

ЛЕНИНГРАДСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ имени проф. А. Л. ПОЛЕНОВА
ОБЩЕСТВО НЕВРОПАТОЛОГОВ, НЕЙРОХИРУРГОВ И ПСИХИАТРОВ
ЭСТОНСКОЙ ССР имени Л. М. ПУУСЕПА

МАТЕРИАЛЫ

**научной сессии, посвященной вопросам
хирургического лечения дискогенного
пояснично-крестцового радикулита**

12—13 декабря 1966 г. в Таллине

ТАЛЛИН — 1966

V
1A-14962

ЛЕНИНГРАДСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ имени проф. А. Л. ПОЛЕНОВА
ОБЩЕСТВО НЕВРОПАТОЛОГОВ, НЕЙРОХИРУРГОВ И ПСИХИАТРОВ
ЭСТОНСКОЙ ССР имени Л. М. ПУУСЕПА

ПРИНЦИПИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ
ДИСКОГЕННОГО ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО
РАДИКУЛИТА

МАТЕРИАЛЫ

УБОЖИНЯ

научной сессии, посвященной вопросам
хирургического лечения дискогенного
пояснично-крестцового радикулита

12—13 декабря 1966 г. в Таллине

Наиболее распространенным видом радикулита является дискогенный радикулит, обусловленный сдавлением корешков спинномозговых нервов дисками. В зависимости от локализации различают шейный, грудной и пояснично-крестцовый радикулит. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты дискогенного радикулита. В большинстве случаев заболевание возникает в результате травмы или перегрузки позвоночника. Клинически заболевание проявляется болью в области пораженного нерва, онемением и слабостью в соответствующей конечности. Диагностика основана на анамнезе, физикальном обследовании и рентгенологическом исследовании. Лечение включает консервативные и хирургические методы.

Хирургическое вмешательство показано при упорных болях, не поддающихся консервативному лечению, и при наличии неврологического дефицита. Наиболее распространенным методом операции является задний миниламинэктомия. Этот метод позволяет удалить заднюю часть межпозвоночного диска, сдавливающего корешок, без нарушения целостности диска. Операция выполняется через разрез длиной 2-3 см. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты дискогенного радикулита. В большинстве случаев заболевание возникает в результате травмы или перегрузки позвоночника. Клинически заболевание проявляется болью в области пораженного нерва, онемением и слабостью в соответствующей конечности. Диагностика основана на анамнезе, физикальном обследовании и рентгенологическом исследовании. Лечение включает консервативные и хирургические методы.

Наиболее рациональным методом операции при задне-боковом грыжах диска с корешковым синдромом является задний миниламинэктомия с экзостектомией диска (т.е. частичная гемиламинэктомия). При средних грыжах — ламинэктомия.

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ИЛИ
ОБЩЕСТВО ИСТОРИКО-НАУЧНО-ПОПУЛЯРИЗАТОРСКОЕ
ИЛИ ОБЩЕСТВО НАУЧНО-ПОПУЛЯРИЗАТОРСКОЕ
ИЛИ ОБЩЕСТВО НАУЧНО-ПОПУЛЯРИЗАТОРСКОЕ

МАТЕРИАЛЫ

ARHIIVKOGU

Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu

205963

13--13 декабря 1966 г. в Таллин

205963

ПРИНЦИПИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ ДИСКОГЕННОГО ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО РАДИКУЛИТА

В. М. УГРЮМОВ и А. В. ШЕВАЛЬЕ
ЛЕНИНГРАД — ТАЛЛИН

За последние 10 лет хирургия дискогенного пояснично-крестцового радикулита в Советском Союзе сделала большие успехи. Выработаны многие принципиальные положения в этой области, ряд вопросов ждет еще своего разрешения.

В диагностике грыж последних поясничных межпозвонковых дисков основную роль играет неврологическое и ортопедическое обследование больного с учетом данных спондилографии. Однако, примерно в 20% случаев — в основном при полирадикулярных синдромах — приходится прибегать к контрастной рентгенодиагностике.

Наиболее простой и удовлетворяющей запросам клиники классификацией поясничного остеохондроза следует считать разделение его на: 1) остеохондроз с дискалгией, 2) протрузию диска с радикулярным синдромом и 3) грыжу диска с радикулярным синдромом. Кроме того, по топическому признаку надо различать задние срединные и задне-боковые грыжи или протрузии.

Хирургическое вмешательство показано при грыжах диска, сопровождающихся болевым корешковым синдромом при безуспешности энергичного консервативного лечения включая тракцию позвоночника, а также при грыжах диска с корешковыми парезами. Опыт последних лет показывает, что и при протрузиях диска частичная гемиламинэктомия с удалением желтой связки способствует разгрузке корешкового нерва и дает положительный лечебный эффект. При синдроме сдавления конского хвоста срединной грыжей диска имеются абсолютные показания к оперативному вмешательству. Остеохондроз с резкой дискалгией, не поддающийся консервативным лечебным мероприятиям, может служить показанием к тотальной дискэктомии.

Наиболее рациональным методом операции при задне-боковых грыжах диска с корешковым синдромом является задний интерламинарный доступ с экономной резекцией краев дужек (т. е. частичная гемиламинэктомия), при срединных грыжах — ламинэктомия.

Границы необходимой резекции дужки или отростков определяются в каждом конкретном случае главным образом в зависимости от расположения и размеров грыжи диска. Поиски грыжи должны быть самыми тщательными, эксплорация корешкового нерва в сомнительных случаях должна производиться от места выхода его из твердой мозговой оболочки и до межпозвоночного отверстия. После удаления свободных фрагментов хряща необходим тщательный кюретаж диска и промывание его перекисью водорода. Радикотомия имеет свои показания лишь в исключительно редких случаях, главным образом при отрицательных результатах поисков грыжи диска на повторных операциях.

Показания к спондилодезу после удаления заднебоковых грыж диска ограничены. Вопрос этот нуждается в дальнейшей разработке. Бесспорно, что предпочтение следует отдавать интеркорпоральному спондилодезу.

Основные пути дальнейшей разработки проблемы хирургии поясничного остеохондроза требуют тесного сотрудничества ортопедов и нейрохирургов для сближения противоречивых точек зрения и выработки единого подхода к решению диагностических и хирургических задач.

ДИАГНОСТИКА ДИСКОГЕННОГО ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО РАДИКУЛИТА

Э. И. РАУДАМ и Э. К. ХЕЙНСО
ТАРТУ

В связи с широким применением хирургического лечения дискогенного люмбосакрального радикулита стали актуальными вопросы диагностики этого заболевания. На основании наших наблюдений, проверенных на операции, мы пришли к заключению, что по данным анамнеза и тщательного клинико-неврологического обследования больных в большинстве случаев возможно установить не только диагноз дискогенного радикулита, но и определить топику поражения диска и стадию его поражения. При этом мы исходили из классификации Армстронга, который делит патологические изменения диска на три стадии (I стадия — протрузия, II стадия — пролапс, III стадия — дегенерация пролапса диска). Вторую стадию мы подразделили на две фазы соответственно тому, была ли задняя продольная связка узурирована (II фаза) или нет (I фаза).

Чаще всего пролапсы диска встречаются между L₄—L₅ и L₅—S₁ позвонками. Соответствующая клиническая симптоматология представлена в таблицах 1 и 2 (см. страницы 6—9).

ИШЕМИЧЕСКИЕ СПИНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

В. А. ШУСТИН, А. А. СКОРОМЕЦ, А. И. ПАНЮШКИН
ЛЕНИНГРАД

У 10% больных, оперированных по поводу патологии поясничных межпозвонковых дисков, на первый план выступали неврологические симптомы, обусловленные ишемическими нарушениями со стороны спинного мозга. Подобные расстройства являются результатом вовлечения в патологический процесс функционально значимых дополнительных корешково-медуллярных артерий (имеющихся лишь у части людей), сопровождающих L₅ или S₁ корешок.

При этом наблюдаются неврологические расстройства, не соответствующие, а нередко и значительно выходящие за пределы корешковых нарушений. На первый план обычно выступают двигательные расстройства.

Спинальные ишемические нарушения могут протекать с синдромом «парализующего ишиаса», когда в основном страдают мышцы переднего или заднего ложа голени, что является показателем страдания части эпиконуса. Поражение конуса характеризуется возникновением анестезии в зоне S₃—S₅ сегментов в сочетании с расстройством функции тазовых органов. Чаще наблюдаются более обширные поражения, когда страдает одновременно конус и эпиконус.

В наиболее тяжелых случаях развивается картина поражения нижней половины спинного мозга с верхним уровнем расстройств до D₄—L₁ сегментов.

Ишемические осложнения утяжеляют течение заболевания. При стойких и длительных нарушениях даже оперативное вмешательство не всегда улучшает прогноз в отношении восстановления утраченных функций. После операции показано длительное применение сосудорасширяющих средств.

Сосудистый компонент заболевания может быть установлен на основании анамнеза и неврологического обследования. Признаками его являются переходящие парезы стопы, приступы слабости в ногах при ходьбе, переходящие обширные зоны расстройств чувствительности, а также ряд других неврологических симптомов.

Появление спинальных ишемических нарушений у больных с дискогенными радикулитами служит показанием к неотложному оперативному вмешательству во избежание необратимых расстройств.

Стадия дегенерации диска	Длительность заболевания	Локализация болей	Нарушения чувствительности	Рефлексы
II А выпячивание в боковом положении	От 6 мес. до 5 лет и дольше	Задняя поверхность бедра и латеральная поверхность голени	Нарушение болевой чувствительности узкой полосой на задней поверхности бедра и антеролат. поверхности голени	Коленные и ахилловы рефлексы в норме
II А выпячивание в парамедиальном положении	От 6 мес. до 5 лет и дольше	Задняя поверхность бедра и голени и латеральная поверхность голени	Понижение болевой чувствительности узкой полосой на задней поверхности бедра и голени и наружной поверхности голени	Коленные рефлексы в норме ахилловы рефлексы понижены или повышены
II Б выпячивание в латеральном положении	От 6 мес. до 5 лет и дольше	Крестцовая область, задняя поверхность бедра и голени, наружная поверхность голени, I и II палец	Как II А парамед. положение + медиальная часть дорзальной поверхности стопы и I, II, III пальца, понижение вибрационной чувствительности большого пальца	Коленные и ахилловы рефлексы в норме или понижены
III стадия	От 6 до 10 лет	Крестцовая область, голень	Понижение болевой чувствительности зона боковой и задней поверхности голени	Чаще понижение ахиллова, реже коленного рефлекса

Моторная система	Позвоночник	Моторная хронаксия	Спондилограмма	Показания к хирургическому лечению
Слабость разгибания большого пальца	Уплотнение поясничного лордоза, сколиоз в большую или здоровую сторону, ограниченные сгибания и разгибания позвоночника, в меньшей степени наклоны на бок	Удлинение на m. ext. hallucis longus	Местный сколиоз, уплотнения поясничного лордоза, сужения L ₄ —L ₅ межпозвоночного промежуточного сравнительно с L ₃ —L ₄ промежуточком. L ₄ —L ₅ межпозвоночный промежуток в передней части равен задней части или уже	При продолжительности заболевания не менее 6 месяцев и если стационарное лечение от 3 до 6 недель (вытяжение, ультразвук и т. д.) не уменьшает болевого синдрома
Слабость разгибания и сгибания большого пальца	„	Удлинение на m. ext. hallucis long. и m. peroneus brevis	„	„
Гипотония и фибриллярные подергивания в мышцах перонеальной группы. Слабость разгибания стопы и большого пальца, легкое понижение сгибания стопы	Кифосколиоз поясничной области, сколиоз чаще в большую сторону. Подвижность позвоночника во всех направлениях ограничена	„	„	Показано использование метода интерламинэктомии
Слабость разгибания большого пальца	Уплотнение поясничного лордоза и ограничение сгибания позвоночника	„	Все признаки второй стадии и местный интерverteбральный остеохондроз	Только тогда, когда при повторном стационарном лечении болевой синдром не исчезает и встречаются частые обострения

Стадия дегенерации диска	Длительность заболевания	Локализация болей	Нарушения чувствительности	Рефлексы
II А стадия в латеральном положении	От 6 месяцев до 5 лет	Крестцовая область, задняя поверхность бедра и задняя поверхность голени	Понижение болевой чувствительности на задней и латеральной поверхности голени	Отсутствие или понижение ахилова рефлекса
II Б стадия в латеральном положении	От 6 месяцев до 5 лет и дольше	Как во II А стадии + латеральная поверхность стопы, IV, V палец	Понижение болевой чувствительности на задней и латеральной поверхности голени. На латеральной поверхности стопы, III, IV, V пальцев. Понижение вибрационной чувствительности на V пальце	Отсутствия ахилова рефлекса
III стадия	Свыше 5 лет	В крестцовой области, в бедре и голени	Как во II А или во II Б стадии	„

Моторная система	Позвоночник	Моторная хронаксия	Спондилограмма	Показания к хирургическому лечению
Гипотония глутеальных и икроножных мышц	Уплотнение поясничного лордоза, сколиоз в здоровую или сторону, ограничения сгибания и разгибания	Удлинение на <i>m. peroneus brevis</i>	Местный сколиоз, уплощение поясничного лордоза. L ₅ —S ₁ межпозвоночный промежуток в передней части такой же ширины, как в задней, или уже	При продолжительности заболевания не менее 6 месяцев и если стационарное лечение от 3 до 6 недель болевой синдром не уменьшает
Гипотония глутеальных и икроножных мышц, фибрилярные подергивания назв. мышц. Слабость сгибания стопы	Уплотнение поясничного лордоза, сколиоз чаще в здоровую сторону, ограничение назв. ну, кифосколиоз	Удлинение на <i>m. peroneus brevis</i> и на <i>m. extensor hallucis longus</i>	"	Показано использование метода интерламинэктомии
"	Уплотнение поясничного лордоза, ограничение движения позвоночника без особой болезненности	"	Все изменения II А и II Б стадии, явления местного остеохондроза	Только тогда, когда при повторном стационарном лечении болевой синдром не исчезает и встречаются частые обострения

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСКОВЕННЫХ РАДИКУЛИТОВ

А. М. ДМИТРИЕВА
ПЕРМЬ

В настоящее время убедительно доказана патогенетическая связь неврологических синдромов с поражением поясничных межпозвоночных дисков. Последние распознаются комплексным клинико-рентгенологическим исследованием.

Нами были изучены результаты клинического и рентгенологического исследования 200 больных с хроническими поясничными болями и ишиасом, подвергшихся операции.

Для определения характера изменений поясничных межпозвоночных дисков, помимо обычной рентгенографии, использовались некоторые специальные приемы рентгенологического исследования, в том числе методики искусственного контрастирования: пневмомиелография, дискография, пневмоперидурография.

При обычной рентгенографии поясничного отдела позвоночника обнаружено три формы остеохондроза: начальная (хондроз), форма неравномерного «ограниченного» остеохондроза и равномерного резко выраженного остеохондроза. Установлено определенное клинико-рентгенологическое соответствие: у больных с люмбаишалгией и рентгенологическими признаками асимметричного остеохондроза, как правило, имело место заднее грыжевое выпячивание того же диска.

Опыт применения контрастных методик показал, что пневмомиелография нередко существенно уточняет диагностику задних грыж диска. Однако отрицательные показатели ее не имеют большой ценности.

Наиболее полное представление как о морфологии диска, так и об окружающих его тканях дает сочетанное применение у одного и того же больного дискографии и пневмоперидурографии. Использование этих двух методик более полно отражает наличие у больного грыжи диска с реактивным эпидуритом вокруг, имеющийся реактивный эпидурит вследствие простых задних разрывов фиброзного кольца диска и т. д. Вместе с тем применение этих методик возможно у лиц с тяжелой клиникой заболевания, когда возникают показания для оперативного вмешательства. Но и для этой группы больных они требуются далеко не всегда. В тех случаях, когда клиническое обследование позволяет с уверенностью поставить диагноз грыжи диска и установить ее локализацию, а показатели бесконтрастной рентгенографии подтверждают данные клиники, указывая на наличие дегенерации в соответствующем диске, необходимости в дополнительных контрольных способах исследования нет. Показаний к ним тем более не имеется, если при рентгенографии обнаруживается асимметричный остеохондроз.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГРЫЖЕВЫХ ВЫПАДЕНИЙ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Г. Е. ИГНАТЬЕВА
ЛЕНИНГРАД

Данное сообщение основано на анализе 66 пневмомиелографических наблюдений над больными, подвергшимися оперативному лечению по поводу различных неопухолевых заболеваний спинного мозга и его корешков. Из них 23 больных было оперировано по поводу грыжевого выпадения межпозвонкового диска, 18 — по поводу эпидурита, 14 — по поводу арахноидита и 11 — по поводу гипертрофии желтой связки.

Пневмомиелографическая картина при задних грыжевых выпадениях межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника характерна, хотя и бывает довольно разнообразной. Обычно она характеризуется сужением дурального мешка и смещением его кзади или в сторону на уровне межпозвонкового диска. Это особенно четко выявляется на боковых пневмомиелограммах и снимках, произведенных в косой проекции. На прямых снимках иногда можно наблюдать дефект воздушного столба с одной или обеих сторон.

Эпидурит характеризуется либо циркулярным сдавлением дурального мешка, либо нечеткостью и неровностью его контуров.

При гипертрофии желтой связки на прямых снимках наблюдается смещение дурального мешка в сторону, на боковых снимках — вперед к телам позвонков. В отличие от выпадения межпозвонкового диска, которое бывает на уровне межпозвонковой щели, смещение дурального мешка, имеющее вид пологого дефекта наполнения, может наблюдаться на большом протяжении и захватывать уровень как тела позвонка, так и диска.

Воспалительные изменения оболочек мозга часто не требуют оперативного вмешательства, поэтому предоперационное уточнение природы поражения является крайне важным. Кистозные арахноидиты в поясничном отделе позвоночника при наличии кист, не связанных с подпаутинным пространством, дают овальные образования, напоминающие интрамедуллярный процесс. В других случаях газовый столб имеет пятнистость, когда отдельные довольно крупные участки воздуха чередуются с участками, свободными от него.

Грыжевое выпадение межпозвонкового диска, сопровождающееся воспалительными изменениями, выглядит как сужение воздушного столба на уровне двух и более позвонков с наличием неровных, иногда трудно прослеживаемых контуров воздушного наполнения. Подобные изменения могут потребовать более широкой ламинэктомии. Установить уровень выпавшего диска при наличии воспалительных изменений в окружающих тканях трудно. Об этом следует помнить и не расценивать отсутствие изменений на пневмомиелограммах как отсутствие патологии со стороны диска.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СПОНДИЛОГРАФИЯ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСКАГЕННОГО ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО РАДИКУЛИТА

Л. Г. МАТЛАН
ЛЬВОВ

Функциональное рентгенологическое исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника проводилось нами у 115 больных нейрохирургического отделения Львовской Дорожной больницы — у 67 больных дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом и у 48 — после оперативного лечения этого заболевания.

Для изучения состояния пояснично-крестцового отдела до и после операции, кроме обычного рентген-исследования, применялась функциональная спондилография в виде 4 снимков, производимых в положении максимального сгибания, разгибания и наклонов в стороны. Из-за болевого синдрома и неустойчивости больных в вертикальном положении, отрицательно сказывающейся на качестве рентгенограмм, снимки в большинстве случаев производились в горизонтальном положении больных.

Функциональная спондилография применялась главным образом для уточнения уровня поражений при установленном уже диагнозе дискогенного радикулита у больных, нуждающихся в хирургическом лечении (36 человек; из них оперировано 29). В 8 случаях это исследование применялось с целью установления диагноза дискогенного радикулита и исключения других патологических процессов в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

У большинства больных (45 из 66) благодаря функциональному рентген-исследованию получены ценные дополнительные данные, необходимые для уточнения уровня поражения.

В группе 29 больных, подвергнутых хирургическому лечению, анализ функциональных спондилограмм, произведенных до операции, дал убедительные данные для уточнения уровня поражения у 21, неубедительные — у 6 и отрицательные — у 2 человек. Диагностическая ценность функциональной спондилографии значительно возрастает при правильном учете неврологических данных.

Функциональная спондилография у оперированных больных, произведенная в различные сроки после операции (от 1,5 мес. до 5 лет), показала у многих нарушения функции пояснично-крестцового отдела позвоночника, сочетающиеся, как правило, с остаточной люмбалгией. Эти изменения (ограничения подвижности) наиболее часто выражены у больных, перенесших гемиламинэктомию и ламинэктомию двух и больше позвонков. Нарушения подвижности у больных, которым производилась гемиламинэктомию одного позвонка и интралигаментарное удаление грыжи диска, наблюдались значительно реже или вовсе отсутствовали.

Выраженной зависимости степени функциональных нарушений в пояснично-крестцовом отделе от сроков, прошедших после операции не отмечено.

ТОПИЧЕСКАЯ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

И. И. ХУДОЛЕЙ
КРАСНОДАР

В топической диагностике грыж поясничных межпозвонковых дисков ведущее место принадлежит клинике заболевания. При этом анализу корешковых расстройств отводится видное место. Однако монорадикулярный синдром, четко указывающий на поражение определенного корешка и диска, встречается не всегда. Би-радикулярный синдром при поражении двух нижних поясничных дисков бывает в 40%. Поэтому необходимо тщательное использование дополнительных методов диагностики, из которых важнейшим является рентгенологический. Прямой рентгенологический признак грыжи межпозвонкового диска — появление ее обызвествленной тени — является, к сожалению, редким и поздним. Грыжа в таких случаях практически не удалима. Косвенные признаки — выраженные явления спондилеза и остеохондроза — зачастую подводят клиницистов тем, что их расположение далеко не всегда соответствует топике патологического процесса в диске. Гораздо удобнее судить о локализации процесса по снимкам, сделанным на функционирующем позвоночнике.

В положении стоя при грыже поясничного диска, как правило, более четко проявляется сколиоз позвоночника, являющийся следствием диско-радикулярного конфликта. При наклоне корпуса в стороны позвонки описывают вполне определенные у здоровых людей дуги. Там же, где имеется сдавление корешка грыжей диска, это движение позвонка сопряжено с усилением компрессии при задне-боковом расположении грыжи. Естественно, в силу рефлекторных механизмов, при общем наклоне корпуса пораженный диск и вышележащий позвонок старается сохранить исходную установку. Это проявляется в ограничении подвижности горизонтальной оси позвонка, расположенного выше пораженного диска, т. е. его рефлекторной «контрактурой». Улавливая этот небольшой угол ограничения подвижности горизонтальной оси позвоночника на передне-задней рентгенограмме, можно судить о локализации патологического процесса.

Нами прооперировано 104 больных с грыжами поясничных межпозвонковых дисков. 67 из них проведено функциональное рентгенологическое исследование. Для грыжи 5-го поясничного (люмбосакрального) диска характерна контрактура в этом диске. Вышележащий 4-й поясничный диск контрактуры при этом не имеет. Исключением из этого правила являются случаи, когда 5-й, 4-й и иногда 3-й поясничные позвонки сохраняют в динамике анталгическую статическую установку. Тогда контрактура распространяется на 4-й и 3-й диски. Для грыжи 4-го диска характерна при наклонах в стороны контрактура 5-го и 4-го дисков. Контрактура 3-го диска не была обнаружена.

ОБ ОГРАНИЧЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДИСКОГЕННЫХ РАДИКУЛИТОВ

Я. Ю. ПОПЕЛЯНСКИЙ
НОВОКУЗНЕЦК

В Советском Союзе, в отличие от ряда зарубежных стран, удалось избежать неоправданного увлечения хирургическими вмешательствами при дискогенных поясничных радикулитах. Нет сомнения, что дальнейшее совершенствование консервативного лечения позволит еще больше сузить показания к таким вмешательствам. Согласно нашим данным (1966) в настоящее время при синдромах позвоночного остеохондроза оперативное лечение принималось в 0,3% наблюдений. Если учесть, что речь идет о самом распространенном хроническом заболевании человека, указанный процент в абсолютных цифрах составляет очень большое число больных. Возможность снижения этого процента согласно наблюдениям нашей клиники основывается на следующих материалах.

Было детально изучено 260 человек, страдавших наиболее тяжелыми проявлениями дискогенного поясничного радикулита (исключая больных с компрессией конского хвоста). Сюда включено и 39 больных, отказавшихся от рекомендованного нами хирургического лечения. Показанием к такому лечению мы считали устойчивость крайне выраженного болевого синдрома — в течение трех месяцев и более — при отсутствии улучшения от всех методов консервативного лечения (без вытяжения позвоночника). Все больные прошли курс лечения (в среднем 20—21 день) вытяжением поясничного отдела позвоночника на горизонтальной плоскости на видоизмененном нами столе Мак Ки. У большей части из них вытяжение сочеталось с новокаинизацией грушевидной мышцы. Наступившее улучшение позволило выписать на работу 19 из упомянутых 39 человек. Неполностью собранные катamnестические сведения в течение периода до двух лет показали, что большинство из них до настоящего времени остаются на работе. 12 из 39 человек выписались со значительным улучшением, у 8 это улучшение было незначительным. Судя по публикуемым материалам, мы ставим показания к операции при дискогенных радикулитах реже, чем в некоторых районах страны. Однако, после анализа вышеприведенных данных мы отказались от иллюзии, что мы достаточно строго суживаем эти показания. Начатое в последнее время ортопедическое лечение, проводимое в воде, убедило нас в том, что уже в настоящее время следует считать недостаточно используемыми консервативные (особенно ортопедические) методы лечения.

Мы считаем прогрессивной постановку вопроса об ортопедических принципах операции при некоторых вариантах дискогенных радикулитов (межтеловой спондилодез по В. Д. Чаклину, Я. Л. Цивьяну и А. И. Осна). Однако и после этих операций следует не-

риод сложных нервно-мышечных, нервно-сосудистых и других видов компенсаций, как и в период ремиссии после консервативного лечения. Не разумнее ли там, где это возможно, добиваться тех же форм компенсации, не прибегая к столько сложным вмешательствам как передним, так и задним доступами?

Все сказанное не относится, естественно, к крайне важной проблеме хирургического лечения остеохондроза в целом, значение которой трудно переоценить. Речь идет лишь о возможном сужении показаний к такому лечению.

ПУНКЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОЗОВ

А. И. ОСНА, Н. А. ЧУДНОВСКИЙ и В. В. КАЛИНКИН
НОВОКУЗНЕЦК

В течение последних двух лет наша клиника разрабатывает новый, пункционный метод лечения остеохондрозов с применением энзимотерапии и дерцепции диска.

Энзимотерапию остеохондроза предложил Smith в 1963 году. Он использовал протеолитические ферменты папаин и химопапаин, избирательно действующие на хрящ, вызывая его расплавление.

С 1964 г. один из нас проводил опыты на хвостовых и поясничных дисках собак. Опыты показали, что протеолитический фермент папаин, введенный в диск пункционным путем, вызывает расплавление хряща, сначала пульпозного, а в больших дозах и фиброзного. Опыты показали также, что некротизированный хрящ расплавляется дозой фермента в 100 раз меньшей, чем здоровый хрящ. Таким образом представилось возможным выработать дозу, достаточную для расплавления пораженных участков диска и безопасную для здоровых (Н. А. Чудновский 1965, 1966).

С 1965 года мы применили пункционную терапию остеохондроза в клинике (В. В. Калинин, 1966). Лечение были подвергнуты те больные, у которых обычные методы консервативного лечения не дали результатов и которых раньше мы подвергали операции. До настоящего времени этот вид лечения применен у 36 больных при разных стадиях и формах заболевания. Наша сотрудница Л. А. Карпова (1966) применила папаин при начальных формах остеохондроза у больных с врожденными аномалиями позвоночника с целью купирования процесса и профилактики дальнейшего развития.

После введения папаина в диск у больных отмечались боли дискалгического типа с различной иррадиацией, которые длились до трех недель. В этом периоде больной должен соблюдать строгий постельный режим, получать обезболивающие. После указанного срока боли постепенно исчезают. Выздоровление оказывается стойким, хотя сроки наблюдения у нас пока не превышают одного года.

С 1966 г. для купирования исходящей из диска патологической импульсации мы применили введение в диск пункционным путем 2% раствора новокаина (А. И. Осна и Я. Ю. Попелянский). Проведенное у восьми больных, оно оказалось весьма эффективным: висцеральные отраженные боли типа т. н. периартрита, так же как и миотонические рефлексy исчезли на операционном столе.

Задняя продольная связка, интимно прилегающая, а порой даже спаянная с диском, оказывается наиболее богато иннервированной и является наиболее часто источником патологической импульсации. При наличии трещин в диске она блокируется. Для других случаев нами разработан метод стереотаксической дерцепции этой связки.

Дерцепция раствором новокаина не всегда оказывается стойкой. Применение более дюрантных препаратов нам представляется весьма перспективным.

ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ЧЕЛОВЕКА В ПРОЦЕССЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

И. П. ДЕГТЯРЕВ
НОВОСИБИРСК

Проводилось гистохимическое изучение полисахаридов и белков поясничных межпозвонковых дисков человека в период утробного и внеутробного развития.

С помощью реакции ШИФФ-периодная кислота и ферментативного гидролиза амилазой в межпозвонковых дисках выявлены углеводные соединения типа гликогена и нейтральных полисахаридов.

Гликоген, локализуясь внутриклеточно, представлен в значительном количестве в дисках эмбрионального периода жизни. Особенно его много содержится в хорде, клетках перихордального гиалинового хряща, а позже в хондроцитах волокнистого хряща. Очень богаты гликогеном клетки эмбриональных хрящевых тел позвонков. Число клеток волокнистого хряща, содержащих гликоген, становится заметно меньше по мере роста, развития и особенно старения диска.

Другим углеводным соединением, обнаруженным в тканях диска, являются нейтральные мукополисахариды, которые в комплексе с белками образуют так называемые глико- или мукопротеины. Этот вид амилазоустойчивых полисахаридов расположен в основном в веществе диска — в волокнистых структурах его. С ростом межпозвонкового диска до определенного возраста (30—40 лет) происходит увеличение количества этих соединений. В последующем, особенно к старости отмечается снижение в содержании нейтральных мукополисахаридов.

Применение реакции метакромазии толудиновым синим, метода

Хэйла и альцианового синего позволило выявить в межпозвоночном диске, особенно его центральной части (пульпозном ядре), большое количество мукополисахаридов. Последние локализуются между коллагеновыми волокнами и в некоторых клетках.

Дифференциация кислых мукополисахаридов с использованием контрольных реакций (бактериальная и тестикулярная гиалуронидаза, метилирование и др.) показала, что, по-видимому, основными представителями кислых мукополисахаридов в ткани межпозвоночного диска зрелого возраста являются хондроитинсульфат С, кератосульфат и в некотором количестве хондроитинсульфат А.

В эмбриональных дисках и в течение первых лет внеутробного периода жизни преобладают кислые мукополисахариды, неустойчивые к тестикулярной гиалуронидазе (хондроитинсульфат С), тогда как во второй половине внеутробной жизни обнаруживаются преимущественно мукополисахариды, резистентные к воздействию указанного фермента (кератосульфат и частично хондроитинсульфат А).

Реакция на белки (тетразониевая по Даниелли, с динитрофторбензолом), на аминокислоты и их функциональные группы (амино-, сульфгидрильные и карбоксильные) показали, что диски эмбрионального периода почти не содержат выявляемых аминокислот и их функциональных групп. Диски внеутробного периода развития содержат заметное количество функциональноспособных белковых групп и, чем старше возраст, тем интенсивнее реакция. Локализуются белковые группы главным образом в волокнистых структурах диска и отдельных клеточных элементах.

Усиление интенсивности белковых реакций с возрастом говорит, по-видимому, о высвобождении реакционных групп белка из соединений с другими веществами (возможно глико- или мукопротеинами, нуклеиновыми кислотами).

РЕАКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИДУРАЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ В ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНОКОВЫХ ДИСКАХ

А. В. ПЯТАЕВ
БЕРЕЗНИКИ

В ряде случаев клиническая картина пояснично-крестцового радикулита возникает в связи с инфильтративными или спаечными изменениями в эпидуральной клетчатке нижнего поясничного отдела позвоночника. В происхождении этих изменений придается значение «простым» задним разрывам фиброзного кольца межпозвоночных дисков, которые не сопровождаются грыжевыми выпячиваниями.

С целью изучения структуры тканей перидурального пространства при различных состояниях межпозвоночных дисков нами на трупах исследовались эпидуральная клетчатка, нервные корешки,

межпозвоночный ганглий и связки на уровне 2—3 дисков нижнего поясничного отдела. Разрывы в дисках выявлялись с помощью дискографии. Всего изучен 41 диск и ткани вокруг них у 19 трупов. Возраст погибших был в основном от 30 до 42 лет.

«Простые» задние разрывы обнаружены в 31 диске у 17 трупов. У 10 из них эпидуральная клетчатка на уровне пораженного диска была фиброзно изменена, уплотнена и связывала нервный корешок с диском в месте разрыва его. Иногда уплотнение клетчатки распространялось на соседний сегмент.

При гистологическом исследовании в дисках с задними разрывами определялся грубый дистрофический процесс, характеризовавшийся отеком межучточной ткани, вакуолизацией и гранулярной дистрофией. Эпидуральная клетчатка во всех случаях реагировала лимфоидной инфильтрацией, развитием грануляционной ткани с очагами фиброза. Лимфоидная инфильтрация была чаще локальной и точно соответствовала по местоположению задним разрывам диска. У 6 трупов инфильтрат несколько распространялся на противоположную сторону пораженного позвоночного сегмента или на соседний сегмент. В клетчатке, вокруг ее сосудов, в эпи- и периневррии нервных стволов, а также в желтой и задней продольной связках наблюдался выраженный фиброз. Твердая мозговая оболочка при переходе на нервный корешок была утолщена и фиброзно изменена. В 4 случаях в нервах клетчатки и в корешках спинного мозга обнаружены грубые дистрофические изменения.

На уровне дисков, где задних разрывов не было (таких было 10 дисков у 8 трупов), эпидуральная клетчатка была свободна от инфильтратов, в связках и нервных стволах изменения не определялись.

Таким образом, «простые» задние разрывы дисков, как правило, сопровождаются реактивными изменениями в эпидуральной клетчатке. В ряде случаев наблюдаются также фиброз нервных стволов клетчатки и дистрофические изменения в нервных корешках спинного мозга.

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ЗАДНЕГО И ПЕРЕДНЕГО ОПЕРАЦИОННЫХ ДОСТУПОВ В ХИРУРГИИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

И. М. ИРГЕР
МОСКВА

Существующий «ортопедо-нейрохирургический конфликт» в проблеме лечения поясничных остеохондрозов с проявляющимися в литературных публикациях крайними точками зрения, может внести сумятицу в среду практических хирургов, которым почти ежедневно приходится решать вопросы выбора методик оперативного вмешательства при столь распространенном заболевании. Создается опасность распространения излишнего и недостаточно оп-

равданного радикализма в стремлении решения вопроса с чисто теоретических позиций.

В нейрохирургическом отделении московской клинической больницы им. С. П. Боткина и в нейрохирургической клинике 1-го московского медицинского института было оперировано 734 больных с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника задними доступами.

При сравнении результатов оперативных вмешательств задним доступом в свете личного опыта и литературных данных с результатами оперативного вмешательства передним доступом в свете литературных данных не удается отметить преимущество значительно более травматичного переднего доступа перед более щадящими методиками при задних доступах.

Однако, подобная суммарная оценка результатов неправомерна, ибо при заднем доступе можно ликвидировать причину возникновения определенных клинических синдромов, чего нельзя добиться при передних доступах и, наоборот, передние доступы дают наилучшую возможность стабилизации позвоночника, что является необходимым при других клинических проявлениях остеохондроза позвоночника. Если в отношении остеохондроза шейного отдела позвоночника в настоящее время уже можно в достаточно определенной форме установить дифференцированные показания для передних и задних доступов оперативного вмешательства в зависимости от особенностей патологической картины и формы проявления клинической патологии, то в отношении поясничного остеохондроза это стоит только на повестке дня и, по существу, является основной задачей настоящей сессии.

Наибольшие трудности возникают при обсуждении вопроса о выборе заднего или переднего доступов в случаях первичных операций. С теоретической точки зрения показания к переднему доступу могут возникнуть в случаях тяжелых форм люмбаго и люмбагии, обусловленных не проляпсом, а только протрузией диска, при отсутствии компрессии корешков, где болевой синдром обусловлен раздражением связочного аппарата позвоночника. Но практически трудно установить наличие подобной формы заболевания в дооперационном периоде. До операции утверждение о наличии только протрузии в настоящее время является почти невозможным. Миелография может подтвердить наличие проляпса диска, но в случаях небольших выбуханий не представляется возможности утверждать именно о наличии протрузии. Конечно, если рентгенологически выявляются симптомы относительной неустойчивости позвоночного сегмента в области дегенерированного диска с явлениями подвывиха или прогрессирующего спондилолистеза, показания к переднему способу становятся более определенными, но количество таких форм невелико. Таким образом, показания к выполнению оперативного вмешательства передним доступом при первичных операциях возникают в относительно небольшом количестве случаев.

Совершенно по иному стоит вопрос в случаях повторных операций. Если при неэффективности первичной операции задним доступом возникают подозрения, что хирургу не удалось выявить имеющуюся грыжу диска на соседнем уровне или в межпозвоночном отверстии — возникают показания к повторной операции задним способом. Но если во время первичной операции с определенностью была выявлена протрузия диска и имеется клинический синдром, позволяющий думать, что в основе заболевания лежит относительная неустойчивость сустава в области дегенерированного диска — возникают показания к выполнению повторной операции фиксации позвоночника передним доступом.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОВ

Я. Л. ЦИВЬЯН
НОВОСИБИРСК

Межпозвоночный остеохондроз представляет собой дегенеративное поражение своеобразного сустава позвоночника — межпозвонокового диска. Дегенеративные процессы, наступающие в диске помимо изменений в самом диске неизбежно приводят к нарушению нормальных анатомических взаимоотношений в задних элементах смежных позвонков, проявляющихся в виде спондилоартроза, инклинации суставных отростков, ретроградного спондилолистеза, дегенеративного спондилолистеза и т. п.

В числе многообразных клинических симптомокомплексов, возникающих при поясничном остеохондрозе, наиболее постоянными являются боли и ограничение подвижности в соответствующем сегменте позвоночника.

Одним из довольно частых, но совершенно не обязательных осложнений течения поясничного межпозвонокового остеохондроза является грыжевое выпячивание вещества пульпозного ядра через разрыв фиброзного кольца, приводящее к сдавлению спинномозгового корешка или других элементов спинного мозга. Компрессия спинномозгового корешка может возникнуть и от протрузии диска или вследствие реактивного асептического воспалительного процесса в области дегенеративно измененного задне-наружного межпозвонокового сочленения.

В абсолютном большинстве случаев при межпозвоноковых остеохондрозах эффективным оказывается консервативное лечение, в комплексе которого решающая роль принадлежит ортопедическим манипуляциям. Лишь 5—7% от общего числа страдающих поясничными межпозвоноковыми остеохондрозами подлежат оперативному лечению.

В показанных случаях должно производиться радикальное оперативное вмешательство, направленное на устранение основного страдания, а не на ликвидацию одного из осложнений в течении

межпозвоночного остеохондроза. Паллиативные операции типа удаления грыжи диска следует производить только тогда, когда условия и возможности не позволяют прибегнуть к радикальному вмешательству или когда к нему имеются противопоказания медицинского характера. Следует иметь в виду, что паллиативное вмешательство оказывается эффективным только при наличии грыжи диска. Оно оказывается бесполезным, а порой и вредным, при протрузии диска или наличии других причин, вызывающих компрессию корешка. При необходимости осуществления паллиативной операции ее следует производить максимально щадящим способом без нарушения задних опорных структур позвоночника. Совершенно недопустимы обширные ламинэктомии, которые нередко производятся при так называемых «щадящих» операциях. В этих случаях декомпрессия ущемленного корешка достигается ценой тяжкого, порой непоправимого ущерба, наносимого опорным структурам позвоночника.

Операцией выбора при поясничных межпозвоночных остеохондрозах мы считаем применяемую нами с 1959 года операцию тотальной дискэктомии с расклинивающим корпородезом. По нашему мнению это оперативное вмешательство наиболее полноценно решает те задачи, которые ставятся при оперативном лечении указанного страдания. При строгих, продуманных и обоснованных показаниях не исключается применение других оперативных вмешательств, которые, по нашему мнению, являются не правилом, а исключением.

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРИРОВАНИЯ ПРИ ПОЯСНИЧНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ПОРАЖЕНИЯ ДИСКА

А. И. ОСНА
НОВОКУЗНЕЦК

В настоящее время применяются три вида лечения поясничного остеохондроза, которые не противопоставляются, а дополняют друг друга:

1) Консервативное лечение (ортопедическое, курортное, десенсибилизирующее, энзимотерапия, дерецелция), устремленное на рассасывание или расплавление участка дегенерированного диска, обуславливающего синдром, а также на купирование патологической импульсации из пораженного диска.

2) Оперативное паллиативное лечение, устремленное на ликвидацию патогенетической ситуации хирургическим путем. Операции производятся задним доступом. Они в настоящее время наиболее распространены. Остеохондроз при этом остается, выздоровление может оказаться нестойким.

3) Оперативное радикальное лечение, устремленное на удаление всего пораженного остеохондрозом диска. Остеохондроз лик-

видируется и может развиваться лишь на другом уровне. Радикальное удаление диска возможно только передним доступом, требует обязательной стабилизации позвоночника и на поясничном уровне является более сложным вмешательством. Оно применяется реже, хотя в ряде случаев оказывается единственно эффективным.

Основываясь на десятилетнем опыте нашей клиники по хирургическому лечению поясничных остеохондрозов у 311 больных, мы выработали следующую тактику:

Консервативное лечение должно быть начальным этапом лечебного процесса. Мы отказывались от него, приступая сразу к операции: при инсультообразном развитии синдрома дискогенной миэлопатии (сдавление корешковых сосудов), при синдроме сдавления конского хвоста (массивное выпадение), а также в случаях, где причиной остеохондроза оказывались врожденная аномалия позвоночника (*Spina bifida*, переходной пояснично-крестцовый позвонок, спондилолиз).

Оперативное паллиативное лечение оказалось единственно эффективным в лечении рубцовых процессов в позвоночном канале, возникших при остеохондрозе (эпидуриты, пахименингиты, арахноидиты, спайки корешков с диском) у 15 больных. Радикальная операция в этих случаях бесполезна.

Оперативное радикальное лечение оказалось единственно эффективным а) при внутрисковых процессах (инвалидизирующая люмбалгия, часто рецидивирующее люмбаго, рефлекторные внутрисковые процессы трофического, ангиоспастического, миотонического характера) у 11 больных; б) при костных смещениях вследствие остеохондроза (неустойчивость позвоночника, спондилолистез, сужение межпозвоночного отверстия вследствие снижения диска) у 22 больных. Паллиативные вмешательства задним доступом во всех этих случаях нецелесообразны.

При конфликтах диска с окружающими нервными и сосудистыми образованиями мы пользовались как **паллиативными** (удалением грыжи диска задним доступом) у 99 больных, так и **радикальными** — у 164 больных — **операциями**. Мы предпочитали паллиативные вмешательства при инсультообразном развитии синдрома дискогенной миэлопатии, при синдроме конского хвоста, при гипералгическом или паралитическом ишиасе, при чисто корешковых расстройствах в начальных стадиях остеохондроза, при множественном поражении дисков, а также у лиц свыше 50 лет, у которых фиброз делает рецидивы мало вероятными. Мы предпочитали радикальную дискэктомию при наличии выраженного дискографического компонента, при выраженном, подтвержденном дискографически, разрушения диска при застарелом остеохондрозе, при поражении 1—2 дисков у лиц молодого и среднего возраста.

У восьми больных после задней операции потребовалась еще и передняя. У трех — после передней пришлось прибегнуть к задней.

О ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ПОДХОДЕ К МЕТОДАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗАХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

К. И. ХАРИТОНОВА
НОВОСИБИРСК

Лечение больных с радикулитами, вызванными патологией межпозвоноковых дисков, имеет весьма поучительную историю. Переоценка значения дискоза как причины радикулитов и радикуло-невритов, которая допускалась многими, в том числе и весьма авторитетными авторами, особенно за рубежом, послужила одним из главных мотивов широкого увлечения оперативным методом лечения этих заболеваний. Однако непосредственные, а главное отдаленные результаты лечения заставили более строго ставить показания к оперативному лечению.

В лечении больных остеохондрозами позвоночника наступил такой период, когда следует говорить не о том, когда и кого лечить — этот вопрос в данное время можно считать почти решенным, — следует говорить о том, каким оперативным методом лечить больных этим заболеванием.

В настоящее время существуют две противоположные позиции в отношении метода оперативного лечения: 1) позиция большинства нейрохирургов, стремящихся задним оперативным подходом добиться декомпрессии сдавленных корешков; 2) позиция ортопедов — передним подходом произвести дискэктомию и спондилодез между телами позвонков.

Изучение литературы вопроса, наши собственные наблюдения (28 оперированных больных с отдаленными наблюдениями) и опыт ортопедов, с которыми мы повседневно контактируем в работе, убеждают нас в том, что в настоящее время можно и должно четко разграничить показания для операции указанными методами.

Операцию задним (нейрохирургическим) подходом мы считаем показанной в тех случаях, когда возникает компрессия нервных корешков при срединном или срединно-боковом выпадении диска. Картина компрессии нервных корешков с последующими вторичными изменениями в них (нарушение кровообращения, отек и др.), характеризующаяся симптомами раздражения и выпадения их функции, нередко изменениями ликвородинамики, белково-клеточной диссоциацией в ликворе и наличием тени выпавшего диска на пневмомиеелограммах, успешно устраняется именно нейрохирургическим путем.

Возникающая иногда перфорация задней продольной связки и переднего листка твердой мозговой оболочки с выпадением дегенерированного диска в субдуральное пространство, симулирующая картину опухоли конского хвоста, является прямым показанием только к заднему оперативному доступу.

При боковом выпадении диска или срединно-боковом, но без нарушения ликвородинамики, показана операция только передним подходом — дискэктомия с расклинивающим корпородезом. Задний подход в этих случаях дает неполный и нестойкий положительный результат.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Б. Н. ЭСПЕРОВ
КРАСНОДАР

Патология межпозвонковых дисков в течение трех последних десятилетий привлекает внимание клиницистов. В настоящее время нет сомнений в том, что подавляющее число люмбоишиалгий имеет дискогенный генез. Ишиас является самым частым заболеванием среди других форм неврологической патологии, составляет 12—20% всех нервных заболеваний. Поэтому лечение больных ишиасом актуально с социальной точки зрения.

Клиника дискогенного ишиаса изучена очень хорошо. Распространение и локализация боли, сколиоз, болезненность паравертебральных точек, сглаженность поясничного лордоза или кифоз, симптомы натяжения нервных стволов нижних конечностей, чувствительные, двигательные, рефлекторные корешковые нарушения, в какой-то степени исследование ликвора позволяют в подавляющем большинстве случаев правильно установить топический диагноз грыжи диска.

Рентгенологическое исследование при грыжах поясничных межпозвонковых дисков является обязательным дополнительным методом исследования. На обычных спондилограммах выявляются те или иные изменения у 61,8% больных. Простым и перспективным в топико-диагностическом отношении методом следует считать функциональную рентгенографию позвоночника. Контрастные рентгенологические методы исследования — миелография, пневмомиелография, дискография имеют самое ограниченное применение.

Основным методом лечения дискогенного ишиаса является консервативный. Оперативное вмешательство показано при неуспехе или ухудшении от длительно и настойчиво проводимого консервативного лечения, при частых рецидивах болезни, инвалидизирующих больного, при острых плохо переносимых болевых синдромах. Абсолютные показания к операции возникают при сдавлении корешков конского хвоста или спинного мозга.

В течение 1957—66 гг. нами прооперировано 400 больных по поводу грыж поясничных межпозвонковых дисков. Оперированные больные в подавляющем числе были в возрасте 21—50 лет, преобладали мужчины (71,9%). При срединных грыжах дисков должна применяться только ламинэктомия. При задне-боко-

вых и парамедианных грыжах может применяться гемиламинэктомия, частичная гемиламинэктомия и иссечение желтой связки. Предпочтительнее пользоваться местной анестезией. Обязательно удаление секвестрированного мягкотного ядра и тщательный кюретаж полости диска.

Результаты оперативного лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков следует признать хорошими. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 96,6% оперированных. Отдаленные результаты, проверенные в сроки от 1 до 8 лет, были положительными у 91,1% больных. К прежнему труду вернулось 84,4% оперированных.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ ДИСКОГЕННЫХ ПОЯСНИЧНЫХ РАДИКУЛИТОВ

Я. К. АСС
ПЕРМЬ

Опыт хирургического лечения 212 больных с тяжелыми поясничными болями и люмбоишиалгией показал, что успех оперативного вмешательства определяется в первую очередь точным предоперационным диагнозом поражения. Операция показана при сдавлении нервных корешков, которое вызывается, как правило, задними грыжами межпозвонковых дисков. Грыжа характеризуется выпячиванием через разрыв в фиброзном кольце дегенерированной ткани внутренних отделов диска. От грыжи диска следует отличать протрузию фиброзного кольца, которая часто встречается при дегенеративных поражениях дисков, но сопровождается компрессией нервных корешков в единичных случаях.

Грыжевые выпячивания вызывают обычно монорадикулярный неврологический синдром. Двух- и многокорешковые синдромы встретились у 18,9% наших больных. Чаще всего они были связаны с вовлечением нервных корешков на соседних с грыжей уровнях в сопровождающий грыжевое выпячивание реактивный эпидурит, реже — с экстрадуральным сдавливанием двух корешков грыжами, с компрессией дурального мешка, с реактивным арахноидитом.

Некомпрессионные поражения нервных корешков вызываются чаще всего реактивными изменениями в эпидуральной клетчатке, возникающими в результате «простых» задних разрывов дисков, которые не сопровождаются грыжевыми выпячиваниями. Эти изменения могут сочетаться с так называемой гипертрофией желтой связки, которая обычно не имеет самостоятельного значения в происхождении болевого синдрома. Больные с некомпрессионными поражениями подлежат, как правило, консервативному лечению.

Для дифференциальной диагностики между компрессионными и некомпрессионными поражениями корешков, а также для распо-

знания реактивных процессов в перидуральном пространстве иногда приходится прибегать к контрастным методам рентгенологического исследования: дискографии, пневмоперидурографии, пневмомиелографии.

Операцию при грыжах дисков наиболее целесообразно производить задним интерламнарным доступом или посредством гемиламинэктомии. При обследовании 148 больных в сроки до 6 лет 2 мес. после оперативного вмешательства (32 чел. — от 1 года до 2 лет, 37 чел. — от 2 до 3 лет, 59 чел. — свыше 3 лет) были получены отличные результаты в 28%, хорошие в 37%, удовлетворительные в 22,5% и неудовлетворительные в 12%. Функциональное рентгенологическое исследование, проведенное у 74 больных, показало, что результаты операции не зависят от подвижности пораженного сегмента позвоночника.

Первичная фиксация поясничного отдела позвоночника не оправдана. В отдельных случаях, при остаточной поясничной боли, не уступающей консервативному лечению, показана операция второй фиксации. Это вмешательство целесообразно производить передним экстраперитонеальным доступом по методу В. Д. Чаклина.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ОРТОПЕДО-НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМ МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА, ОСЛОЖНЕННОГО ЗАДНИМИ ГРЫЖАМИ ДИСКОВ

Х. М. ШУЛЬМАН
КАЗАНЬ

Отсутствие общепринятой клинической классификации остеохондроза позвоночника, осложненного задними грыжами дисков, крайне затрудняет решение ряда вопросов хирургической тактики при этом заболевании.

Анализ клинической картины более чем у 200 больных и сопоставление ее с морфологическими изменениями, найденными во время операций, позволили предложить рабочую классификацию остеохондроза позвоночника, осложненного грыжевыми выпячиваниями дисков. В клинической картине заболевания выделяются четыре, возрастающих по тяжести, стадии: дискогенная или вертебральная, монорадикулярная, полирадикулярная, синдром компрессии корешков конского хвоста. Предлагаемая классификация позволяет ориентироваться в выборе наиболее рационального метода терапии, конкретизировать показания к хирургическому лечению.

Стойкий терапевтический эффект от применения нехирургических методов лечения отмечался у большинства пациентов с первой и реже второй стадией заболевания. Консервативная терапия

в третьей и четвертой стадиях — совершенно не эффективна и проведение ее нецелесообразно.

Существенное значение имеет вид доступа к образованиям позвоночного канала. Размеры доступа должны соответствовать объему предполагаемого хирургического вмешательства, что, в свою очередь, определяется степенью распространенности патоморфологических изменений. При выборе хирургического доступа руководствуемся следующей схемой: больным с монорадикулярной и полирадикулярной стадиями заболевания задняя стенка позвоночного канала вскрывается наиболее щадящим транслигаментарным или интерламинарным доступом. В дальнейшем, после уточнения объема и характера патоморфологических изменений доступ при необходимости расширяется в нужном направлении и границах. У больных с выраженным синдромом компрессии корешков конского хвоста задняя стенка позвоночного канала вскрывается на протяжении 1—2 дужек.

Изучение отдаленных результатов хирургического лечения больных, оперированных различными методами, позволило установить несомненное преимущество комбинированного ортопедо-нейрохирургического способа. Сущность его заключается в субтотальной резекции межпозвоночного диска вместе с грыжевым выпячиванием и одномоментном выполнении заднего интеркорпорального спондилодеза путем аутопластики с использованием остистых отростков.

ТОТАЛЬНАЯ ДИСКЭКТОМИЯ И РАСКЛИНИВАЮЩИЙ КОРПОРОДЕЗ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Я. Л. ЦИВЬЯН и В. П. МОТОВ.
НОВОСИБИРСК

Для изучения возможности полного удаления поясничных межпозвоночных дисков при переднем подходе нами проведены экспериментальные исследования на поясничном отделе позвоночника на 35 трупных препаратах человека. Чтобы судить о степени имеющейся дегенерации дисков, производилась дискография препаратов с добавлением водного раствора метиленовой сини. Затем производилась дискэктомия в том объеме, в котором она обычно осуществляется в клинике. При изучении замороженных распиленных препаратов было отмечено, что межпозвоночные диски во всех случаях удалены полностью, за исключением наружных слоев фиброзного кольца в заднем и боковых отделах.

При оперативном вмешательстве по поводу поясничных межпозвоночных остеохондрозов мы придаем важное значение восстановлению высоты межпозвоночного пространства, вертикального диаметра межпозвоночных отверстий и нормализации анатомических взаимоотношений в задних отделах данного сегмента поз-

воночника. Мы считаем, что этого удается достичь методом расклинивающего корпородеза.

Для суждения об эффективности расклинивающего корпородеза нами проведена серия опытов на 20 трупных препаратах поясничного отдела позвоночника.

Взятые препараты подвергались рентгенографии в боковой проекции. Отпрепаровывались межпозвонковые отверстия. Производилось измерение их вертикальных диаметров на препаратах и рентгенограммах. Удалялись межпозвонковые диски чаще на двух уровнях и производился расклинивающий корпородез. В расширенные межпозвонковые промежутки вставлялись соответствующей величины и формы костные трансплантаты. Затем снова измерялся вертикальный диаметр межпозвонковых отверстий на препаратах и рентгенограммах. Таким образом удалось установить, что расклинивающий корпородез позволяет увеличить вертикальный диаметр межпозвонковых отверстий в среднем на 1,3 мм, устранить инклинацию суставных отростков и нормализовать анатомические соотношения задних отделов сегмента позвоночника.

АЛЛОПЛАСТИЧЕСКИЙ СПОНДИЛОДЕЗ СТИРАКРИЛОМ

М. Ф. ДУРОВ
НОВОКУЗНЕЦК

Необходимость фиксации позвоночника после некоторых операций в настоящее время является общепризнанной. Для фиксации применяются методы костной пластики (задний и передний спондилодез). Инстинтная стабилизация позвоночника наступает после приращения трансплантата через несколько недель или месяцев.

В последние годы для фиксации позвоночника предложены металлические фиксаторы.

Нам представляется более целесообразным использовать для фиксации позвоночника быстротвердеющую пластмассу стиракрил. Фиксатор изготавливается во время операции и хорошо подгоняется к форме позвоночника, учитывая также повреждения задних отделов позвонков.

Для разработки методики фиксации позвоночника стиракрилом мы проводили эксперименты на собаках. Наибольший срок наблюдения у трех из них 11 месяцев. Контрольная функциональная рентгенография через два-три месяца показала, что фиксируемые четыре позвонка неподвижны. При попытке сломать позвоночник чрезмерным сгибанием и давлением по оси разрывались диски выше или ниже блока, а фиксированные диски и позвонки остались неподвижными. Через 2,5 месяца у забитой собаки трансплантат из стиркрила покрыт мощной фиброзной капсулой, которая сама в значительной мере способна обеспечить фиксацию оперированного отдела позвоночника.

В клинике спондилодез стиракрилом применен у семи больных. Двум больным — после перелома-вывиха в поясничном отделе. На функциональных рентгенограммах у одного из них через семь месяцев после операции фиксированный отдел неподвижен. Болей нет.

Одной больной спондилодез произведен гомотрансплантатом и стиракрилом при оперативном лечении врожденного клиновидного позвонка L₂. Через три недели она поставлена на ноги. Подвижности в фиксированном отделе позвоночника нет. Больная выписана для амбулаторного наблюдения.

Четырем больным спондилодез стиракрилом был применен при оперативном лечении остеохондроза позвоночника. Непосредственные результаты удовлетворительные. У одного больного, осмотренного через три месяца после операции, исчезли боли и сколиоз, увеличился объем движений нижних конечностей, возросла сила в них. Больной отказался от инвалидности II группы и вышел на прежнюю работу.

А. А. Луцки (1966) с успехом применил наш способ спондилодеза после вправления вывиха в шейном отделе позвоночника.

На основании предварительных экспериментальных данных и клинических наблюдений мы заключаем, что новый способ спондилодеза стиракрилом доступен, прост, позволяет рано ставить больных на ноги, сокращает сроки госпитализации, легко переносится больными, избавляет от длительной иммобилизации и может найти применение при оперативном лечении некоторых травм и заболеваний позвоночника.

ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСКАГЕННЫХ ПОЯСНИЧНЫХ РАДИКУЛИТОВ

И. Л. КРУПКО, А. В. ВОРОНЦОВ, С. С. ТКАЧЕНКО, В. Н. РЫКОВА
ЛЕНИНГРАД

За последние 5 лет по поводу дискогенных поясничных радикулитов в клинике травматологии и ортопедии ВМОЛА им. С. М. Кирова проведены оперативные вмешательства у 55 больных. Наиболее часто дискогенные радикулиты наблюдались у лиц физического труда в возрасте от 21 года до 50 лет. Оперативные вмешательства проводились у больных, страдавших радикулитом от 4 месяцев до 26 лет, у которых консервативное лечение было безуспешным.

Все больные перед операцией в течение 15—30 дней находились на вытяжении. Вытяжение осуществлялось на горизонтальной шите с помощью 2 корсетов (грудного и поясничного) и резиновых эластических тяг в каудальном и краниальном направлениях. У некоторых больных после данного лечения ликвидировались симптомы заболевания и отпала необходимость в операции.

Оперативные вмешательства проводились под эндотрахеальным обезболиванием. Удаление диска осуществлялось через задний доступ с гемиламинэктомией (у 30 больных) или фенестрацией. При операциях наиболее часто грыжевое выпячивание обнаружено в области двух нижних дисков поясничных позвонков (у 27 больных). У 4 больных имела место секвестрация диска в спинномозговой канал, у остальных — грыжевое выпячивание.

После операции в течение 3 недель больные соблюдали постельный режим. У 44 больных уже в первые дни после операции исчез болевой синдром и защитный сколиоз.

Отдаленные результаты прослежены у 37 больных в сроки от 1 года до 5 лет. У 32 больных исчезли боли, ликвидировался сколиоз, полностью восстановилась трудоспособность.

Только у 5 больных сохранился болевой синдром.

ИНТЕРЛАМИНАРНЫЙ ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ ДИСКОГЕННОГО ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО РАДИКУЛИТА

Р. И. ПАЙМРЕ
ТАРТУ

В нейрохирургическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы для хирургического лечения дискогенного пояснично-крестцового радикулита применяется интерламинарный доступ.

Методика операции: больного укладывают на живот. Проводится разрез кожи на уровне L_4-S_1 , по срединной линии. Остистые отростки и дужки скелетируются с одной стороны. В случае двустороннего или срединного выпячивания освобождение дужек проводится с обеих сторон. Во избежание мышечного кровотечения до проведения кожного разреза паравертебрально вводится раствор адреналина. В рану вводят автоматический ранорасширитель. В случае выпячивания межпозвонкового диска L_4-L_5 с помощью костных щипцов и острой ложечкой удаляют каудальный край дужки L_4 на 3—4 мм, краниальный край дужки L_5 на 2—3 мм. В случае пролапса диска L_5-S_1 часто достаточно удалить только каудальный край дужки L_5 на 2—3 мм. Желтую связку удаляют, с помощью диссектора обнаруживают корешок нерва и пролапс диска. Корешок нерва отводят медиальнее и при необходимости освобождают от спаек. Задняя продольная связка позвоночника может оказаться неповрежденной (II А стадия выпячивания диска) или узурированной пролапсом (II Б стадия выпячивания диска). Разрез продольной связки проводится скальпелем; при этом вещество пролабирующего диска начинает выпячиваться. Пролабирующую часть диска захватывают специальными щипцами и извлекают. Удаляют части диска, находящиеся в интервертебральном пространстве.

В III стадии выпячивания в эпидуральном пространстве могут оказаться обызвествленные части диска. Последние, как и остеофиты на задних краях позвоночника, удаляют острой ложечкой. Узловатые расширения вен коагулируют.

Возникающие в эпидуральном пространстве венозные кровотечения останавливают с помощью смоченных перекисью водорода ватных тампонов или диатермического тока. В единичных случаях может возникать необходимость в гемостазе с помощью мышечного тампона. Рана зашивается послойно, в ней оставляется на 24 часа тампон «сигара».

В случаях больших выпячиваний в срединном положении пересекается надостистая связка и удаляется нижняя часть вышележащего остистого отростка. Затем производится двусторонняя интерламинэктомия, пролапс удаляется транс- или экстрадурально.

Анализ результатов лечения 350 оперированных больных показал, что 86,3% больных выписаны из стационара с отсутствием каких-либо болей. У 1,5% оперированных при выписке отмечались боли в пояснице, у 12,2% — корешковые боли, которые, по сравнению с дооперационными, были значительно слабее.

Катамнестические наблюдения в течение от 1/2 года до 6 лет после хирургического вмешательства показали, что 95,7% оперированных работали. Из них 75,7% вернулось к прежней работе, 16,1% перешло на более легкие виды работ и 0,7% — к более тяжелой работе. Больные, бывшие инвалидами из-за дискогенного пояснично-крестцового радикулита и вернувшиеся после операции к труду, составляют 3,2%. На пенсии по старости было 0,7% обследованных. От интеркуррентных болезней умерло 1%. 2,6% катамнестически обследованных не работали.

На основании непосредственных и отдаленных результатов операции можно утверждать, что метод интерламинэктомии оправдывает себя для хирургического лечения дискогенного пояснично-крестцового радикулита.

К ВОПРОСУ О РЕЗУЛЬТАТАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСКОГЕННЫХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫХ РАДИКУЛИТОВ

Л. А. ЮРОВИЦКИЙ и Б. Л. ДУБНОВ
ЛЬВОВ

С начала 1960 г. до середины 1966 г. нами оперировано 170 больных по поводу дискогенного радикулита. Исходы хирургического лечения в сроки от 6 месяцев до 6 лет с момента операции были следующими.

1. Исходы по степени выраженности симптомов болезни.

а) выздоровление — 116 человек, 68,23% — исчезновение вертебрального и радикулярного синдромов.

б) Улучшение — 39 человек, 22,94% — исчезновение вертебрального синдрома, значительное уменьшение симптомов поражения корешков. Остающиеся нарушения чувствительности, рефлексов, периодические умеренные боли мы связывали с глубокими изменениями в корешке до операции, а также с рубцовым процессом в послеоперационном периоде.

в) Без перемен — 8 человек, 4,71%. Эти случаи мы связывали с ошибками в показаниях к операции, уровне оперативного вмешательства, недостаточной радикальностью операции.

г) Ухудшение — 7 человек, 4,12%. К этим исходам мы отнесли случаи осложнений в ходе и после операции, приведших к нетрудоспособности.

д) Летальных случаев у нас не было.

2. Исходы в зависимости от характера поражения диска.

Характер поражения хряща	Общее к-во	Выздор.	Улучш.	Б/пер.	Ухудш.	Умерло
Выпячивание диска с эластичным ядром	12	5	2	3	2	—
Выпячивание дегенерированного диска	48	34	12	1	1	—
Разрыв фиброзного кольца с полным или частичным выпадением секвестров	96	76	18	2	—	—
Полная или почти полная дегенерация диска, эпидурит	14	1	7	2	4	—
ВСЕГО.	170	116	39	8	7	—

3. Исходы судя по восстановлению трудоспособности.

Полностью восстановлена трудоспособность у 142 больных, т. е. у 83,41%. Частичная утрата трудоспособности наступила у 21 больного (12,35%). Через 6—12 месяцев у 13 человек этой группы инвалидность была снята. Полная утрата трудоспособности у 7 больных (4,12%).

Трудоспособность после осложненных операций.

Характер осложнения	Всего	Трудоспособность		
		Восстан.	Част. утрат.	Полн. утрат.
Повреждения корешка или корешковой артерии	4	1	2	1
Остеомиелиты, дисциты, нагноения	4	1	1	2
Рубцовые эпидуриты	8	—	4	4
Рецидивы грыжи	2	1	1	—
ВСЕГО.	18	3	8	7

ВЫВОДЫ: 1. На нашем материале у 91,17% больных получены отличные и хорошие результаты операций. Отдаленные результаты оказываются лучше результатов непосредственных.

2. Лучшие результаты получены в случаях собственно грыжи диска, а также при выпячивании дегенерированного ядра.

3. С осторожностью нужно решать вопрос о показанности операции у больных с эластичной протрузией диска.

4. Нецелесообразно оперировать больных в резидуальной стадии, так как результаты операции у этих больных часто неудовлетворительные.

5. Частичная утрата трудоспособности часто связана с осложнениями в ходе операции, с грубыми явлениями эпидурита.

6. Полная утрата трудоспособности обычно связана с тяжелыми осложнениями в ходе или после операции.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСКОГЕННЫХ РАДИКУЛИТОВ

Н. А. ЗВОНКОВ и А. И. МЕРЗОН
ГОРЬКИЙ

Из обследованных нами 163 больных с дискогенным радикулитом 102 подверглись оперативному лечению. У 45 обнаружены срединные грыжи диска, у 24 срединнобоковые, а у 33 — боковые. Наиболее частой оказалась локализация грыж межпозвонкового диска на уровне L₄—L₅ позвонков (53 наблюдения), затем — на уровне L₅—S₁ (27 случаев). У восьми больных обнаружены множественные грыжи на обоих этих уровнях. В 10 случаях грыжи располагались на уровне L₃—L₄ позвонков, в двух — L₂—L₃, а у двух больных удалены грыжи грудной локализации.

Показанием к оперативному лечению дискогенных радикулитов, обусловленных заднебоковой грыжей межпозвонкового диска, является безуспешность консервативного лечения при частых и длительных обострениях, стойкий резко выраженный болевой синдром, обуславливающий затруднение акта ходьбы и нарушение статики и динамики позвоночника.

Абсолютным показанием к срочному оперативному вмешательству является подострое и острое развитие синдрома поперечного сдавления корешков конского хвоста.

Щадящий принцип хирургического лечения дискогенных радикулитов диктует необходимость максимального уточнения локальной диагностики. Тщательное неврологическое обследование больного и применение пневмомиелографии позволили нам уточнить локальный диагноз заднебоковых грыж диска в 96%. Нередко встречались затруднения в дифференциальной диагностике срединных грыж диска и опухолей конского хвоста. Для срединных грыж диска характерно развитие каудального синдрома на фоне реци-

дивирующего пояснично-крестцового радикулита, возникающего в связи с механическими факторами. Дифференциальным признаком является уменьшение болевого синдрома в горизонтальном, обычно вынужденном положении, отсутствие корешковых болей положения. Большое значение мы придаем также исследованию ликвора, особенно поэтажным пункциями, спондило- и пневмомие-эзографии.

При срединных грыжах применяем ламинэктомию с трансдуральным удалением грыжевого выпячивания и ушиванием обоих листков твердой мозговой оболочки; при заднебоковых — экономную частичную ламинэктомию или гемиламинэктомию с экстрадуральным удалением грыжи диска. Результаты хирургического лечения дискогенных радикулитов хорошие. У 92% больных исчез болевой синдром и восстановилась подвижность позвоночника.

Осложнения имели место у трех больных — у одного возник парез стопы, у двух — дисгемические расстройства.

При грыжах диска грудной локализации (два наблюдения) ламинэктомию с удалением содержимого грыжи улучшения не дала.

СИМПТОМ «СПРЯТАННЫХ КОРЕШКОВ» ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ СРЕДИННЫХ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

А. В. ШЕВАЛЬЕ

ТАЛЛИН

Из оперированных в нейрохирургическом отделении Таллинской республиканской больницы 300 больных с диагнозом грыжи поясничного межпозвонкового диска в 21 случае имела место задняя срединная грыжа (7%). Среди этих случаев у 6 больных имелась нехарактерная картина, дающая основание предполагать или крупную задне-боковую или срединную грыжу диска. Вначале мы в таких случаях просто производили ламинэктомию. С 1965 года мы стали начинать операцию с интерламинарной ревизии, пользуясь экономной резекцией краев дужек, и лишь при необходимости переходили на ламинэктомию. При этом, стараясь по возможности сохранить связочный аппарат позвоночника, мы не удаляли супраспинальную связку, а лишь пересекали ее и отделяли от остистых отростков. После удаления дужек вместе с остистыми отростками при наличии срединной грыжи она удалялась трансдурально. Операция заканчивалась сшиванием супраспинальной связки и подшиванием к ней с обеих сторон пояснично-спинной фасции.

Производя эту операцию на этапе поисков боковой грыжи при наличии на самом деле срединной грыжи, мы обратили внимание, что нам не удается обнаружить корешковый нерв в месте выхода

его из дурального мешка. Впоследствии мы поняли, что срединная грыжа сплющивает дуральный мешок и боковые его отделы как бы наплывают на место выхода корешкового нерва и прячут его от взора хирурга. Это явление мы и стали называть симптомом «спрятанного корешка», говорящего в пользу наличия срединной грыжи.

Таким образом, в случаях подозрения на срединную грыжу поясничных дисков, мы можем рекомендовать операцию интерламинарного доступа с переходом к ламинэктомии при наличии положительного симптома «спрятанного корешка».

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДИСКАГЕННЫХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫХ РАДИКУЛИТАХ

Э. И. РАУДАМ и Р. И. ПАЙМРЕ
ТАРТУ

Причиной болевого синдрома у хирургически леченных больных дискогенным люмбосакральным радикулитом могут быть рецидивы пролапса диска в том же межпозвонковом промежутке, где была произведена операция, возникновение пролапса в другом межпозвонковом диске, или же спайки, воспалительные процессы, сосудистые расстройства в эпидуральной клетчатке и т. п.

В нейрохирургическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы из 600 больных, оперированных по поводу дискогенного люмбосакрального радикулита интерламинарным методом, были дважды оперированы 28 больных, т. е. 4,7%. Боли возникали у этих больных в сроки от 2 недель до 6 лет после первой операции. Показание к операции и топический диагноз устанавливались на основании неврологического исследования без миелографического контроля.

Вторая операция производилась интерламинарным методом в сроки от 3 недель до 6 лет после первой операции.

У 13 больных (2,1% из всех оперированных) при повторной операции были удалены кусочки диска, выпиравшие из межпозвонкового пространства, где при первой операции был удален диск. При этом у 9 больных кусочки диска были удалены на стороне первичной операции, у 4 больных — на противоположной. У 13 больных (2,1%) возникал новый пролапс диска: у 10 на той же стороне, у трех на противоположной.

У 2 больных (0,3%) при повторной операции пролапса обнаружено не было, у одного больного выявили утолщение желтой связки, у второго причина болей осталась невыясненной.

Из 28 повторно оперированных больных 21 больной выписан по исчезновении болей, у 7 больных в результате операции боли значительно уменьшились.

РЕОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ДИСКОГЕННОГО ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО РАДИКУЛИТА

Т. О. РАНДВЕРЕ

ТАЛЛИН

В нейрохирургическом отделении Таллинской республиканской больницы с 1957 по 1966 год было прооперировано 320 больных по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита. Из них у 243, т. е. у 76% обнаружена протрузия или грыжа поясничного межпозвонокового диска. 14 больных было оперировано повторно по поводу рецидива клинических признаков грыжи (или протрузии) диска. Из 14 больных двое были впервые оперированы вне нашего отделения.

По причинам рецидива заболевания можно распределить всех 14 больных следующим образом:

Первую группу составляют трое больных, которые в первый раз были оперированы на неверном уровне, что было связано с диагностическими ошибками (особенно при бирадикулярных синдромах). На повторной операции удалялась грыжа диска, все трое больных поправились.

В двух случаях при первой операции была обнаружена и удалена грыжа диска. После рецидива корешковых болей на повторной операции обследовались оба последних поясничных межпозвоноковых промежутка, но грыжи обнаружено не было. У одного из этих больных повторная операция — более широкая декомпрессия корешков — сняла болевой синдром, у другого лишь уменьшила боли.

В третью группу отнесено 3 больных, у которых обе операции не обнаружили грыжи диска. Повторная декомпрессия корешков сняла болевой синдром у 2 больных.

В следующей группе у 6 больных на реоперации была обнаружена грыжа диска на том же уровне, что и при первом вмешательстве, из них у 3 больных на той же стороне, у 3 — на противоположной. На повторной операции у 3 больных грыжа диска была обнаружена после рассечения продольной связки, у 3 фрагменты хряща располагались эпидурально. Следует думать, что при первой операции не были удалены все фрагменты хряща, полностью или частично потерявшие связь с диском, а барьер задней продольной связки остался нарушенным. Реоперация сняла болевой синдром у 5, облегчила — у 1 больного.

На основании анализа приведенных наблюдений можно сделать два вывода:

1. В целях предупреждения рецидива грыжи межпозвонокового диска необходимы самое тщательное удаление всей грыжи и последующий кюретаж диска.

2. В случаях, когда на повторной операции не удастся обнаружить причины монорадикулярных болей, показана интрадуральная перерезка заднего корешка.

ИЗМЕНЕНИЯ ВЕНОЗНОГО И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Н. И. АРЖАНОВ
ГОРЬКИЙ

Автором проведено 24 наблюдения за динамикой артериального (АД) и венозного (ВД) давлений по основным этапам операции удаления грыж межпозвонковых дисков. В 8 случаях операции проведены под местной новокаиновой анестезией, в 16 — под интубационным эфирно-кислородным наркозом; 2 больных находились на управляемом дыхании, 14 — на собственном дыхании.

Установлено снижение АД и повышение ВД в такие травматичные моменты операции как удаление дужек позвонков и удаление патологически измененного диска. В 2 наблюдениях при удалении грыжи диска наряду со снижением АД отмечалось не повышение, а понижение венозного давления, что говорит о развитии у этих больных шоковой сосудистой реакции на операционную травму.

Довольно четко выявляется большая лабильность АД и ВД при операциях, произведенных под местной анестезией. Так средние величины АД при операциях под местной анестезией изменились с 128/85 мм рт. ст. в начале операции до 108/76 мм рт. ст. в момент удаления грыжи диска; при операциях под интубационным наркозом изменения составляли соответственно: 131/82 мм рт. ст. — 121/78 мм рт. ст.

Средние величины ВД на всех этапах операций, проведенных под интубационным наркозом, заметно выше, чем при операциях, проведенных под местной анестезией. Мы объясняем это наличием при интубационном наркозе с самостоятельным дыханием некоторого сопротивления дыханию со стороны наркозного аппарата, а следовательно и наличием в этих случаях более высокого внутрибронхиального давления (наркоз проводился аппаратом УНА-1).

Относительная большая стабильность как АД, так и ВД при проведении операций под интубационным наркозом может говорить о преимуществе этого вида обезболивания перед местной анестезией при операциях по поводу грыж межпозвонковых дисков.

Таким образом на основании анализа данного материала отмечены в основном те же закономерности в изменении ВД и АД, которые были установлены нами прежде при операциях на спинном мозге по поводу его опухолей и травматических повреждений. Однако колебания АД и ВД при операциях по поводу грыж межпозвонковых дисков не носят столь тревожного характера, как при операциях удаления опухолей спинного мозга.

О Г Л А В Л Е Н И Е

УТРЮМОВ В. М. и А. В. ШЕВАЛЬЕ. Принципиальные вопросы хирургии дискогенного пояснично-крестцового радикулита . . .	3
РАУДАМ Э. И. и Э. К. ХЕЙНСОО. Диагностика дискогенного пояснично-крестцового радикулита . . .	4
ШУСТИН В. А., А. А. СКОРОМЕЦ и А. И. ПАНЮШКИН. Ишемические спинальные нарушения при патологии поясничных межпозвонковых дисков . . .	5
ДМИТРИЕВА А. М. Рентгенологический метод исследования в диагностике дискогенных радикулитов . . .	10
ИГНАТЬЕВА Г. Е. Рентгенологическая дифференциальная диагностика грыжевых выпадений межпозвонковых дисков . . .	11
МАТЛАН Л. Г. Функциональная спондилография до и после оперативного лечения дискогенного пояснично-крестцового радикулита . . .	12
ХУДОЛЕИ И. И. Топическая клинко-рентгенологическая диагностика грыж поясничных межпозвонковых дисков . . .	13
ПОПЕЛЯНСКИЙ Я. Ю. Об ограничении показаний к хирургическому лечению дискогенных радикулитов . . .	14
ОСНА А. И., Н. А. ЧУДНОВСКИЙ и В. В. КАЛИНКИН. Пункционное лечение остеохондрозов . . .	15
ДЕГТЯРЕВ И. П. Гистохимические особенности межпозвонковых дисков человека в процессе индивидуального развития . . .	16
ПЯТАЕВ А. В. Реактивные изменения в перидуральном пространстве при дегенеративных процессах в поясничных межпозвонковых дисках . . .	17
ИРГЕР И. М. Дискуссионные вопросы заднего и переднего операционных доступов в хирургии поясничного остеохондроза . . .	18
ЦИВЬЯН Я. Л. Оперативное лечение поясничных межпозвонковых остеохондрозов . . .	20
ОСНА А. И. Выбор метода оперирования при поясничных остеохондрозах в зависимости от характера поражения диска . . .	21
ХАРИТОНОВА К. И. О дифференцированном подходе к методам хирургического лечения при остеохондрозах поясничного отдела позвоночника . . .	23
ЭСПЕРОВ Б. Н. Клиника, диагностика и хирургическое лечение грыж поясничных межпозвонковых дисков . . .	24
АСС Я. К. Некоторые вопросы хирургии дискогенных поясничных радикулитов . . .	25
ШУЛЬМАН Х. М. Некоторые вопросы хирургической тактики при комбинированном ортопедо-нейрохирургическом методе лечения остеохондроза поясничного отдела позвоночника, осложненного задними грыжами дисков . . .	26
ЦИВЬЯН Я. Л. и В. П. МОТОВ. Тотальная дискэктомия и расклинивающий корпородез поясничного отдела позвоночника в эксперименте . . .	27

ДУРОВ М. Ф. Аллопластический спондилодез стиракрилом	28
КРУПКО И. Л., А. В. ВОРОНЦОВ, С. С. ТКАЧЕНКО и В. Н. РЫКОВА. Об оперативном лечении дискогенных поясничных радикулитов	29
ПАЙМРЕ Р. И. Интерламинарный доступ в лечении дискогенного пояснично-крестцового радикулита	30
ЮРОВИЦКИЙ Л. А. и Б. Л. ДУБНОВ. К вопросу о результатах хирургического лечения дискогенных пояснично-крестцовых радикулитов	31
ЗВОНКОВ Н. А. и А. И. МЕРЗОН. Наш опыт хирургического лечения дискогенных радикулитов	33
ШЕВАЛЬЕ А. В. Симптом «спрятанных корешков» при операциях по поводу срединных грыж поясничных межпозвонковых дисков	34
✓ РАУДАМ Э. И. и Р. И. ПАЙМРЕ. Повторные операции при дискогенных пояснично-крестцовых радикулитах	35
РАНДВЕРЕ Т. О. Реоперации по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита	36
АРЖАНОВ Н. И. Изменения венозного и артериального давлений при операциях по поводу грыж межпозвонковых дисков	37

28 ДУРОВ М. Ф. Азбучный словарь сфинктерологии
 КРАТКО И Л. В. ВОРОНОВ, С. С. ТКАЧЕНКО и В. И. ЧЕР-
 КОВА. Об оперативном лечении дискогенных позвоночных ради-
 куляритов
 29 ПАВЛОВ И. Н. Патологический процесс в явлении дискогенного
 позвоночно-крестцового радикулита
 30 БУСЫЛКИН Л. А. и В. Л. ДУБИНОВ. К вопросу о результатах
 хирургического лечения дискогенных позвоночно-крестцовых
 радикулитов
 31 ЗВОНКОВ Н. А. и А. И. МЕРЗОВ. Наш опыт хирургического ле-
 чения дискогенных радикулитов
 32 ШЕВАЛЕР А. В. Спинной корешок при дискогенных
 по поводу срединных грыж поясничного межпозвоночного
 диска
 33 РАДАМ Э. И. и Р. И. ПАВЛОВ. Поступление операции при диско-
 генных позвоночно-крестцовых радикулитах
 34 РАНДБЕРГ Р. О. Операция по поводу дискогенного позвоночно-
 крестцового радикулита
 35 АРЖАНОВ И. И. Лечение радикулита дискогенного характера
 при операции по поводу грыж межпозвоночных дисков

36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100

Сдано в набор 25 X 1966 г. Сдано в печать 14 XI 1966 г.
 Бумага 60 x 84 1/16 2,5 печати. листа. Тираж 300.
 Зак. № 3089. МВ-11305.

Типография МООП гор. Таллин, ул. Люхике ялг, 4.

Цена 20 коп.

81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100

Цена 20 коп.



TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00605047 2