määratud 131-l, st. 88,5%.

Antud 131 haigusjuhu andmeid jälgides näeme, et anamneesi pikkuseks oli enamikul L_4-L_5 lülivahemiku diski prolapsiga haigetel 1 - 5 a. Nimetatud ajavahemikus oli sagedasemaks anamneesi pikkuseks 1 a. ja 2 a. Rettsidiiva esines nimetatud lülivahemiku diski prolapsil kõige rohkem 3 korda ja üle selle. L_5-S_1 lülivahemiku diski prolapsiga haigete seas prevaleerus anamneesi pikkus üle 5 a. Rettsidiivide sagedasem arv oli 2 ja 3 korda.

Enamus haiged oli meessoost (54,9%) ja füüsilise töö tegijad (54,9%). Vanuseliselt prevaleerus haigus 30 - 40 aastates, alla 20 aasta ei esinenud ühtegi juhtumit, üle 60 a. - 1 haige. Luka, Raudami ja Guber-Gritz'i andmed nende mitajate osas on samad. Haiguse keskeas sagedasema esinemise põhjust pole teada. Võimalik, et neis aastates algavad juba mõningad degeneratiivsed-düstroofilised muutused

tugiaparaadis, inimene aga selles eas tegeleb kõige enam füüsiliste pingutustega ja on enam traumeeritav.

Kirjanduses on suurt tähelepanu pööratud trauma osale diski prolapsi patogeneesis. Luka andmetel 45% haigetel esineb anamneesis trauma. Traumade iseloom jääb aga selgusetuks. Meie oma tšõs haiguslugude analüüsil leidsime traumad raskuste tõstmise näol haigust otseselt vallandava faktorina 29,0% haigetel, kukkumiste näol 9%. Kuna füüsilise tšõ tegijad ja haiged vanuses 30 - 40 aastat moodustavad enamuse uuritud haigetest, võib traumad, ka pisitraumad nagu väikeste raskuste tõstmine, järsk ülepainutus või -sirutus, pidada soodustavaks faktoriks diski prolapsi tekkes.

Kirjanduses puuduvad andmed teiste haiguste esinemise kohta diski prolapsiga radikuliidihaigets anamneesis. Antud tšõ analüüsist selgus, et kõige sagedamini esinevad anamneesis nakkushaigused, eriti lastenakkused ja düsenteeria.

Opereeritud haigetest kõige enam on leitud diski prolapse II^a staadiumis (59,2%), vähem II^b staadiumis (24,6%) ning tunduvalt vähem II-III ja III staadiumis. Kirjanduses puuduvad andmed ühe või teise diski prolapsi staadiumi esinemissageduse kohta. Keesoleva tšõ andmed ei võimalda selgitada, miks II^a staadiumis oleva diski prolapsiga haigeid on kõige rohkem, kuna puudub ühesuunaline seos staadiumide, anamneesi pikkuse ja retsidiivide arvu vahel, andmeid konservatiivse ravi tulemuste kohta aga ei ole õnnestunud koguda.

Ühe või teise sümptoomi esinemissagedus üldse diski prolapsid korral ei oma tähtsust antud tšõ eesmärgi lahendamisel, seepärast neid andmeid kirjanduse andmetega ei võrrelda.

Kahe naabervahemiku, st. L_4-L_5 ja L_5-S_1 lülivahemiku diski prolapside diferentsiaaldiagnostikas, täpsemalt öeldes - diski prolapsi topika määramisel on oluline võrrelda ühe või teise sümptoomi esinemissagedust sõltuvuses diski prolapsi asukohtaast.

Valu esineb kõigil haigetel. Topilise diagnoosi aseta- mise suhtes on aga oluline valu lokalisatsioon. Diski prolapsi korral L_5-S_1 lülivahemikus lokaliseerub meie töö andmetel spontaanne valu sagedamini ristluus, reie ja sääre tagumisel pindmikul, harvem sääre lateraalsel pindai- kul, kannas, IV ja V varbas, põia lateraalsel serval. Diski prolapsi korral L_4-L_5 lülivahemikus esinevad ristluus, sääre lateraalsel pindmikul, harvem I ja II varbas, põia mediaal- sel serval ja reie tagumisel pindmikul. Kirjanduse andme- tel Raudami ja Luka järgi on erinevuseks L_5-S_1 lülivaha- miku diski prolapsi korral valu lokalisatsioon põia plantaar- sele pinnale

Positiivne "kelläsümptoom", mille all on mõeldud valu- tunde vallandumist ja irradieerumist jalga surve avaldamisel paraspinoosselt diski prolapsi lülivahemiku kõrgusel, on üldiselt diski prolapsi tunnuseks. Antud töös esineb ta protsentuaalselt võrdselt nii L_4-L_5 kui L_5-S_1 lülivahemiku diski prolapsi korral. Sama kehtib ka lokaalse paraspinoosse valulikkuse kohta vastava lülivahemiku kõrgusel. Topika suhtes on oluline "kelläsümptoomi" vallandamise koht.

Laseque sümptoom on kirjanduse andmetel positiivne enamusel haigetel - Luka järgi 87%, Muhkanagaardi järgi isegi 94,7% juhtudest. Antud töös on saadud madalamad väärtused. Diski prolapsi korral L_5-S_1 lülivahemikus on Laseque sümptoom haigel poolel positiivne 67,5% haigetel, L_4-L_5

Lülivahemiku diski prolapsi korral 74,8% haigetel. Üldse on sümptoom positiivne 71,1% haigetel. L₄-L₅ ja L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapside diferentsiaaldiagnostikas antud sümptoom olulist tähtsust ei oma.

Tundlikkuse häired on kõige enam väljendunud valutundlikkuse osas tema alanemise näol (hüpalgesia). Teiste tundlikkuse liikide osas haiguslugude andmed ei olnud täielikud. Haiguslugudes vastavate sissekirjutuste puudumisel lugesia tundlikkuse normis olevaks.

Materjali analüüsil leiti, et valutundlikkuse häired oma lokalisatsiooniga aitavad määrata diski prolapsi topikat. Kui diski prolaps on L₅-S₁ lülivahemikus, esineb valutundlikkuse alanemine sagedamini sääre lateraalsel pindmikul ja põia lateraalsel serval, harvem reie ja sääre tagumiste pindmikel.

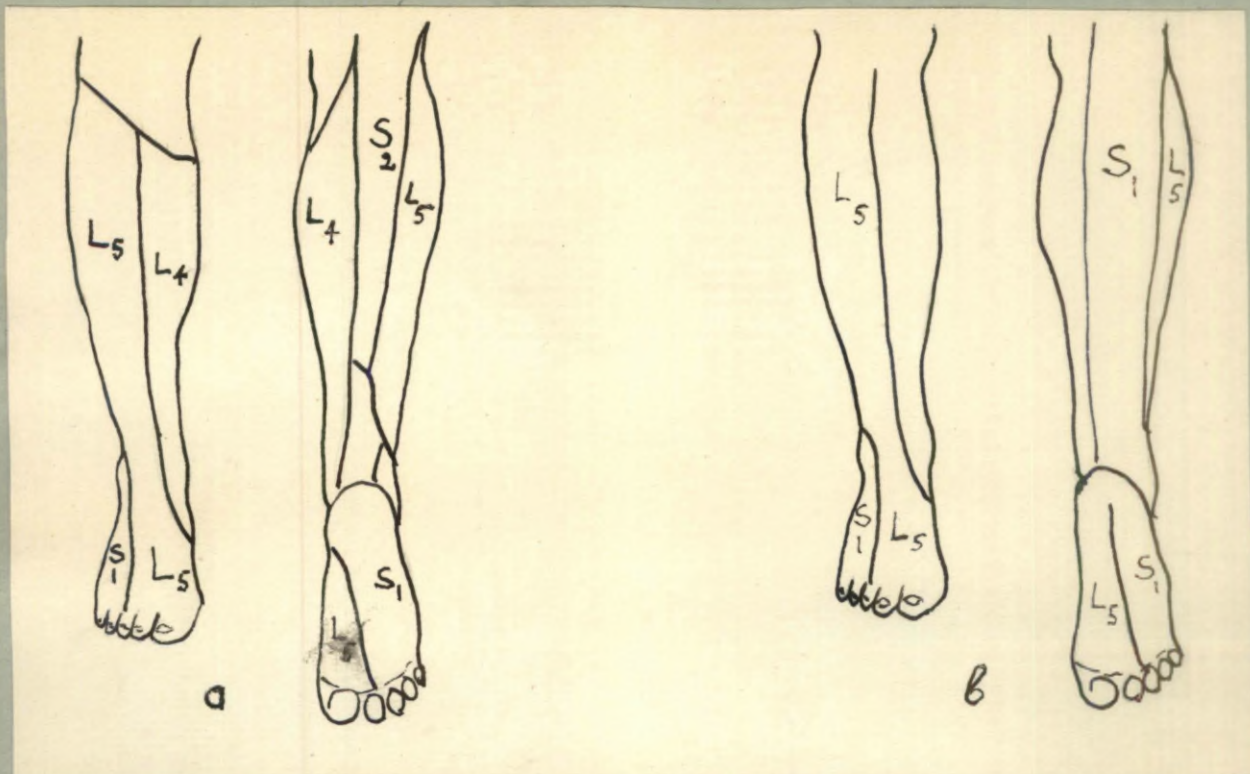
Diski prolapsi korral L₄-L₅ lülivahemikus on valutundlikkus alanenud kõige enam sääre anterolateraalset ja lateraalset pindmikul, põia mediaalset serval, vahem reie lateraalset pindmikul.

Kirjeldatud andmed kirjanduse omadest oluliselt ei erine. Autorid ei saa nõustuda Keegani andmetega, nagu oleks L₅ närvi juure kahjustusel tundlikkus häiritud ka kanna lateraalset osal.

Tunde häirete skeemid vt. lk. 129.

Autorite endi poolt uuritud haigetel leiti ka vibratsioonitundlikkuse häireid. Nende põhjal võib öelda, et L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsile on iseloomulik vibratsioonitundlikkuse alanemine väikesek varbal, L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapsile aga suurel varbal.

Motoorika häiretest esines lihaste hüpotoonia kõige



Kõesoleval joonisel on antud tundehäirete skeem Armstrong'i (a) ja antud töö tulemuste (b) järgi

sagedamini sääre tagumise grupi lihastes (59,6%), gluteaal-lihastes (55,5%), vähem reie lihastes. Lumbosakraalvahemiku diski prolapsi korral esineb lihaste hüpotoonia sagedamini kui L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapsi korral, eriti just sääre tagumise grupi ja gluteaalgrupi lihaste osas.

L₄-L₅ ja L₅-S₁ lülivahemike diski prolapside diferentsimiseks on oluline vaadelda võrdlevalt sääre tagumise ja anterolateraalse grupi lihaste toonust analoogselt Luka ja Raudami andmetega.

Antud töö andmetel esineb hüpotroofia (atroofia) reie lihaste osas 23,5% haigetel, sääre lihaste osas 42,0% haigetel. Võrreldes hüpotroofiat erinevate lülivahemike diski prolapside korral näeme, et diski prolapsi korral L₄-L₅ lülivahemikus esineb hüpotroofia sagedamini kui L₅-S₁

lülivahemiku diski prolapsi korral (nii reie kui ka sääre osas), mis on vastavuses Munksgaardi andmetega.

Lihastõudluse muutustest on kõige iseloomulikum L_4-L_5 lülivahemiku diski prolapsi korral kõige iseloomulikum suure varba dorsaalfleksiooni nõrgenemine, vähemal määral ka labajala dorsaalfleksiooni nõrgenemine. Diski prolapsi korral L_5-S_1 lülivahemikus esineb vähene labajala plantaarfleksiooni nõrgenemine.

Kirjanduse andmetel on enamuse autorite arvates suure varba dorsaalfleksiooni nõrgenemine iseloomulik diski prolapsile L_4-L_5 lülivahemikus. Munksgaardi järgi on suure varba dorsaalfleksiooni nõrkuse esinemissagedus 60%, kõige autorite arvates 62,3%.

Reflekside muutustest on Achilles-refleksi madaldumine või puudumine iseloomulik diski prolapsile L_5-S_1 lülivahemikus (89,4%). Samal arvamusel on ka Raudam ja Luka. Vahesel määral esineb antud refleksi madaldumine ka L_4-L_5 lülivahemiku diski prolapsi korral (31,1%), millele kirjanduses on viidanud ka Guber-Gritz.

Patellaarrefleksi muutust antud tõi andmetele ei saa pidada iseloomulikuks ei L_5-S_1 ega L_4-L_5 lülivahemiku diski prolapsile. Refleks on madaldunud võrdselt nii L_4-L_5 kui ka L_5-S_1 lülivahemiku diski prolapside korral 11,5-12% juhtudel.

Plantaarrefleksid olid muutunud mõlema lülivahemiku diski prolapside korral peaaegu kolmandikul juhtudest. Lateraalne plantaarrefleksi madaldumine esines sagedamini L_5-S_1 lülivahemiku diski prolapsi korral (39,7%). L_4-L_5 lülivahemiku diski prolapsi korral oli lateraalne plantaarrefleks

madaldunud 27,2% haigetel.

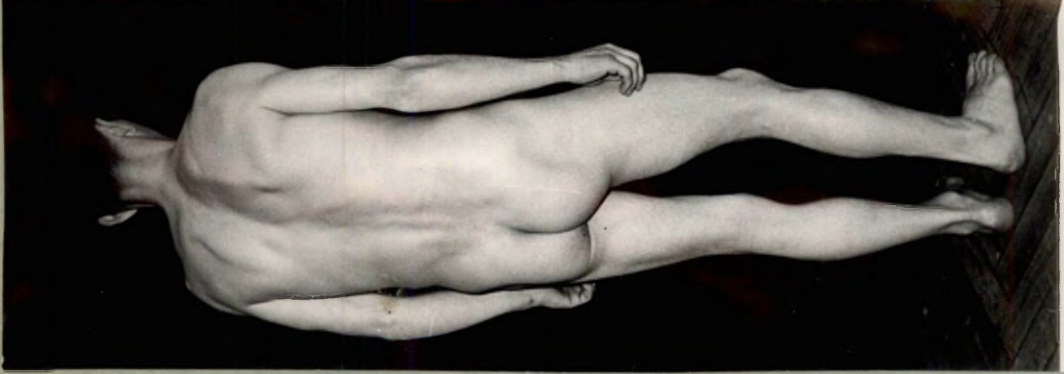
Seega onab refleksidest diferentsiaaldiagnostilist väärtust Achilles-refleks, eriti tema puudumine, mis viitab diski prolapsile L₅-S₁ lülivahemikus.

Lülisamba muutused esinevad diski prolapside korral sageli. L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsile on antud t38 andmetel iseloomulik lumbaallordoosi lameneimine, L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapsile aga skolioosi sage esinemine, pooltel juhtudel kumerusega diski prolapsi poolele. Raudami andmetel on lumbaallordoosi lameneimine iseloomulik L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapsile, kus vahel lumbaallordoos asendus isegi küfoosiga. Seega lõplike järelduste tegemiseks antud küsimuses tuleb läbi töötada suuremad haigematerjalid (pildid vt. lk. 132).

Lülisamba liikuvus on L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapside korral piiratud rohkem ette, L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapside korral aga nii ette, taha kui ka külgedele. Lülisamba liikuvuse osas ühtivad antud t38 andmed kirjanduse andmetega.

Seljalihaste pinged on enamusel haigetel väljendunud diski prolapsi poolele ja esineb sagedamini diski prolapsi korral L₄-L₅ lülivahemikus.

Ülejäänud sümptomid ja nende esinemise variandidomavad vähemat tähtsust nende harvema esinemissageduse ja väiksema erinevuse tõttu erinevate lülivahemike diski prolapside korral. Nendeks on: - Brudzinski, Kernigi, Neri sümptomid,
- fibrillatsioonid, paresteesiad,
- kõik tundlikkuse liigid peale valu- ja vibratsioonitundlikkuse.



Dg: Prolapsus disci i/v L₅-S₁

Haige dg: Prolapsus disci i/v L₄-L₅

- reie ja sääre ekstensioon ning fleksioon, põie pronatsioon ja supinatsioon,

- liikvori valgu sisaldus, pleotsütoos ja epiduraalrõhk.

Autorite endi poelt uuritud mitajate osas lisanduvad siia veel

- närvi kulu valulikkuse määramine erinevates punktides,

- lihaste toonuse määramine haige püsti ja pikali asendis,

- Laseque sümptomi esinemise mitmesugused kombinatsioonid.

Osa nimetatud sümptomidest on olulised üldiselt radikuliidi diagnoosi püstitamisel, diskütopika määramisel aga osa ei etenda.

Röntgenoloogiline leid on analüüsitud juhtude alusel, kus operatsioonil leiti ühepoolne disküprolaps ühes (kas L₄-L₅ või L₅-S₁) lülivahemikus, seega 124 haigusjuhu alusel. Nimetatud haigetest 40% oli röntgenoloogiliselt diagnoositud disküprolaps operatsiooni leiuga samas vahemikus. Teisi diagnoose kas disküprolapsi diagnoosiga koos või ilma sai asetatud järgnevalt: deformeeruvat spondüloosi 19,3% juhtudel, osteokondroosi 14,6%, spina bifida 8,2%, üleminekulüli 8,1%. Röntgenoloogiliselt diagnoositud lülivahemikus ei esinenud disküprolapsi 6,6% juhtudest. Röntgenoloogiline leid puudus täielikult 25% juhtudel.

Osadel uuritud haigetest esines ühel pool 2 disküprolapsi korraga erinevates lülivahemikes. Nendel haigetel esinenud kliinilist sümptomatoloogiat analüüsides selgus,

sellistel juhtudel esineb mõlema lülivahemiku diski prolapsile iseloomulik sümptomatoloogia, kusjuures võrdselt esineb nii L_4-L_5 kui ka L_5-S_1 lülivahemiku diski prolapsi sümptoome.

Bilateraalsete diski prolapsid korral, kus prolaps asub vasakul ja paremal kas ühes või erinevates lülivahemikes, ühtib kliiniline sümptomatoloogia üksiku sama lülivahemiku diski prolapsi sümptomatoloogiaga.

L_4-L_5 lülilüliemiku diski prolapsi II-III ja III staadiumis lisanduvad L_4-L_5 lülivahemiku diski prolapsi sümptomatoloogiale L_5-S_1 lülivahemiku diski prolapsi sümptoomid, mille tõttu võib tekkida raskusi nimetatud staadiumide diferentseerimisel L_5-S_1 lülivahemiku diski prolapsist.

Uuritud haigetast 3-1 kliiniliselt diagnoositud diski prolapsiga haigel operatsioonil diski prolapsi ei leitud üheski lülivahemikus. Vastavale lülivahemikule tüüpilise diski prolapsi sümptomatoloogia väljakujunemise põhjuseks võisid olla lokaalsed epiduraalsed põletikud, lig. flavumi paksenemine, mida antud juhtudel ka sedastati.

Analüüsides juhtumeid, kus operatsioonil leiti diski prolaps naabervahemikus näeme, et enamikel juhtudel kliiniline sümptomatoloogia vastas kliiniliselt diagnoositud diski prolapsile. Tüüpilise diagnoosi ebatäpsuse põhjuseks võib ka antud juhul pidada diski prolapsile kaasuvaid lokaalseid epiduraalkoe põletikulisi muutusi, mis haaravad ka naabernärvijuure ja annavad vastava sümptomatoloogia. Seega ei oma diski prolapsi kliiniku väljakujunemisel tähtsust mitte ainult diski prolapsi poolt põhjustatud närvijuure kompressioon, vaid ka reaktiivsed põletikud ja lig. flavumi paksenemine.

Kesoleva töö kavandamisel püstitati üheks ülesandeks selgitada võimaluste piires erinevate diski prolapsi staadiumide kliiniline sümptomatoloogia, kuna see omab tähtsust õige ravimeetodi valikul. Osadel juhtudel võib arvata, et II^a staadiumis oleva diski prolapsi korral on võimalik prolabeerunud diski osa paigaldumine ja haige paranemine ilma operatiivse ravita.

151 haigusloo läbitöötamisel leiti, et

- L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsi korral II^a ja II^b staadiumis esineb antud lülivahemiku diski prolapsile iseloomulik sümptomatoloogia, kusjuures sümptomid esinemissagedus on suurem II^b staadiumis. Üleminekustaadiumis (II-III) ja III staadiumis sümptomide hulk vähenab;

- L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapsi korral II^a ja II^b staadiumis mõnede sümptomide osas esinemissagedus on erinev, kuid kliiniliselt see neid staadiume diferentseerida ei võimalda. Üleminekustaadiumis (II-III) ja III staadiumis lisanduvad lumbosakraalvahemiku diski prolapsi sümptomid (vt. lk. 134)

Autorite endi poolt uuritud haigete kliinilise leiu analüüsist selgub, et lihaskõudluse muutusi esineb rohkem L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapsi korral. Suure varba dorsaalfleksiooni märkuse kõrval on antud lülivahemiku (L₄-L₅) diski prolapsile iseloomulik veel labajala dorsaalfleksiooni märkus ja haige lamavas asendis sirge jala tšestmise nõrgenemine. L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsile on iseloomulik suure varba plantaarfleksiooni, vähem labajala plantaarfleksiooni märkus.

Autorite uurimuste tulemusel selgub, et lihaste toonuse muutus tuleb paremini esile särel haige lamavas asendis, tuharal ja reiel haige püsti asendis.

Autorite poolt uuritud haigetel esines Lasegue sümptom positiivsena kõikidel haigetel. "kelläsümptom" oli positiivne enamusel haigetel.

Prolapei sukoht	Anamneesi andmed	Spontaanse valü lo- kalisatsioon	Motoorika ja tund- likkuse häired	Refleksiid	Lülisamba muutu- sed
5 - S ₁ Lüliva- hemik	Dlekaalus meeshaiged vanuses 30-40 a., füüsilise tööga tegelejad. Anamneesi pikkus 1-5 a., retsiidivide arv üle 3 korra.	Reie ja sääre tagumisel pindmikul, kannas, põie lateraalsel serval, IV ja V varbas. Laseque sümptoom tugevalt positiivne.	Labajala ja suure varba plantaarfleksiooni nõrgenemine. Lihas- te hüpotoonia tuharal ja sääre tagumisel grupil. Valutundlikkuse alanemine sääre lateraalsel pindmikul 55%, põie lateraalsel serval 74%, sääre tagumisel pindmikul 26%, reie tagumisel pindmikul 17,3%. Vibratsioonitundlikkus alanenud V varbal.	Achilles-refleksid si paudumine 51,4% või madalamine 39%. Võib esineda lateraalse, madaldumine 39,7%.	Lumbaallordoosi lamnemine 75%. Skolioosi esinemine, enamasti kke esineda plantaar-verusega haigetele refleksiid, enam poolele 63,2%. Lülisamba painutus piiratus ette, vähem taha.
4 - L ₅ Lüliva- hemik	Dlekaalus meeshaiged vanuses 40-50 a., füüsilise töö tegijad. Anamneesi pikkus üle 5 a., retsiidivide arv 2-3 korra.	Reie ja sääre lateraalsel pindmikul, sääre anterolateraalsetel pindmikul, põie mediaalsel serval, esimeses varbas. Laseque sümptoom positiivne.	Suure varba ja labajala dorsaalfleksiooni nõrgenemine. Sirge ja la tõstmise nõrgenemine haige lamavas asendis. Valutundlikkuse alanemine sääre anterolateraalsetel pindmikul 49,2%, põie dorsaalsel pindmikul ja mediaalsel serval, suurel varbal, harvem reie esimesel ja lateraalsel pindmikul. Vibratsioonitundlikkus alanenud suurel varbal.	Võib esineda Achil- hilles-refleksi madaldumine (31,1%) harvem patellaar-refleksi madaldumine (11,5%).	Skolioos 90,2% haigetel, kõverusega haigetele poolele. Lumbaallordoosi lamnemine 50%. Selgroo painutus piiratud ette taha ja külgedele.

VII KOKKUVÕTE JA JÄRELD DUSED.

1. Khesolevas t88s 151-st kliiniliselt diagnoositud lumbosakraalpiirkonna diski prolapsiga haigest leiti operatsioonil diski prolaps 148-l haigel.

Opereeritud haigetest oli 100 mehi, 48 naisi.

Prevalentsus vanus 30 - 40 a.

63 haigel esines diski prolaps ühel pool L_5-S_1 lülivahemikus, 61 haigel oli diski prolaps ühel pool L_4-L_5 lülivahemikus. Ühel haigel esines keskasendi diski prolaps. 13 haigel diagnoositi diski prolaps kahel pool ühenime- listes või erinevates (naaber-) lülivahemikes, 6-l ühel pool kahes lülivahemikus.

63-st operatsioonil verifitseeritud L_5-S_1 lüli- vahemiku diski prolapsist oli II^a staadiumis diski prolapse 34, II^b staadiumis 21, II-III staadiumis 9, III staadiumis 3.

61-st L_4-L_5 lülivahemiku operatsioonil verifitsee- ritud diski prolapsist oli II^a staadiumis diski prolapse 31, II^b staadiumis 11, II-III staadiumis 9 ja III staadiumis 3.

2. Haigust vallandavate faktorite seas tuleb kõige olulisemateks pidada füüsilist pingutust, traumad ja kül- metust. Soodustavaks teguriks on organismi ealised muutused.

3. L_5-S_1 lülivahemiku diski prolaps annab spontaanse

valu ristluus (69,2%), reie tagumisel pindmikul (50,8%), sääre tagumisel pindmikul (61,8%), vähem kannas, IV, V varbas ja põia lateraalsel serval. Lumbaallordoos on lamenenud 75,0% haigetest. Lülisamba painutamine ette on piiratud 68,1% juhtudest. Lihaste hüpotoonia gluteaal- ja sääre tagumises grupis 61,9%. Achilles-refleks on muutunud 89,4% haigetel, puudub 51,4%, madalam 38,0%. Valutundlikkus on alanenud sääre lateraalsel pindmikul (51,5%), sääre tagumisel pindmikul (26,0%), reie tagumisel pindmikul (17,3%), põia lateraalsel serval (74,6%). Esineb suure varba ja labajala plantaarfleksiooni nõrkus.

4. L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapsi korral lokaliseerub valu peamiselt ristluus (57,4%), sääre lateraalsel pindmikul (49,2%), harvem I, II varbas (36,1%). Skolioos esineb 90,2% haigetest, kumerusega diski prolapsi poolele 50,9%. Selgroo painutamine on ette piiratud 73,6% haigetest, taha 72,3% ja külgedele 67,2%. Esineb suure varba dorsaalfleksiooni nõrgenemine, vähem labajaja dorsaalfleksiooni nõrgenemine. Valutundlikkus on alanenud sääre anterolateraalset pindmikul (49,2%), põia mediaalsel serval (44,3%).

5. Diski prolapside korral ühel pool kahes lülivahemikus (L₄-L₅ ja L₅-S₁) esineb võrdselt mõlema lülivahemiku diski prolapsidele iseloomulikke sümptome.

6. Bilateraalsete diski prolapside korral esineb kummalgi pool vastava lülivahemiku ühegi diski prolapsi sümptomatoloogia.

7. L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsi korral diski prolapsi staadiume kliiniliselt kindlalt eristada pole võimalik. II^b staadium on kõige sümptomide rikkas. L₄-L₅ lüliva-

hemikus diski prolapsi korral lisanduvad II-III ja III staadiumis L₅-S₁ lülivahemiku diski prolapsi sümptomid, kusjuures prevaleeruma jäävad siiski L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapsi sümptomid. Seega on L₄-L₅ lülivahemiku diski prolapsi II-III ja III staadiumis diagnoosimine kliinilise leiu alusel võimalik, kui eelnevalt on välistatud prolapsi võimalus L₅-S₁ lülivahemikus.

8. Toopilise diagnoosi täpsustamiseks on vajalik sageli esinevate sümptomide kõrval uurida ka

a. vibratsioonitundlikkuse muutusi varvastel.

b. lihaste toonuse muutusi nii sääre tagumises kui ka anterolateraalises grupis; toonust hinnata tuharal ja reiel haige püsti asendis, säärel haige lamades asendis.

9. Käsoleva töö analüüsist järeldub, et kliinilise-neuroloogilise uurimise alusel on võimalik diagnoosida diski prolapse 98% lumbosakraalse radikuliidi juhtudest. Õige toopilise diagnoosi saab asetada kuni 88,5% haigetel. Täpsustatud neuroloogilise uuringu abil oleks võimalik viimast veelgi parandada.

Tabellites kasutatud lühendid.

eesm.	- eesmine
tagum.	- tagumine
later., lat.-	lateraalne
med.	- mediaalne
külgm.	- külgmine
ülem.	- ülemine
posit.	- positiivne
negat.	- negatiivne
sümp.	- sümptoom
plant.	- plantaarne
fleks.	fleksioon
d. pr.	- diski prolaps
H. a.	- haigete arv

VIII. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

1. Armstrong, J. R.

Lumbar disc lesions.

Edinburgh and London, 1952.

2. Дубнов Б. Л.

К клинике и дифференциальной диагностике
поясничных дискозов.

Журнал невропат. и псих. 1963, 1.

3. Gottschick, J.

Die Leistungen des Nervensystems.

Jena, 1955.

4. Губер-Гриц Д. С.

Заболевания пояснично-крестцового отдела
периферической нервной системы.

Медгиз, 1960.

5. Хейнсоо, Э. К.

К спондилографической диагностике дегене-
ративных изменений поясничного отдела по-
звоночника.

Вопросы клин. невропат. и псих., Таллин,
1961, 34-45.

6. Кадин Л. С.

Диагностика и хирургия грыж межпозвоноч-
ного диска.

Вопросы нейрохирургии I, Москва, 1952.

7. Косинская Н. С.

Основные положения проблемы дегенеративно-дистрофических поражений межпозвоночных дисков.

8. Лука В. И.

Клиническая диагностика грыжи межпозвоночного диска поясничной области.

Вопросы клин. невропат. и псих., Таллин, 1961, 20-33.

9. Munksgaard, L.

Comparative value of elektromyographie, myelographie and clinical-neurological examinations in diagnosis of lumbar root compression syndrome.

(From the orthopaedic clinic, Lund. Chief: Prof. G. Wiberg).

Copenhagen, 1961.

10. Паймре Р. И.

Диагностическое значение исследования эпидурального давления и ликвора при грыже межпозвоночного диска поясничной области.

Вопросы клин. неврологии и псих. Таллин, 1961, 52-57.

11. Раудам Э. П.

О диагностике выпячиваний межпозвоночных дисков.

Журнал невропат. и псих. 1960, 10, 1259-1267.

12. Раудан Э. И.

О хирургическом лечении грыжи межпозвоночного диска поясничной области.

Вопросы клин. невропат. и псих. Таллин, 1961, 19-27.

13. Вершик А. Я.

О значении хронометрии и пототодолительной пробы Милора в диагностике грыжи межпозвоночного диска поясничной области.

Вопросы клин. невропат. и псих. Таллин, 1961, 45-52.

14. Шамбуров Д. А.

Инфекционные поражения периферической нервной системы.

Руководство по неврологии. Медгиз, 1962, 107.

15. Энина Г. И.

Сравнительная диагностическая, прогностическая и экспертная ценность вспомогательных методов исследования при пояснично-крестцовом радикулите.

Рига, 1959. Мед. ин.