

V-18997



Südamliku tänutundega
õpetajale, juhendajale
ja unustamatule Eeskujule —
professor E. Raudam'ile

G. Ümar

Tartus,
27. 04. 70.a.

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

NEUROLOOGIA KATEEDER

Neuroloogia ring

TSERVIKAALSE DISKOGEENSE MÜELOPAATIA
DIAGNOSTIKAST JA KIRURGILISEST RAVIST

A u h i n n a t ö ö

Töö teostaja:

P. Ü m a r V I k.

Teaduslik juhendaja:

Professor E. R a u d a m

S I S U K O R D

I	SISSEJUHATUS	3
II	KIRJANDUSE ÜLEVAADE	4
III	KÜSIMUSE PÜSTITAMINE	27
IV	TÖÖ METOODIKA	28
V	MATERJALI ANALÜÜS	31
	1. Üldiseloomustus	31
	2. Kliinilised vormid	34
	a) ägedad	34
	b) alaägedad	41
	c) kroonilised	49
	3. Kirurgiline ravi	59
VI	ARUTELU	62
VII	KOKKUVÕTE JA JÄRELDUSED	67
VIII	KIRJANDUSE LOETELU	70

I SISSEJUHATUS.

Perifeerse närvisüsteemi haiguste hulgas esineb sageli ka kaelapiirkonna müelopaatiat. Viimaste aastakümnete uurimuste tulemused on näidanud, et tservikaalse müelopaatia põhjuseks on enamikul juhtudel intervertebraalse diski patoloogia (diski prolaps, osteokondroos, deformeeruv spondüloos). Seoses selguse toomisega tservikaalse müelopaatia etioloogiasse on hakatud suuremat tähelepanu pöörama lülisamba kaelaosa degeneratiivsetest protsessidest põhjustatud neuroloogilistele sündroomidele ja nende ravile. Konservatiivsete ravimeetodite kõrval on hakatud laialdasemalt kasutama kirurgilist ravi, kuid lähtudes siiski vaid rangetest indikatsioonidest. Operatiivse ravi teostamise puhul on väga oluline kindlaks määrata intervertebraalse diski patoloogia täpne tasapind.

Käesoleva töö ülesandeks on täpsustada tservikaalse müelopaatia kliinilist sümptomatoloogiat sõltuvuses intervertebraalse diski patoloogia tasapinnast ja püüda hinnata kirurgiliste ravimeetodite efektiivsust sel puhul.

II KIRJANDUSE ÜLEVAADE.

Kuigi perifeerse närvisüsteemi haiguste seas on esikohal oma sageduselt lumbosakraalsed radikuliidid (60 - 70 %), ei ole palju vähema tähtsusega ka tservikaalsed radikuliidid, millised moodustavad 11,3 % kõigist närvihaigustest polikliinilises aspektis (Popeljanski, 26). Kuid võrreldes lumbosakraalse piirkonna diskogeensete radikuliitidega on kaela piirkonna diskogeenseid radikuliite uuritud suhteliselt vähem. Varem käsitleti nimetatud haigust kui õlapõimiku kahjustust (pleksiit või pleksalgia). Selle kliinilise pildi andis 1841.a. Valleix. Kuid juba Valleix (73) sedastas ühel juhul närvipõimiku intaktsust (mis oli verifitseeritud patoloogilis-anatoomiliselt). Siiski sellele vaatamata ei loobunud Valleix ega ka teised autorid pleksiitide kontseptsioonist. Vaatamata selgetele radikulaarsetele kahjustustele otsisid arstid valude põhjusi mitte raadiksile kahjustuses, vaid perifeerses osas, kaasa arvatud kõige perifeerses osas (Buckley, 1904; Kahlmeter, 1936 jt.). Nimetatud ekslikud seisukohad viisid ka ebaõigete ravile. Nii amputeeriti ühel juhul patsiendi nõudmisel tugevate valude tõttu käsi (Abbe, 1896). See tegelikult ei aidanud.

Valud lakkasid alles pärast raadiksile läbilõikamist intraduraalselt. Peab ütlema, et üksikute teadlaste õiged

seisukohad jäid kauaks tähele panemata. Huvitav, et juba 1700 a. tagasi Galenos (tsiteeritud Otto järgi) viitas selgroo patoloogia seosele õlavöötme valusündroomiga. Nii kirjeldas ta oma töös (Opus II) üht valulikku õlavöötme juhtu, mis kaasnes selgroo traumale. Gowers (1892.a.) kirjutas, et nn. õlavöötme pleksiitide puhul ei ole tegemist mitte pleksiidi, vaid hoopis radikulaarse neuriidiga. Suurt tähtsust omasid radikulaarse kahjustuse kliiniku uurimisel Dejerine'i (1914.a.) uurimused, aga ka Sicardi (1918.a.) tööd. Juba 1892.a. näitas Behterev, et lülisamba degeneratiivsed muutused on seoses radikulaarse kahjustusega. Ka oli üksikuid viiteid diskide patoloogia tähtsusele spinaalse ja radikulaarse kompressiooni tekkes. Nii kirjeldas Virchow 1857.a. kaela diskide prolapsi, mis viis seljaaju kompressioonile. Ta kirjeldas seda kui "kondroomi". 1892.a. inglise neurokirurg Horsley opereeris edukalt traumaatilist kaela piirkonna diskide prolapsi (Taylor, J. and Collier, 1901). 1922.a. teostas kaela diskide prolapsi eemaldamise Adson (Adson, 1955), 1927.a. aga Butzeit (Gutzeit, 1928). NSVL-s tegi taolise operatsiooni esmakordselt Babtšin (1935).

Eespool nimetatud operatsioonid võeti ette seljaaju kompressiooni kõrvaldamiseks, mida tekitasid kaela diskide tagumised prolapsid (Alajonanine et Petit-Dutaillis, 1930; Elsberg, 1931 jt.). Sama tõestas veidi hiljem ka Babtšin (1935). Kuni nende autorite töödeni hinnati nimetatud diskide prolapse kui ekstraduraalseid kasvaja - kondroomi (Adson, 1925; Elsberg, 1928 jt.). 1928.a. Steekey andis klassikalise iseloomustuse kaela piirkonna diskide

tagumiste prolapside kliinilisele pildile. Tõukeks suuremale kirurgilisele aktiivsusele kaela diskide prolapside ravimisel olid Semmesi ja Murphey tööd (1943). Nad näitasid esmakordselt, et kaela diskide patoloogia puhul esinevad palju sagedamini radikulaarse, aga mitte spinaalse kompressiooni sümptoomid. Nende töödest selgus, et enamik ülajäsemetes ja õlavöötmes esinevatest vasemotoorsetest, paresteetilistest ja valusündroomidest on diskogeense etioloogiaga, mitte aga infektsioossed, toksilised või traumaatilised protsessid.

Lülisamba kaelaosas eristatakse järgmisi degeneratiivseid muutusi: deformeeruv spondüloos, intervertebraalne osteokondroos, spondüloartroos, unkovertebraalne spondüloos ja diski prolaps.

Deformeeruva spondüloosi puhul tekivad lülkehade servadel osteofüüdid, kusjuures lülkehades pole struktuurseid muutusi ning diskide kõrgus pole vähenenud. Sel puhul pole haaratud mitte kogu disk, vaid peamiselt fibroossete rõngaste perifeersed osad, milliste väljasopistumine kutsubki esile osteofüütide arengu. Osteofüüdid võivad olla seejuures radiksiste kompressiooni põhjustajaks või tagumiste osteofüütide puhul isegi kroonilise spinaalse müelopaatia põhjuseks (Allen, 1952).

Intervertebraalse osteokondroosi puhul on tegemist juba kogu diski raskema degeneratiivse kahjustusega koos diski kõigi kudede lagunemisega, tema kõrguse vähenemisega ja sekundaarsete muutustega lülkehades. Röntgenoloogiliselt on siin näha tunduv kahjustatud diskide kõrguse vähenemine, lülkehade skleroos koos nende vastastikuste

pindade ebatasaste kontuuridega ja osteofüütidega lüliskehadel. Degeneratiivne protsess lülisambas kahjustab ka tema väikeste liigete liigeskõhre, kutsudes neis liigestes esile tavalise deformeeruva artroosi, mida siin ninetatakse spondüloartroosiks. Sel puhul esineb kollaste sidemete paksenemine, hüpertroofia ja isegi osaline luustumine. Need ligamendid moodustavad nende liigete kapsli. Spondüloartroos kutsub esile intervertebraalmulku anteroposterioosses läbimõõdu vähenemise. Kui esineb ka osteokondroos, siis väheneb ka mulku vertikaalne läbimõõt.

Omapäraseid degeneratiivsed muutused, mis on omased ainult lülisamba kaelaosale, kannavad unkovertebraalse artroosi või spondüloosi nime. Nimelt lähtuvad lüliskehade ülemistelt külgmistelt servadelt konksjad jätked (*processus uncinatus seu lunatus*), mis liibudes vastu ülalpool asuva lüliskeha, moodustavad unkovertebraalsed liigesed. Kui tekib deformeeruv spondüloos, siis kaasub sellega ka tavaliselt unkovertebraalne spondüloos, mille puhul tekitavad poolkuujate jätkete luulised vohandid, mis kalduvad vahel *canalis transversarii* suunas, vahel harva aga tungivad intervertebraalsesse mulku, tehes seda veelgi kitsamaks.

Erinevalt lülisamba lumbaalpiirkonnast, kus otsene diski prolaps kui radiksite kompressiooni põhjus esineb ligikaudu 95 %-l juhtudest, on diski prolapsid kaela osas tagaplaanil. Bradfordi ja Spurlingi järgi (62) moodustavad kaela piirkonna diskide prolapsid 4-8 % kõigist diski prolapsidest. Kõige enam esineb *nucleus pulposus* tagumisi mediaalseid väljasopistumisi, mis annavad seljaaju trans-

versaalse kompressiooni sündroomi. Veel võivad esineda paramediaalsed või tagumised lateraalsed prolapsid, mis põhjustavad seljaaju ühe poole kompressiooni (Brown - Sequardi sündroom). Lateraalsed diskid, mis sopistuvad välja foramina intervertebrales'tesse, esinevad harva. Nad põhjustavad radikulaarset sündroomi, aga võivad põhjustada ka seljaaju kahjustuse sündroomi või arteria vertebraalis'e sündroomi. Või sümpaatilise närvisüsteemi kahjustuse ja ärrituse sündroomi.

Nagu juba alguses on märgitud, on tservikaalseid diskogeenseid kahjustusi senini üldiselt vähen uuritud. Teadlaste tähelepanu on köitnud senini peamiselt lumbo-sakraalse piirkonna diskogeenne patoloogia.

Kuna lumbosakraalsete radikuliitide põhjusena tehti kindlaks 95 %-l juhtudest diski nucleus pulposus'e prolabeerumine lülisambakanalisse, siis analoogia põhjal oletati sama võimalust ka kaela piirkonna radikuliitide ja müelopaatia tekkimise põhjusena. Spinaalsete ja radikulaarsete kompressioonide tugevust ja dünaamikat seostati alul arvatava väljasopistunud diski suuruse ja liikuvusega, diski lubjastumisega ja reaktiivsete muutuste astmega närvides ja lähedalasuvates kelmelistes struktuurides. Kuid kirurgiline praktika on näidanud, et kaela diskide tõeline väljasopistumine esineb harva, kusjuures väljasopistunud nucleus pulposus'e mass ei ületa tavaliselt hernetera suurust (Allen, 1952). Diski väljasopistumine võib toimuda taha, kuna lateraalsele nihkumist takistavad tugevad ligamendid unkovertebraalsetes liigestes, mistõttu lateraalseid diski prolapse esineb selgroo kaelaosas harva.

Selgus aga, et needsamad unkovertebraalsed liigesed, mis takistavad diskide lateraalsele väljasopistumist, saavad teatud tingimustes ise raadiksi külgkompressiooni põhjuseks. Selline olukord tekib unkovertebraalse artroosi ehk spondüloosi arenemisel nimetatud liigestes. Processus uncinatus'tel tekivad eksostoosid, mis nokakujuliste jätketena tungivad intervertebraalmulkudesse, kutsudes siin esile raadiksiste kompressiooni. Kuna unkovertebraalsed liigesed esinevad ainult kaela tasapinnas, siis siin röntgenograafiliselt avastatud osteofüüdid on sageli mitte diskil prelapsi kaudseks sümptomiks, vaid raadiksiste kompressiooni otseseks põhjuseks. Edaspidi kujunevad venoosse paisu, turse ja närvistruktuuride ning kelmete armistumise nähud, mis viivad kliinilise pildi manifesteerumisele. Kaasa võivad aidata ka infektsioossed, toksilised jt. faktorid.

Peab märkima, et degeneratiivsed muutused selgroo kaelaosas on väga levinud nähuks inimestel üle 40 aasta vanuses. Seejuures aga lülisamba kaelaosa degeneratiivsete muutuste etiopatogenees pole tänapäeval veel lõplikult selgitatud. Erinevate autorite poolt on püstitatud rida hüpoteese. Üks tunnustatumaid on mehhaaniline teooria (Spurling, ⁴⁷). Selle teooria järgi diskide degeneratiivsete muutuste põhjuseks on selgroo makro- ja mikrotraumad ja pidev selgroo suurem koormus kaela allosas ja lumbo-sakraalpiirkonnas, millistes tekivadki kõige sagedamini degeneratiivsed muutused. Teised autorid (Dinaburg ja Treštšinski, ⁴⁴) otsivad põhjust ainevahetusprotsesside häiretest, eriti kaltsiumi ainevahetuse häiretest. Reischneri järgi (⁶⁷) on põhjuseks diskide kaasasündinud

puudulikkus, milline tugevneb veelgi seoses inimese vertikaalse asendiga. Inimene maksab loodusele oma ülemineku eest fülogeneesis vertikaalsesse asendisse varajaste degeneratiivsete muutustega lülisambas (Reischauer, 1955).

Diskide füsioloogilise degeneratsiooni või loomuliku vananemise teooria kohaselt hakkavad lülidevahelised diskid 30-nda eluaasta paiku kaotama oma elastsust kõhre toitvate vereseonte taandarengu tõttu. Umbes 40-ndaks eluaastaks elastne kõhrkude asendub fibroossega. Selle asjaolu tõttu võib tekkida fibroosse rõnga rebend ja nucleus pulposus'e prolabeerumine. Kuid sellel teoorial on olulisi puudusi. Ta ei suuda põhjendada, miks degeneratiivsed muutused lokaliseeruvad eriti alumises tservikaalosas ja lumbosakraalses piirkonnas; miks puuduvad kliinilised nähud paljudel vanematel inimestel, kellel esinevad väljendunud degeneratiivsed muutused lülisambas röntgenograafiliselt.

Pallis, Jones ja Spillane (63) arvavad, et elatanud inimestel on röntgenograafiliselt määratavad kaela osteokondroosi ja spondüloosi nähud peaaegu sama sagedased kui hallid juuksed või sklerootilised naastud vereseontes (50 %-l inimestest üle 50 aasta vanuses ja 75 %-l inimestest üle 65 aasta vanuses). Sturm (1958) kinnitab, et ei ole inimest, kes vanaduses säilitaks terve lülisamba. Ph. Raverdy (66) andmetel esinevad 75 %-l inimestest vanuses üle 40 aasta kaelalülide osteoartroosi röntgenograafilised tunnused, millega ei kaasu enamikul neist subjektiivseid vaevusi. Aga üheaegselt sellega paljudel inimestel kaela-õlavöötme valusündroomiga ei avastata

röntgenograafiliselt kaelalülide kahjustuse tunnuseid.

Seetõttu enamik autoreid toovad esile mitte ainult ühe etioloogilise faktori, vaid terve rea faktorid, mis toimivad üheaegselt või järjestikku, põhjustades lülisamba degeneratiivseid muutusi.

Schmorli ja Junghansi järgi (69) tulevad eelkõige arvesse vananemisprotsessid, vee vähenemine organismis. Seda soodustavad igapäevase elu mitmesugused faktorid, mikrotraumatisatsioon. Pidev mikrotraumatisatsioon igapäevase töö protsessis viib enne latentselt kulgeva diskide degeneratsiooni protsessi kliinilisele väljendumisele, eriti teatava konstitutsionaalse puudulikkuse puhul. Seejuures areneb paremakäelistel enam parempoolne, vasakukäelistel aga vasakpoolne kahjustus. Märgitakse, et funktsionaalselt ülekoormatud selgroos võivad degeneratiivsed muutused tekkida varem.

Nii on Buetti-Bäuml täheldanud raskeid muutusi selgroo kaelaosas juba noortel sportlastel, kuid hästiarenenud lihased kompenseerivad seda, nii et raadiksate kompressiooni kliinilisi nähte ei teki. Rida autoreid viitavad elukutsega seosesolevate ühetüübiliste liigutuste osatähtsusele, näiteks juuksuritel, dirigentidel, stomatoloogidel jt. (Dinaburg ja Treštšinski, 44). Kuid vastupidi teised autorid (Cocchi, U. 53, Heine, J. 58 - tsiteeritud Otto järgi) ei tunnusta seost degeneratiivsete muutuste ja töö iseloomu vahel.

Saradžištšvili (44) järgi spondüloos areneb alumises kaelaosas diskide primaarse degeneratsiooni tulemusena suure liikuvuse ja pideva mikrotraumatisatsiooni tõttu.

Pidevad kallutamised ja pööramised, aga eriti raskuste tõstmine on nendeks traumeerivateks faktoriteks, millised kutsuvad esile diskide varajase kulumise ja hiljem isegi väikese kahjustuse toimet ilmneb raadiksi äge või alaäge pitsumine, raadiksi ödeem ja radikulaarse sündroomi areng. Saradžišvili juhib tähelepanu kaasasündinud muutuste ja konstitutsionaalsete iseärasuste soodustavale osale selgroo varajaste degeneratiivsete muutuste tekkes. Paps, L. ja Krompecher, J. (tsiteeritud A.J.Verniku järgi) - peavad diskopaatilise spondüloosi põhjuseks füüsilist koormust. Haigus esineb sageli (30 %-l kõigist statsionaarsetest ja ambulatoorsetest haigetest). 117-st haigest 68,4 % olid füüsilise töö tegijad. Soodustav faktor on vanem eluiga (62,1 % haigetest üle 40 a. vanad).

Vastupidi teistele autoritele peab Markelov (48) selgroo degeneratiivseid muutusi mitte radikuliitide põhjuseks, vaid nende tagajärjeks. Markelovi arvates kahjustuvad primaarselt närvi- ja närvielemendid, peamiselt vegetatiivse närvisüsteemi kiud infektsiooni toimet. Seejärel arenevad kudede troofika häirumise tulemusena lülisamba degeneratiivsed muutused analoogiliselt luustiku kahjustusele süringomüelia ja süüfilise puhul. Autor märgib sagedasi düstroofilisi muutusi lihaste, kõõluste ja aponeurooside skleroosi näol, aga ka muutusi liigestes ja sidemetes ning veresoontes krooniliste vegetatiivsete neuritiitide puhul. Muutused on sagedased eriti jäsenete distaalsetes osades. Tihti on neil muutustel reperkussiivne (kiirgunud) iseloom, nad on sekundaarseks koldeks. Primaarne irritatsiooni kelle võib asuda kaugel ja tal ei ole

tihti nähtavat seost sekundaarse koldega. Autor arvab, et neuroloogias tsentrum ei toimi ainult perifeeriale, vaid ka vastupidi: kohalikud ärritused mõjuvad tsentraalsete närvistruktuuride seisundile. Nendele vaadetele lähedane on ka Popeljanski (26) loodud kaela osteokondroosi tekke teooria. Autor lähtub Sobotka (tsiteeritud Popeljanski järgi) eksperimentaalsetest uurimustest, mis näitavad et seljaaju tagumiste raadiksite ärritus viib degeneratiivse protsessi arengule vastavas selgroo osas. Samuti arvestab Popeljanski ka fakti, et selgroog on rikkalikult innerveeritud sümpaatiliste ja somaatiliste retseptoritega, eriti just intervertebraalmulcade piirkonnas. Selgroo osteokondroosi vaatab Popeljanski kui degeneratiivset protsessi fibroosse koe luulistele väljadele kinnitumise kohtades (osteofibroos). See protsess areneb reflekteorselt keha ülemise kvadranti ekstero-, intero- ja proprioretseptoritelt lähtunud patoloogilise impulsatsiooni mõjul. Kaasa mõjub ka siseelundite interoretseptoritelt lähtunud patoloogiline impulsatsioon.

Degeneratiivsed muutused lülisambas osutuvad omakorda patoloogilise impulsatsiooni allikaks, milline sõltuvalt perifeerse neuromuskulaarse aparadi seisundist viib reflekteorselt kaela osteokondroosi nendele või teistele sündroomidele.

Tähtsat mõju kaela osteokondroosi tekkele avaldavad inimese töö ja sportliku tegevuse kestel selgroo kaelaosale kuhjuvad ebasoodsad tingimused: suured füüsilised koormused, järsud pea liigutused, eriti sirutusliigutused; istuv elukutse kaelalihaste lõdvestamisega. Nende faktori-

te osatähtsus on Popeljanskil välja toodud 11 %-l juhtudest, aga trauma on anamneesis 38 %-l kaela osteokondroosiga haigetest. H.Sixt (70) arvab, et ühekülgne ülekoormus koos üleväsimusega viib juba noortel inimestel diskide varajasele kulumisele ilma sidekoe eelneva nõrkuseta.

K.P.Molokanov (19) näitab, et degeneratiiv-düstroofilised muutused selgroos võivad olla professionaalse iseloomuga. Ta avastas seaduspäraseid degeneratiivsed muutused selgroo rinna- ja lumbosakraalses osas terastraadtsehhi venitajatel staažiga 5-8 a. ja enam aastat. Analogilisi andmeid sai Vigneau (tsiteeritud Molokanovi järgi) sadamalaadijaid uurides.

Mõned autorid (I.Hagen, 1961) vastupidi ei loe selgroo degeneratiivseid haigusi professionaalseteks, kuna nimetatud haigestumisi esilekutsuvad põhjused on väga mitmesugused.

Selgroo degeneratiivsete muutuste patogeneesi suhtes pole samuti ühtset seisukohta. Suurem osa autoreid toetab Schmarli ja Junghansi arvamust, et lüliskehade degeneratiivsed muutused on diskide patoloogia tagajärjeks. Algul areneb intervertebraalne kondroos, mille puhul väheneb nucleus pulposus'e elastsus, mis viib intervertebraalse ruumi kitsenemisele ilma muutusteta lüliskehadel. See rikub selgroo staatikat, tekib ebakindlus mõtorses segmendis, mis viib lüliskehade vastastikuste liigespindade skleroosumisele ja osteofüütide moodustumisele, s.t. osteokondroosi arengule. Edaspidi võib tekkida fibroosse rõnga rebend, mis viib eesmise pikkade ligamentide kompensatoorsele pingutumisele ja nendel rebendiga kokkupuute-

kohas ääreosteofüütide tekkele, kusjuures osteofüüdid on suunatud paralleelselt selgroo teljele ja paiknevad ainult lülkehade eesmisel pindmikul limbus'e lähedal. Seega tekib deformeeruv spondüloos. Seda seisukohta pooldavad N.S.Kossinskaja (44, 45), A.P.Rubaševa (40), D.G.Rohlin (37), I.Tager (42).

Seoses fibroosse rõnga rebendiga võib tekkida nucleus pulposus'e väljasopistumine mitmes suunas, kuid Spurlingi, Reischaueri, A.I.Arutjunovi ja M.K.Brotmani (4) andmetel esineb seda kaelaosas harva. Üheaegselt areneb selgroo staatika häirimise tõttu tema väikeste liigeste deformatsioon (spondüloartroos), subluksatsioonid väikestes liigestes, mille tulemusena tekib intervertebraalsete mulkude kitsenemine.

Tavaliselt on see kitsenemine kontsentrilise isoleomuga ja ei vii närvide ning veresoonte olulisele kompressioonile intervertebraalsetes mulkudes, kuna need närvid ja veresooned on ümbritsetud rasvkoega (Büschelberger - tsiteeritud Verniku järgi). Kaelaosas tekib sageli intervertebraalmulkude ebasümmeetriline kitsenemine, mis tekib poolkuujate jätkete deformeerumisel. Seda nimetatakse unkoartroosiks ehk unkovertebraalseks spondüloosiks. Enamiku autorite arvates on unkoartroos samuti intervertebraalsete diskide degeneratsiooni tagajärjeks, mis viib koormuse suurenemisele unkovertebraalses piirkonnas. See tõttu kõverduvad poolkuujad jätked külgedele ning tungides foramen transversarium'i ärritavad arteria vertebralis't ja temaga koos kulgevad sümpaatilist närvipõimikut. Samuti võivad tekkivad nokakujulised eksostoosid traumeerida närvijuuri intervertebraalmulkudes.

Enamus autoreid loeb kirjeldatud muutusi selgroo kaelaosas ühtseks protsessiks, milles prevaleeruvad kord ühed, kord teised nähud, mida vaadeldakse kõik kui kaela osteokondroosi eri staadiume laiemas mõttes.

N.S.Kossinskaja (45) peab intervertebraalmulkkude deformatsiooni, osteofüüte lülkehade tagumisel pindmikul ja unkovertebraalsete liigeste deformatsiooni intervertebraalse osteokondroosi nähtudeks selle sõna kitsamas tähenduses. Seejuures on osteofüüdid suunatud perpendikulaarselt lülisamba teljele. Nimetatud protsess omab suurimat kliinilist tähendust, eriti nooremas ja keskmises elueas. Seega see protsess on "degeneratiivne-düstroofiline kahjustus".

Seevastu deformeeruvat spondüloosi peab autor "degeneratiivseks-düstroofiliseks muutuseks", mis on omane vanemale eale. Sel puhul tekkinud osteofüüdid on paralleelsed selgroo teljega ja paiknevad vaid limbus'e lähedal lülkehade esipinnal. Need osteofüüdid on ligamentum longitudinale anterius'e lubjastumise tagajärjeks. Deformeeruv spondüloos areneb fibroosse rõnga rebenemise tõttu terve nucleus pulposus'e väljasopistumisel fibroosse rõnga rebendite kaudu. I.L.Klioner (43) eristab selgroo kaelaosas: 1) deformeeruvat spondüloosi kui diskide kerge osalise degeneratsiooni healoomulist vormi ilma diskide kõrguse vähenemiseta ja lülkehade muutuseta; 2) intervertebraalset osteokondroosi kui kiirelt arenevat diskide kõigi kudede täieliku degeneratsiooni rasket astet koos reaktiivsete muutustega lülkehadel ja diskide kõrguse vähenemisega. Autor loeb osteofüütide olemasolu diskil prolapsi tunnuseks antud tasapinnas. Erilist tähtsust

omistab autor tagumistele ja tagumistele külgnistele osteofüütidele ja märgib, et spondüloartroosi kliiniline tähtsus seisneb selles, et ta koos diski prolapsiga taha vähendab intervertebraalmulkude läbimõõtu. Samaaegselt osteokondroosi olemasolul väheneb ka intervertebraalmulgu vertikaalne läbimõõt.

Peab märkima, et enamik autoreid kriipsutab alla kõrvuti ealiste ja ainevahetuslike häiretega ka mehhaaniliste, sealhulgas professionaalsete faktorite osatähtsust selgroo kaelaosa degeneratiivsete muutuste tekkimises ja arengus. Seejuures peetakse võimalikuks nimetatud muutuste tunduvalt varasemat arengut funktsionaalselt ülekoormatud selgroos.

Kõige suuremat tähtsust omab kliinilises mõttes intervertebraalne osteokondroos, kui see avastatakse kaela allosas kesk- ja nooremaealistel isikutel.

Rubaševa (38) järgi intervertebraalmulkude valendiku vähenemine patoloogilise protsessi tulemusena on tihti raadiksite või närvide ärrituse ning valusündroomi arengu põhjuseks. Intervertebraalsete mulkude kitsenemine võib Rubaševa järgi olla põhjustatud põletikulise protsessi poolt (tuberkuloosne või muu etioloogia), kasvajast, intervertebraaldiskide degeneratiivsest kahjustusest, lülisamba arengu mõningatest anomaaliatest. Funktsionaalsed röntgenogrammid pea maksimaalse painutuse, sirutuse ja küljele kallutamise tingimustes lubavad välja selgitada intervertebraaldiskide düsfunktsiooni varajasi staadiume nende degeneratiivsete kahjustuste alusel. Sihilised röntgenogrammid intervertebraalmulkudest annavad võimaluse

määrata nende horisontaalsete ja vertikaalsete mõõtude vähenemist.

Suure hulga haigete tundmaõppimine ganglion stellatum'i kahjustusega, arteria vertebralis'e sündroomiga, humeroskapulaarse periartriidiga, epikondüliidiga ning tservikaalradikuliidiga lubas kindlaks teha kaela intervertebraalsete mulkude muutusi 82 %-l nimetatud haigetest.

A.D.Dinaburg (44) juhib tähelepanu unkovertebraalse spondüloosi osatähtsusele. Lülakeha ülemisest lateraalsest äärest lähtub konksukujuline jätke, mis liibub vastu ülalpool asuvat lülakeha ja moodustab sellega articulatio uncovertebralis'e. Sellel liigesel moodustuvad tihti osteofüüdid, mis on suunatud intervertebraalsesse avasse ja canalis transversarium'i suunas.

See viib radikulaarse sündroomi või arteria vertebralis'e kahjustuse ja tema sümpaatilise põimiku kahjustuse sündroomi arengule.

Närvijuurtele surve avaldamiseks on küllaldane diski prolapsi olemasolu või osteofüüdi esinemine. Vastureaktsioonina areneb neuriit närvijuures nii all- kui ülalpool diski (44, 26). Neuriidile lisanduvad vegetatiiv-vaskulaarsed muutused.

Harva esineb seljajju kompressiooni sündroom, mis tekib mediaalsete diski prolapside puhul.

Seega kaela diskide kahjustusel võivad olla haaratud protsessi:

1) eesmised ja tagumised juured (intra- ja ekstra-duraalselt);

2) sümpaatilised ganglionid ;

3) arteria vertebralis koos teda ümbritseva sümpaatilise närvipõimikuga ;

4) seljaaju tema kompressiooni tagajärjel.

J.J.Popeljanski (26) eristab kaela osteokondroosi puhul järgmisi sündroome:

1) Spinaalse kompressiooni sündroom, mida põhjustavad tagumised osteofüüdid lülkehadel ja intervertebraalse diski mediaalne tagumine prolaps. Sel puhul esinevad eesmise sarve kahjustuse sümptoomid (amüotroofiline sündroom) koos juhteteede tüüpi häiretega, mis on eriti ilmekad motoorikas (püramidaalteede kahjustus).

2) Radikulaarne sündroom.

Dinaburgi (44) ja Popeljanski (26, 28) järgi radikulaarse sündroomi puhul valud algavad abaluust ja levivad mööda õlavarre dorsaalset pindmiku küünarnukini või allapoole kuni randmeliigese või sõrmedeni. Valud on kausalgilist laadi.

Ülemiste kaeladiskide kahjustusel valud piirduvad kaela piirkonnaga, kiirgudes kuklasse, abaluu piirkonda ja rinda. Valud on tavaliselt pidevad, harva hooti. Mõnikord tekivad alaliste valude foonil torkavad valusööstud voolu läbimineku tundega. Nende hoogude ajal mõnel haigel kukuvad esemed käest maha. Tihti esinevad valude asemel paresteesiad kogu käes või akroparesteesiad suremistunde, sipelgatejooksu jne. näol. Paresteesiatele on iseloomulik nende esinemine kahjustatud raadiksi poolt innerveeritud aladel, eriti sõrmedes ja labakäes. Valud tugevnevad köhimisel, aevastamisel, naermisel, pea liigutustel, kauasel viibimisel ühes asendis, eriti lamamisel selili. Ülemiste

kaeladiskide kahjustusel valu lokaliseerub kaela, levides kuklasse, abaluu piirkonda ja rinda.

C₆ raadiksi kahjustusel (disk C₅₋₆ vahel) valud levivad piki kodarluud kuni esimese metakarpaalluuni või ulatuvad pöidla sirutuspinnale, millele kaasub musculus biceps'i nõrkus ja tema refleksi madaldumine. C₇ raadiksi kahjustusel (disk C₆₋₇ vahel) valud ulatuvad II ja III sõrmeni. Kaasub tihti musculus triceps'i nõrkus ning labakäe sirutusjõud nõrgeneb. Triitseps - refleks madaldub. C₈ raadiksi kahjustusel (disk C₇ ja D₁ vahel) valud ulatuvad IV ja V sõrmeni. Valusündroom on enamasti ühel pool, vahel mõlemal pool (sel juhul on tegemist bilateraalse radikulaarse sündroomiga).

Objektiivsel uurimisel on märgatav lülisamba kaela-osa füsioloogiline lordoosi lameneamine, pikkade kaelalihas-te pinge kahjustuse poolel, harvemini hüpotoonia; pea sundasend, harilikult kaldega kahjustatud diski poole, lülisamba kaelaosa liikuvuse piiratus, enam heterolateraalselt. Ristijätkete piirkonnale vajutamisel (tagantpoolt musculus sternocleidomastoideus't) esineb valulikkus kahjustatud diskide tasapinnas. Tihti on vajutamisel valulikud trapetslihased, nervus occipitalis'e naha alla väljumise koht, supraklavikulaarsed närvipunktid, samuti ka nervus radialis õla keskmises kolmandikus. Oga jätkete, paravertebraalsete ja teiste punktide valulikkus on eba-püsiv ja ei vasta alati kahjustatud raadiksile. Ainult mõnikord esineb C₃ ja C₄ juure kahjustusel hüpalgeesia õlapealses piirkonnas. Sagedamini annab radikulaarseid tundehäireid vastava raadiksi innervatsioonialal C₆, C₇

ja C_8 närvijuure kahjustus. Tavaliselt pinnatundehäired väljenduvad hüpalgeesia, kuid diferentseeritumal uurimisel ilmneb ka kerge termohüpesteesia ja bakteriilse tundlikkuse langus. Tundlikkuse häirete piirkond on mõnikord lai, haarates C_5 - C_8 raadiksiste piirkondi. Mõnel haigel esineb valutundlikkuse langus vöötaoliselt, mis on tüüpiline tähtganglioni kahjustusele.

Motoorse funktsiooni häired on Dinaburgi (44) järgi järgmised:

1) C_7 - närvijuure kahjustusel esineb sõrmede põhi-falangide sirutajate nõrkus (eriti I-III sõrmel).

2) C_8 - närvijuure kahjustusel esineb V sõrme painutajate ja V sõrme eemaldajalihase nõrkus, mõnedel haigetel sõrmede painutajate ja kõikide sõrmede adduktorite nõrkus.

3) C_6 - närvijuure kahjustusel kaasub vahel musculus bicipsi refleksi nõrkus.

4) C_7 - närvijuure kahjustusel esineb musculus triceps'i refleksi langus.

5) C_8 - närvijuure kahjustusel esineb vahel karpodradiaalrefleksi nõrkus.

Dinaburgil (44) esinesid 46-st haigest 2-l haigel motoorsed häired ilma valusündroomita sõrmede nõrkuse kujul, neist ühel haigel kaasus käerandme nõrkus. Mõlemal haigel puudusid biitseps- ja triitsepsrefleksid ja esines musculorum interossei atroofia. Mõnel haigel esines Laseque sümptomile analoogne sümptom: passiivselt sirutades randmeliigesest sirutatud kätt tekkisid valud abaluu piirkonnas; mõnikord esinesid valud sirutatud käte üles-

tõstmisel.

3) Arteria vertebralis'e kahjustuse sündroom.

Popeljanski (34) eristab kolmandaks veel arteria vertebralis'e kahjustuse sündroomi, mis vastab Dinaburgi (40, 44) vertebraalnärvi kahjustuse sündroomile ja prantslase Piot (66) poolt käsitletud Barré - Lieone sündroomile. Seda sündroomi kirjeldas Barré 1925.a. ja seejärel 1928.a. Lieone - Jong - Choen. Sündroomi tekkel võivad mõnikord omada tähtsust veel sellised faktorid, nagu reumaatiline diatees või kaela-kolju traumad. Kõrvuti Barré - Lieone sündroomi põhiliste tunnustega (peavalud, peapööritushood, valud ja kohin kõrvades) võib täheldada vasomotoorseid kriise näo piirkonnas, kaela - öla närvide neuralgiaid akroparesteesiatega, neelu paresteesiaid vöörkeha aistinguga, silmade väsimist lugemisel. Objektiivsetel vaatlustel võib märgata liikuvuse piiratust kaelalülides, röntgenograafiliselt kaela lordoosi lamenumist, valupunkte C₅₋₆ tasapinnas, lülide ja lülidevaheliste diskide röntgenoloogilisi muutusi.

Selle sündroomi aluseks on vertebraalarteri ja tema sümpaatilise põimiku kahjustus.

Tservikaalse diskogeense müelopaatia
kirurgilisest ravist ja profülaktikast.

Väga palju lahendamata küsimusi kerkib esile tservikaalse diskogeense müelopaatia ravi uurimisel. Kuna eespool toodud kirjanduse ülevaatest selgus, et tservikaalse diskogeense müelopaatia etioloogia ja patogenees

pole veel lõplikult ja ühtselt selgitatud, siis jääb ravi seniajani suures osas sümptomaatiliseks. Siiski on viimaste aastakümnete uurimused viinud teadlasi palju edasi diskogeense kaelapatoloogia olemuse mõistmisel, millega koos on saavutatud teatud edu ka ravimisel. Isegi veel 10-15 aastat tagasi rakendati põhiliselt põletikuvastast ravi, analgeetikuid, vitamiine, lokaalset soojust jm. See kõik tulenes infektsioossete ja külmetuslike faktorite liigsest esiletõstmisest haiguse tekkes (Šamburov,⁴³, Bogolepov,⁴).

Kui hakati pöörama tähelepanu selgroo kaelaosa degeneratiivsetele muutustele ning siduma neid valusündroomidega õlavöötmes ja kätes, siis tekkisid ka uued suunad ravis ning hinnati ümber vanad seisukohad.

Selgroo kaelaosa degeneratiivsete muutuste puhul rakendatakse nii kirurgilist kui ka konservatiivset ravi. Vahepeal tekkis eriti Läänes püüe laiendada operatiivse ravi indikatsioone suurtele haigete kontingentidele. Selline suund tekkis lootuses saada kaeladiskide prolapside eemaldamisega sama häid tulemusi kui lumbosakraalpiirkonna diskide prolapside operatiivsel eemaldamisel (Webb, J., Svien, H., Kennedy, R.,⁷⁴, A.I. Osna,²⁰, E. J. Raudam,³⁵, R. Paimre,²⁵). Kuid rea autorite töödega on selgunud, et selgroo kaelaosas esinevad diski prolapsid võrreldes lumbosakraalse piirkonnaga palju harvemini (Pia, H.W. ja Tönnis, W.,⁶⁴; Arutjunov ja Brotman, ⁴; Mumenthaler, M.,⁶⁴; Junge, H.,⁶⁰) ning peamine osatähtsus kuulub siin nii diskide kui ka lüliskehade degeneratiivsetele ja reaktiivsetele muutustele, mis esinevad sageda-

mini mitte ühes, vaid kahes või veelgi enamas lülivahemikus (R.G.Spurling, A.I.Arutjunov, A.D.Dinaburg). Praegu peetakse operatiivse ravi näidustusteks tservikaalset disko-geenset müelopaatiat, seljaaju või raadiksite tugevat kompressiooni, aga samuti ka arteria vertebralis'e kompressiooni (A.I.Arutjunov ja M.K.Brotman; J.J.Popeljanski, H. H.von Albert, D.W.C.Northfield ja H.Osmond - Clarke jt.).

Konservatiivses ravis omab suurt tähtsust selgroo kaelaosa doseeritud venituse Bärtschi järgi või Glissoni silmuse abil (R.G.Spurling,⁴⁷ H.H. von Albert,⁴⁶, J.J.Popeljanski,³⁴, Phillips, D.G.,⁵²). Venitusraviga saavutatakse raadiksite ajutine dekompressioon, kuna venitamisel suureneb intervertebraalsete mülkude vertikaalne diameeter. Raadiksite dekompressioon soodustab närvijuurte turse vähenemist, samuti viib see raadiksit ümbritsevate kudede reaktiivse põletiku vähenemisele. Venitus toimib lisaks ka ligamentidele, lihastele ja kõõlustele, muutes propriotseptiivset impulsatsiooni (Popeljanski,³⁴).

Kasutusel on väga mitmesuguseid venitusravi modifikatsioone (R.G.Spurling,⁴⁷ J.J.Popeljanski,³⁴, B.Otto,⁶², H.Sixt,⁷⁰, R.Brünner,⁴⁹, Campbell ja Phillips,⁵², H.Pilavka,⁶⁵).

Konservatiivse ravina kasutatakse veel blokaadravi, peamiselt novokaiinblokaadide näol; glükokortikoidpreparaate (hüdrokortisoon jt.) ja füsioterapeutilisi protseduure (elektroforees 2-4 % novokaiinilahusega või 3 % KJ lahusega, diatermia, ultraheli jt.) ning massaaži, ravi-kehakultuuri ja balneoteraapiat.

Kirurgilistest ravimeetoditest kasutatakse tser-vikaalse diskogeense müelopaatia korral seljaaju kompressioonist vabastamiseks peamiselt kaelapiirkonna laialatuslikku laminektoomiat koos järgneva ligamentum denticulatum'ite vabastamisega dura koti küljest. Ägedate traumaatiliste diskogeensete müelopaatiate korral on sagedamini kasutusel eesmine diskile luurdepääsu meetod, koos järgneva eesmise spondülodeesiga. Radikulopaatiate korral on kasutusel fassetektoomia ja arteria vertebralis'e kompressiooni korral osteofüütide eemaldamine vertebraalkanalist. (Smith ja Robinson, 1955; Cloward, 1958; Kahn, 1947; Frykholm, 1947; Rogers, 1931; Taylor, 1964).

Kaela diskogeense patoloogia profülaktikas on tähtis vähendada staatiko-dünaamilist koormust selgroole; vältida selgroo kaelaosa ja perifeersete kehaosade (eriti ülakehal) makro- ja mikrotraumatisatsiooni; ära hoida haigestumist sisehaigustesse, eriti sapipõiepõletikku; piirata järske liigutusi kaela ja kätega, eriti noortel ja elatanud inimestel (Popeljanski, 29, 32, 34).

Tähtis on õige elurežiim ja töö õige korraldamine, tuleb vältida ühekülgset füüsilist või vaimset ülekoormust (D.Röenik, 68, G.Büschelberger, 54, T.Uibe, 72).

Rida autoreid soovib tegelda spordiga, eriti ujumise, suusatamise ja jookuga, kuna need spordialad tugevdavad lihaskraed (Büschelberger, 54).

Saradžištšvili (41) soovib teostada noorte profülaktilisi läbivaatusi, et määrata nendele vastavalt nende konstitutsionaalsetele ja omandatud iseärasustele sobivaid tööalasid ja töötingimusi.

Kuna nimetatud haiguse etioloogias on oluline ka
ebasoodus professicon, siis tuleks tõsta tööprotsesside
mechhaniseerimise ja automatiseerimise astet, kaotada sund-
asendid tööprotsessis, suurendada puhkepauside sagedust,
viia sisse sobivate harjutustega tootmisvõimlemine (D.N.
Mazunina, 17, M.A.Elkin, 9, L.N.Gratsianskaja, 8, E.A.
Drogitsina, 12, A.J.Vernik, 6, 7).

III KÜSIMUSE PÜSTITAMINE.

Perifeerse närvisüsteemi haiguste uurimistöös on olulisel kohal kaela diskogeense patoloogia küsimus. Nagu kirjanduse ülevaatest selgus, on tservikaalse diskogeense müelopaatia tekkepõhjuseks lülid vahelise diski patoloogia (diski prolaps, osteokondroos, spondüloos). Kõige sagedamini esineb diski patoloogia selgroo kaelaosa alumises piirkonnas C₅₋₆ ja C₆₋₇ lülivahemikus. Vastavalt diski patoloogia tasapinnale esineb kindel kliiniline sümptomatoloogia, mis väljendub rea sündroomide näol:

- 1) müelopaatiad
- 2) radikulopaatiad (C₆, C₇, C₈)
- 3) vegetatiiv - vaskulaarsed sündroomid.

Kliiniliselt võib vastavate sündroomide puhul eristada ägedat, alaägedat ja kroonilist kulgu. Tservikaalse diskogeense müelopaatia kliinilist sümptomatoloogiat sõltuvalt intervertebraalse diski patoloogia tasapinnast ja kliinilisest kulust on seni veel vähe uuritud. Seoses operatiivsete ravimeetodite rakendamisega on aga õige toopilise diagnoosi püstitamine eriti tähtis.

Käesoleva töö ülesandeks on:

- 1) Selgitada tservikaalse diskogeense müelopaatia kliinilist sümptomatoloogiat sõltuvuses intervertebraalse diski patoloogia tasapinnast ja Kliinilise kulu vormist.

- 2) Käesoleval ajal kasutusel olevate põhiliste kirurgiliste ravimeetodite efektiivsuse hindamine.

IV TÖÖ METOODIKA.

Käesolev töö on teostatud Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogia ja neurokirurgia osakonnas 1960. - 1968. a. viibinud haigete kliiniliste haiguslugude põhjal. Andmete läbitöötamiseks kasutati väljakirjutamise meetodit.

Haiguslugudest kirjutati välja järgised andmed ja sümptoonid:

1. Sugu.
2. Vanus.
3. Professiooni andmed:
 - a) Töö seoses pea sundasendiga (pea ette painutatud asendis) või mitte.
 - b) Raske füüsilise töö tegija kätega või mitte.
4. Haiguse anamneesi pikkus.
5. Retsidiivide arv.
6. Nimmeradikuliidi esinemine samaaegselt või mitte.
7. Põetud haigused.
8. Valude lokalisatsioon.
9. Pea sundasend.
10. Pea painutamine ette, taha, külgedele piiratud või vaba.
11. Paraspinoossed valupunktid.
12. Plexus brachialise palpatoorne valulikkus.

13. Lihaste toonus.
14. Paresteesiad.
15. Lihaste atroofia.
16. Tundlikkus (valu-, puute-, temperatuuri-, vibratsiooni-, asenditundlikkus).
17. Refleksid.
18. Motoorika.
19. Humero-skapulaarne periartriit.
20. "Ölg-labakäsi" sündroom.
21. Ganglion stellatumi kahjustuse sündroomid:
 - A. Pseudostenokardia
 - B. Claude Bernard - Horneri sündroom.
22. Musculus scalenus anteriori sündroom.
23. Seljaaju kahjustuse sündroom.
24. Liikvor.
25. Vegetatiivsed proovid (naha temperatuur, foto-reaktiivsuse proov).
26. Elektrodiagnostika.
27. Kronaksimeetria.
28. Lülisamba kaelaosa röntgenoloogilise uuringu leid ja intervertebraalse diski patoloogia tasapind (lülivahemik).
29. Müelograafia leid.
30. Kliinilise ja röntgenoloogilise diagnoosi ühtelangevus.
31. Operatiivse ravi korral operatsiooni leid ja kirurgilise ning kliinilise diagnoosi ühtelangevus.
32. Erinevate ravimeetodite efektiivsuse hinnang

(operatiivne ravi, kaela venitusravi, blokaad-ravi, füsioterapeutilised protseduurid, medikamentoosne ravi).

Väljakirjutatud andmete läbitöötamisel saadud tulemused kanti sümptomide alusel tabelitesse. Tabelite andmete põhjal teostati analüüsi.

V MATERJALI ANALÜÜS.

Üldiseloostus.

Vaatluse all oli 56 tservikaalse diskogeense müelopatiaga haiget, neist 40 meest (71,4 %) ja 16 naist (28,6 %). Antud haigete kontingendist kasutati operatiivset ravi 32 juhul (57,1 %), neist 22 mehel (68,75 % opereerituist) ja 10 naisel (31,25 % opereerituist).

Vanusgruppide järgi jaotusid haiged järgmiselt:

35-40 a.	-	9 haiget (16,1 %),	neist 7 meest (77,8 %)
41-45 a.	-	2 haiget (3,6 %),	neist 1 mees (50,0 %)
46-50 a.	-	8 haiget (14,3 %),	neist 6 meest (75,0 %)
51-55 a.	-	9 haiget (16,1 %),	neist 4 meest (44,4 %)
56-60 a.	-	16 haiget (28,6 %),	neist 12 meest (75,0 %)
61-65 a.	-	7 haiget (12,5 %),	neist 6 meest (85,7 %)
66-70 a.	-	1 haige (1,8 %),	neist 1 mees (100 %)
71-75 a.	-	3 haiget (5,4 %),	neist 2 meest (66,7 %)
76-80 a.	-	1 haige (1,8 %),	neist 1 mees (100 %)

Ananneesis esines peaaegu suures osas seotud töö 22 haigel (39,3 %), neist 15 haigel (26,8 % haigetest) kaasus sellele raske füüsiline töö kätega.

Nimme-ristluuradikuliidi kaebusi esines ananneesis 18 haigel (32,1 %).

Varempöetud haiguste osas oli anannees ja haigete jagunemine järgmine:

põetud haigused puuduvad - 4 haiget (7,1 %)
 nakkushaigused + trauma + operatsioon - 13 haiget
 (23,2 %)
 sisehaigused - 11 haiget (19,6 %)
 sisehaigused + nakkushaigused - 5 haiget (9 %)
 sisehaigused + nakkushaigused + trauma - 5 haiget
 (9 %)
 sisehaigused + trauma + operatsioon - 3 haiget
 (5,4 %)
 nakkushaigused - 7 haiget (12,5 %)
 nakkushaigused + operatsioon - 3 haiget (5,4 %)
 nakkushaigused + operatsioon + sisehaigused -
 5 haiget (9 %)

Seega esinesid kõige sagedamini anamneesis mitmesugused nakkushaigused (38 haiget - 67,8 %) ja sisehaigused (29 haiget - 51,8 %). Mitmesugused operatsioonid olid anamneesis 24 haigel (42,9 %) ja traumad 21 haigel (37,5 %).

Haiged jagati analüüsimiseks rühmadesse kliinilise haiguskulu alusel:

Haiguse kulg	Haigete arv	%
Äge	7	12,5 %
Alaäge	12	21,4 %
Krooniline	37	66,1 %

Kõikidel haigetel teostatud röntgenograafiline uuring. Spondülogrammil selgroo tservikaalosast leitud degeneratiivseid ja reaktiivseid muutusi 87,5 % haigetest (49 haiget). Oluline röntgenograafiline leid puudus 7 haigel (12,5 %), neist 2-1 (3,6 %) puudusid märgatavad muutused selgroo kaelaosas.

Degeneratiivsetest muutustest esines kõige sagedamini osteokondroosi (või diskopaatiat) kas isoleeritult või koos deformeeruva spondüloosiga või harvemini koos diski prolapsiga, mida diagnoositi röntgenoloogiliselt 44 juhul (78,6 %).

Teistest protsessidest esines 10 haigel (17,9 %) deformeeruv spondüloos.

Müelograafiliselt uuritud 35 haiget (62,5 %), neist 32-l teostatud pneumomüelograafia ja 3 haigel radoonmüelograafia. Ühel juhul oli müelograafia leiuta, ühel juhul ei saanud kindlalt diski prolapsi diagnoosida, ülejäänud 33-l juhul avastati järgmised diskide prolapsid: C_{5/6} lülivahemikus 11 haigel (31,4 %); C_{6/7} lülivahemikus 3 haigel (8,6 %); C_{5/6} ja C_{6/7} lülivahemikus 7 haigel (20 %); C_{4/5} lülivahemikus 3 haigel (8,6 %); C_{4/5}, C_{5/6} ja C_{6/7} lülivahemikus 2 haigel (5,7 %); C_{3/4} ja C_{5/6} lülivahemikus 2 haigel (5,7 %); C_{2/3}, C_{3/4} ja C_{5/6} lülivahemikus 2 haigel (5,7 %); C_{3/4}, C_{4/5}, C_{5/6} ja C_{6/7} lülivahemikus 2 haigel (5,7 %) ja C_{3/4} lülivahemikus 1 haigel (2,8 %).

Operatiivselt ravitud 32 haiget (57,1 %), neist spinaalse kahjustusega 27 haiget (48,2 %). Kahel haigel operatsioonil diski prolapsi ei leitud, kuigi ühel juhul oli spondülogrammidel sedastatud diskopaatia C_{4/5} ja C_{5/6} lülivahemiku tasapinnas (müelograafiliselt diski prolapsi ei saadud kindlalt diagnoosida) ja teisel juhul müelograafiliselt diski prolaps C_{3/4} (C_{6/7}) lülivahemiku tasapinnas. Ühel juhul oli disk C₆ närvijuurega kokku kasvanud. Operatiivse ravi efekt oli järgmine: vaevused kadusid 7 haigel (21,9 % opereerituist), tunduv paranemine 13 haigel

(40,6 %), muutuseta 9 haiget (28,1 %), halvenemine 3 haiget (9,4 %).

Konservatiivselt raviti 24 haiget (42,9 %), neist 7 haiget kadusid vaevused peaaegu täielikult (29,2 % ravi-
tuist), 9 haiget (37,5 %) saavutati tunduv paranemine, 8 haiget (33,3 %) jäi ravi väheefektiivseks, nende hulgas ka neljal haigel, kellel oli operatsiooni teostamine vastunäidustatud (südame-veresoonkonna puudulikkus, ülitundlikkus medikamentide vastu, kõrge iga).

Kliinilised vormid.

Äge müelopaatia.

Kliiniline karakteristika.

Üldandmed.

Ägeda müelopaatiaga haigeid oli 7 (12,5 %), neist 5 meest (71,4 %) ja 2 naist (28,6 %).

Vanuseliselt jagunesid haiged järgmiselt:

35 - 40 a.	-	2 haiget (28,6 %)
41 - 45 a.	-	2 haiget (28,6 %)
46 - 50 a.	-	2 haiget (28,6 %)
66 - 70 a.	-	1 haige (14,2 %)

Pea sundasendi ja raske füüsilise tööga seotud professioon anamneesis 3 haiget (42,9 %).

Andmete ja sümptomide analüüs.

Anamneesi pikkus.

Kuni 6 kuud - 5 haiget (71,4 %).

Kuni 1 aasta - 2 haiget (28,6 %).

Seega oli kõigil haigeil anamneesi pikkuseks kuni 1 aasta.

Retsidiivide arv.

Retsidiive ühelgi haigel ei esinenud, haigus arenes pidevalt süvenevana.

Nimmeradikuliidi kaebused.

Anamneesis nimmeradikuliidi kaebused olid 2 haigel (28,6 %).

Valude lokalisatsioon.

	Haigete arv	%
Valu kaelas	5	71,4
Valu kuklas	2	28,6
Valud abaluu piirkonnas	2	28,6
Valud rinnus	-	-
Valud õlaliigese piirkonnas	2	28,6
Valud õlavarre dorsaalsel pinnal	2	28,6
-"- "- lateraalsel "-"	2	28,6
-"- "- mediaalsel "-"	1	14,2
Üldse valusid õlavarres	2	28,6
Valud küünarnukis	2	28,6
Valud küünarvarre lateraalsel pinnal	1	14,2
-"- "- mediaalsel "-"	2	28,6
Üldse valusid küünarvarres	3	42,9
Valu põidlas	1	14,2
Valu II sõrmes	1	14,2
-"- III "-"	3	42,9
-"- IV "-"	3	42,9
-"- V "-"	3	42,9

Valusid kaelas, õlavöötmes või kätes esines üldse 5 haigel (71,4 %). Sagedamini esines nende seast valusid kaelas (5 haiget - 71,4 %), vähem mujal (küünarvarres, III, IV ja V sõrmes - võrdselt 3 haigel - 42,9 %).

Pea sundasend.

Pea sundasendit ei esinenud.

Kaelalihaste pinget.

Kaelalihaste pinget ei esinenud.

Pea painutamine.

Pea painutamise piiratust esines 2 haigel (28,6 %), neist ühel oli pea painutamine kergelt piiratud igas suunas, teisel aga ainult paremale.

Paravertebraalsed valupunktid.

Paravertebraalsete (paraspinoossete) punktide hellus esines 3 haigel (42,9 %), kusjuures kõigil neil olid valulikud bilateraalselt kaela allosa paraspinoossed valupunktid.

Õlapõimiku palpatoorne hellus.

Õlapõimiku palpatoorne hellus esines 2 haigel (28,6%).

Lihaste toonus.

	Haigete arv	%
Delta- ja biitsepslihase toonus alanenud	2	28,6
"- " " " " normis	5	71,4
Triitsepslihase toonus alanenud	2	28,6
"- " " " normis	5	71,4
Küünarvarrelihaste toonus alanenud	4	57,1
"- " " " normis	3	42,9

Käelihaste toonuse langust esines üldse 4-1 haigel

(57,1 %), sagedamini küünarvarrelihaste osas (4 haiget - 100 %).

Paresteesiad.

	Haigete arv	%
Paresteesiad kogu käes	2	28,6
"- labakäes	1	14,2
Paresteesiaid ei esine	4	57,1

Paresteesiaid esines üldse 3 haigel (42,9 %).

Lihaste atroofia.

	Haigete arv	%
Sõrmede painutajate atroofia	2	28,6
"- sirutajate "-	3	42,9
Thenari lihaste "-	4	57,1
Hypothenari lihaste "-	4	57,1
Luudevaheliste "- "-	5	71,4
Käte proksimaalsete lihaste atroofia	1	14,2

Lihaste atroofiaid kätel esines üldse 6 haigel (85,7 %). Sagedamini esines luudevaheliste lihaste atroofia (5 haiget), aga ka thenari ja hypothenari atroofia (4 haiget).

Ühel haigel (14,2 %) puudusid olulised lihaste atroofiad. Viiel haigel esines üldine jalgade ja käte nõrkus ja tuimus (Tetraparesis spastica) ning kahel ülejäänul jalgade tuimus ja nõrkus koos spastilist tüüpi toonuse tõusuga (Paraparesis spastica inferior).

Tundlikkus.

Tundlikkus.

				Haigete arv	%
C ₄	piirkonnas	pinnatundlikkus	alanenud	-	-
C ₅	"	"	"	-	-
C ₆	"	"	"	2	28,6
C ₇	"	"	"	3	42,9
C ₈	"	"	"	5	71,4
Th ₁	"	"	"	3	42,9
Pöidlal		pinnatundlikkus	alanenud	2	28,6
II sõrmel	"	"	"	2	28,6
III sõrmel	"	"	"	3	42,9
IV sõrmel	"	"	"	5	71,4
V sõrmel	"	"	"	4	57,1

Vibratsioonitundlikkus.

Vibratsioonitundlikkus kätel oli olemas kõigil haigil, jalgadel aga esines 2 haigel (28,6 %) vibratsioonitundlikkuse langus.

Asenditundlikkus.

Asenditundlikkus kätel oli häireteta. Jalgadel esines asenditundlikkuse häireid 2 haigel (28,6 %).

Pinnatundlikkuse häireid esines üldse 5 haigel (71,4 %), neil kõigil pinnatundlikkuse langus.

Refleksid.

		Haigete arv	%
Biitsepsrefleks	madalam	4	57,1
"	elavan	-	-
"	puudub	-	-

Triitsepsrefleks	madalam	5	71,4
"	elavam	-	-
"	puudub	-	-
Karporadiaalrefleks	madalam	5	71,4
"	elavam	-	-
"	puudub	-	-

Reflekside muutusi esines üldse 5 haigel (71,4 %).
Sagedamini esines reflekside asümmeetriline madaldumine,
eriti biitseps- ja karporadiaalrefleksi osas.

Moteorika.

	Haigete arv	%
Sõrmede painutajate jõud langenud	5	71,4
" sirutajate " "	4	57,1
V sõrme eemaldajalihase jõud langenud	3	42,9
Sõrmede adduktorite jõud langenud	3	42,9

Käelihaste jõu langust esines 5 haigel (71,4 %).
Sagedamini oli langenud sõrmede painutajate ja sirutajate
lihaste jõud. Ka ülejäänud 2 haigel esines vähene käelihas-
te jõu nõrgenemine.

Seljaaju kahjustuse sündroom.

Seljaaju kahjustuse sündroom esines kõigil 7 haigel
(100 %).

Liikvori uuringud.

Liikvori uuringud teostatud kõigil 7 haigel (100 %).

	Haigete arv	%
Subarahnoidaalruumi osaline blokk	5	71,4
" blokki pole	2	28,6
Valk kõrgenenud	5	71,4

Valk normis	2	28,6
Pleotsütoos kõrgeenenud	2	28,6
-"- normis	5	71,4

Liikvori uuringud olid normis 2 haigel (28,6 %), 5 haigel (71,4 % haigetest) esinesid muutused liikvori analüüsides. Sagedamini esines valgu tõus (5 haiget), harvemini kõrgeenenud pleotsütoos (2 haiget). 5 haigel (71,4 % kõigist haigetest) esines osaline subarahnoidaal-ööne blokk, neist kahel peaaegu täieliku blokina.

Vegetatiivsed proovid.

Naha temperatuur.

Naha temperatuuri mõõdetud 3 haigel (42,9 %), kellel kõigil esines asümmeetria kätel, kusjuures ka kõigil juhtudel oli naha temperatuur kõrgem enam kahjustatud käel (asümmeetria kuni 3°).

Fotoreaktiivsuse proov.

Proov teostatud 2 haigel (28,6 %), kellel kummalgi ei esinenud asümmeetriat.

Elektrodiagnostika.

Elektrodiagnostikaliselt uuritud kõiki 7 haiget (100 %), neist 5 haigel (71,4 %) oli uuring leiuta, 2 haigel aga leiti parema käe lihastel ja närvidel veidi tõusnud ärrituslävi faraadilisele ja galvaanilisele voolule võrreldes vasema käega.

Kronaksimeetria.

Kronaksimeetriliselt uuritud 5 haiget (71,4 %), neil kõigil esines leid ja nimelt närvi juure kahjustus koos püramidaalse kronaksimeetrilise sündroomiga.

Röntgenograafiline leid.

Osteokondroos - 2 haiget (28,6 %)

Diskopaatia - 5 haiget (71,4 %)

Nagu näha esines kõigil haigetel röntgenograafiline leid, kusjuures see oli ka kõigil ühetaoline - osteokondroos (diskopaatia) (100 %).

Röntgenograafiliselt avastatud muutuste tasapind.

C₅₋₆ - 3 haiget (42,9 %)

C₆₋₇ - 4 haiget (57,1 %)

Sagedamini lokaliseeruvad degeneratiivsed muutused C₆₋₇ ja C₅₋₆ lülivahemikus.

Müelograafiline uuring.

Müelograafiliselt uuritud 2 haiget (28,6 %), kellel mõlemal teostatud pneumomüelograafia. Mõlemal juhul sedastati C₆₋₇ lülivahemiku diski prolapsi.

Müelograafiat talusid haiged rahuldavalt.

Kliinilise ja röntgenograafilise diagnoosi ühtelangevus.

Kliiniline ja röntgenograafiline diagnoos langesid ühte kõigil 7-l haigel (100 %).

Alaäge müelopaatia.

Kliiniline karakteristik.

Üldandmed.

Alaägeda müelopaatiaga haigeid oli 12 (21,4 %), neist 7 meest (58,3 %) ja 5 naist (41,7 %).

Vanuseliselt jagunesid haiged järgmiselt:

35 - 40 a. - 4 haiget (33,3 %)

46 - 50 a. - 4 haiget (33,3 %)

51 - 55 a. - 3 haiget (25,0 %)

56 - 60 a. - 1 haige (8,4 %)

Pea sundasendi ja raske füüsilise tööga seotud professioon anamneesis 7 haigel (58,3 %).

Andmete ja sümptomide analüüs.

Anamneesi pikkus.

Kuni 6 kuud - 2 haiget (16,7 %).

Kuni 1 aasta - 8 haiget (66,6 %).

Kuni 2 aastat - 2 haiget (16,7 %).

Seega oli kõigil haigeil anamneesi pikkuseks kuni 2 aastat, kuid 83,3 % (10 haiget) haigeist haigestus kuni ühe aasta jooksul.

Retsidiivide arv.

Retsidiive esines 2 haigel (16,7 %), neist ühel üks ja teisel kaks korda.

Nimmeradikuliidi kaebused.

Anamneesis nimmeradikuliidi kaebused esinesid 4 haigel (33,3 %).

Valude lokalisatsioon.

	Haigete arv	%
Valu kaelas	4	33,3
Valu kuklas	-	-
Valud abaluu piirkonnas	2	16,7
Valud rinnus	-	-
Valud õlaliigese piirkonnas	4	33,3
Valud õlavarre dorsaalsel pinnal	3	25,0
-"- "- lateraalsel "-	3	25,0
-"- "- mediaalsel "-	2	16,7
Üldse valusid õlavarres	3	25,0

Valud küünarnukis	6	50,0 %
Valud küünarvarre lateraalsel pinnal	5	41,7
"- "- mediaalsel "-	1	8,4
Üldse valusid küünarvarres	6	50,0
Valu põidlas	6	50,0
Valu II sõrmes	6	50,0
"- III "-	8	66,6
"- IV "-	5	41,7
"- V "-	4	33,3

Valusid kaelas, õlavöötmes või kätes esines üldse 8 haigel (66,6 %). Sagedamini esines nende seast valusid III sõrmes (8 haiget - 100 %), küünarnukis, küünarvarres, põidlas, II sõrmes (võrdselt 6 haigel - 50 %); harvemini küünarvarre mediaalsel pinnal (1 juht - 8,4 %) ja õlavarre mediaalsel pinnal ning abaluu piirkonnas (võrdselt 2 juhtu - 16,7 %).

Pea sundasend.

Pea sundasendit ei esinenud ühelgi haigel.

Kaelalihaste pinge.

Kaelalihaste pinget ei esinenud.

Pea painutamine.

Pea painutamine piiratust esines 2 haigel (16,7 %), neist ühel oli pea painutamine kergelt piiratud ette ja teisel, aga ainult vasemale.

Paravertebraalsed valupunktid.

Paravertebraalsete (paraspinoosete) punktide hellus esines 5 haigel (41,7 %), kusjuures 3 haigel (25 %) olid bilateraalselt valulikud kaela allosa ja 2 haigel (16,7 %) kaela keskosa paraspinoossed valupunktid.

Õlapõimiku palpatoorne hellus.

Õlapõimiku palpatoorne hellus esines 3 haigel (25 %).

Lihaste toonus.

	Haigete arv	%
Delta- ja biitsepslihase toonus alanenud	5	41,7
"- " " normis	7	58,3
Triitsepslihase toonus alanenud	6	50,0
"- " normis	6	50,0
Küünarvarrelihaste toonus alanenud	8	66,6
"- " normis	4	33,3

Kaelalihaste toonuse langust esines üldse 8-l haigel (66,6 %), sagedamini küünarvarrelihaste osas (8 haiget - 100 %).

Paresteesiad.

	Haigete arv	%
Paresteesiad kogu käes	1	8,4
"- labakäes	3	25,0
Paresteesiaid ei esine	8	66,6

Paresteesiaid esines üldse 4 haigel (33,3 %).

Lihaste atroofia.

	Haigete arv	%
Sõrmede painutajate atroofia	3	25,0
"- sirutajate	4	33,3
Thenari lihaste	8	66,6
Hypothenari lihaste	7	58,3
Luudevaheliste	7	58,3
Käte proksimaalsete lihaste atroofia	2	16,7

Lihaste atroofiaid kätel esines üldse 9 haigel (75 %). Sagedamini esines thenari lihaste (8 haiget) ja hypothenari ning luudevaheliste lihaste (7 haiget) atroofia. Kahel haigel (16,7 %) puudusid olulised lihaste atroofiad. Kahel haigel esines üldine jalgade ja käte nõrkus ja tuimus (Tetraparesis spastica) ning kolmel haigel jalgade tuimus ja nõrkus koos spastilist tüüpi toomuse tõusuga (Paraparesis spastica inferior).

Tundlikkus.

				Haigete arv	%
C ₄ piirkonnas pinnatundlikkus alanenud				-	-
C ₅	-"-	-"-	-"-	2	16,7
C ₆	-"-	-"-	-"-	5	41,7
C ₇	-"-	-"-	-"-	6	50,0
C ₈	-"-	-"-	-"-	6	50,0
Th ₁	-"-	-"-	-"-	5	41,7
Pöidlal pinnatundlikkus alanenud				2	16,7
II sõrmel pinnatundlikkus alanenud				2	16,7
III	-"-	-"-	-"-	6	50,0
IV	-"-	-"-	-"-	3	25,0
V	-"-	-"-	-"-	2	16,7

Vibratsioonitundlikkus.

Vibratsioonitundlikkus kätel oli olemas kõigil haigil, jalgadel aga esines 3-l haigel (25 %) vibratsioonitundlikkuse langus.

Asenditundlikkus.

Asenditundlikkus kätel oli häireteta. Jalgadel esines asenditundlikkuse häireid 3-l haigel (25 %).

Pinnatundlikkuse häireid esines üldse 7 haigel (58,3 %), kõigil pinnatundlikkuse languse suunas.

Refleksid.

	Haigete arv	%
Biitsepsrefleks madalam	8	66,6
"- elavam	-	-
"- puudub	-	-
Triitsepsrefleks madalam	4	33,3
"- elavam	-	-
"- puudub	-	-
Karporadiaalrefleks madalam	4	33,3
"- elavam	1	8,4
"- puudub	1	8,4

Reflekside muutusi esines üldse 9 haigel (75 %).
Sagedamini esines reflekside asümmeetriline madaldumine, eriti biitsepsrefleksi osas.

Motoorika.

	Haigete arv	%
Sõrmede painutajate jõud langenud	6	50,0
"- sirutajate "- "-	5	41,7
V sõrme eemaldajalihase jõud langenud	4	33,3
Sõrmede adduktorite jõud langenud	4	33,3

Käelihaste jõu langust esines 8 haigel (66,6 %).
Sagedamini oli langenud sõrmede painutajate ja sirutajate jõud. Ka ülejäänud 4 haigel esines vähene käelihaste jõu nõrgenemine.

Seljaaju kahjustuse sündroom.

Seljaaju kahjustuse sündroom esines kõigil 12 haigel

(100 %).

Liikvori uuringud.

Liikvori uuringud teostatud kõigil 12 haigel (100 %).

	Haigete arv	%
Subarahnoidaalruumi osaline blokk	6	50,0
"- blokki pole	6	50,0
Valk kõrgenenud	10	83,3
Valk normis	2	16,7
Pleotsütoos kõrgenenud	2	16,7
"- normis	10	83,3

Liikvori uurigud olid normis 2 haigel (16,7 %), 10 haigel (83,3 %) esinesid muutused liikvori analüüsides. Sagedamini esines valgu tõus (10 haiget), harva kõrgenenud pleotsütoos (2 haiget). 6 haigel (50 % kõigist haigetest) esines osaline subarahnoidaalõone blokk, neist ühel pea-aegu täieliku blokina.

Vegetatiivsed proovid.

Naha temperatuur.

Naha temperatuur mõõdetud 5 haigel (41,7 %), kellest 3-l esines asümmeetria kätel (60 % uurituist), kõigil juhtudel oli naha temperatuur kõrgem enam kahjustatud käel (asümmeetria kuni 2,5°).

Fotoreaktiivsuse proov.

Proov teostatud vaid ühel haigel (8,4 %), kellel asümmeetriat ei esinenud.

Elektrodiagnostika.

Elektrodiagnostikat ei ole ühelgi haigel uuritud.

Kronaksimeetria.

Kronaksimeetriliselt uuritud 10 haiget (83,3 %), neil kõigil esines leid ja nimelt närvijuure kahjustus koos püramidaalse kronaksimeetrilise sündroomiga.

Röntgenograafiline leid.

Osteokondroos - 9 haiget (75 %)

Diskopaatia - 3 haiget (25 %)

Kõigil röntgenograafiliselt uuritud haigetel esines ka vastav leid, kusjuures see oli ka kõigil ühetaoline - osteokondroos (diskopaatia) (100 %).

Röntgenograafiliselt avastatud muutuste tasapind

C₅₋₆ - 3 haiget (25 %)

C₆₋₇ - 4 haiget (33,3 %)

C₇₋₈ - 2 haiget (16,7 %)

C₅₋₆ ja C₆₋₇ - 3 haiget (25 %)

Sagedamini lokaliseeruvad degeneratiivsed muutused C₅₋₆ ja C₆₋₇ lülivahemikus.

Müelograafiline uuring.

Müelograafiliselt uuritud 6 haiget (50 %), kellel kõigil teostatud pneumomüelograafia. Võrdselt 3 juhul sedastati C₅₋₆ ja C₆₋₇ lülivahemiku diski prolapsi.

Müelograafiat talusid kõik haiged rahuldavalt.

Kliinilise ja röntgenograafilise diagnoosi ühtelangevus.

Kliiniline ja röntgenograafiline diagnoos langesid täielikult ühte 9 haigel (75 %) ja osaliselt ühte 3 haigel (25 %).

Krooniline müelopaatia.

Kliiniline karakteristika.

Üldandmed.

Kroonilise kuluvormiga tservikaalse müelopaatia haigeid oli 37 (66,1 %), neist 28 meest (75,7 %) ja 9 naist (24,3 %). Vanuseliselt jagunesid haiged järgmiselt:

35 - 40 a.	- 3 haiget (8,1 %)
46 - 50 a.	- 2 haiget (5,4 %)
51 - 55 a.	- 6 haiget (16,2 %)
56 - 60 a.	- 14 haiget (37,8 %)
61 - 65 a.	- 7 haiget (19,0 %)
66 - 70 a.	- 1 haige (2,7 %)
71 - 75 a.	- 3 haiget (8,1 %)
76 - 80 a.	- 1 haige (2,7 %)

Pea sundasendi ja raske füüsilise tööga seotud professioon anamneesis 15 haigel (40,5 %).

Andmete ja sümptomide analüüs.

Anamneesi pikkus.

	Haigete arv	%
Kuni 6 kuud	-	-
Kuni 1 aasta	-	-
Kuni 2 aastat	2	5,4
Kuni 3 aastat	6	16,2
Kuni 4 aastat	3	8,1
Kuni 5 aastat	4	10,8
Kuni 10 aastat (6-10 a.)	15	40,5
Üle 11 aasta	7	19,0

Kõige rohkem oli haigeid anamneesi pikkusega 6-10 a. - 15 haiget (40,5 %) ja üle 11 a. - 7 haiget (19 %).

Retsidiivide arv.

Retsidiive esines üldse 15 haigel (40,5 %), neist võrdselt 5-l üks ja kaks korda, 4-l kolm korda ja ühel üle kolme korra.

Nimmeradikuliidi kaebused.

Anamneesis nimmeradikuliidi kaebused 15 haigel (40,5%).

Valude lokalisatsioon.

	Haigete arv	%
Valu kaelas	9	24,3
Valu kuklas	2	5,4
Valud abaluu piirkonnas	4	10,8
Valud rinnus	3	8,1
Valud õlaliigese piirkonnas	8	21,6
Valud õlavarre dorsaalsel pinnal	7	19,0
"- " lateraalsel "-	7	19,0
"- " mediaalsel "-	4	10,8
Üldse valusid õlavarres	8	21,6
Valud küünarnukis	11	29,7
Valud küünarvarre lateraalsel pinnal	8	21,6
"- " mediaalsel "-	4	10,8
Üldse valusid küünarvarres	9	24,3
Valu põidlas	10	27,0
Valu II sõrmes	11	29,7
"- III "-	14	37,8
"- IV "-	19	51,3
"- V "-	15	40,5

Valusid kaelas, õlavöötmes või kätes esines üldse 20 haigel (54,1 %). Sagedamini esines nende seast valusid IV sõrmes (19 haiget - 51,3 %), V sõrmes (15 haiget - 40,5%), III sõrmes (14 haiget - 37,8 %) ja küünarnukis ning II sõrmes (võrdselt 11 haiget - 29,7 %).

Pea sundasend.

Pea sundasendit ei esinenud ühelgi haigel.

Kaelalihaste pinge.

Kaelalihaste pinget ei esinenud ühelgi haigel.

Pea painutamine.

Pea painutamise piiratust esines 9 haigel (24,3 %), neist 4 haigel oli pea painutamine mõõdukalt piiratud nii vasemale kui ka paremale poole (kaasus bilateraalne radikulaarne sündroom), 3 haigel kerge piiratus painutusel ette ja 2 haigel painutusel taha.

Paravertebraalsed valupunktid.

Paravertebraalsete (paraspinoossete) punktide hellus esines 17 haigel (45,9 %).

	Haigete arv %	
Paraspinoossed valupunktid kaela allosas paremal	1	2,7
Paraspinoossed valupunktid kaela allosas vasemal	1	2,7
Paraspinoossed valupunktid kaela allosas bilateraalselt	8	21,6
Paraspinoossed valupunktid kaela keskosas bilateraalselt	3	8,1
Paraspinoossed valupunktid kaela all- ja keskosas bilateraalselt	4	10,8

Paraspinoosne valulikkus esines sagedamini kaela

allosas (14 haiget), kusjuures valulikkuse poolel esines ka peamine kahjustus käes. Bilateraalse valulikkuse puhul oli ülajäsemete kahjustus mõlemapoolne.

Õlapõimiku palpatoorne hellus.

Õlapõimiku palpatoorne hellus esines 8 haigel (21,6%).

Lihaste toonus.

	Haigete arv	%
Delta- ja biitsepslihase toonus alanenud	10	27,0
"- " " normis	27	73,0
Triitsepslihase toonus alanenud	11	29,7
"- " normis	26	70,3
Küünarvarrelihaste toonus alanenud	23	62,2
"- " normis	14	37,8

Käelihaste toonuse langust esines üldse 23 haigel (62,2 %), sagedamini küünarvarrelihaste osas (23 haiget - 100 %).

Paresteesiad.

	Haigete arv	%
Paresteesiad kogu käes	6	16,2
"- labakäes	3	8,1
Paresteesiaid ei esine	28	75,7

Paresteesiaid esines üldse 9 haigel (24,3 %).

Lihaste atroofia.

	Haigete arv	%
Sõrmede painutajate atroofia	9	24,3
"- sirutajate "-	11	29,7

Thenari lihaste atroofia	18	48,6
Hypothenari lihaste atroofia	13	35,1
Luudevaheliste lihaste atroofia	17	46,0
Käte proksimaalsete lihaste atroofia	6	16,2

Lihaste atroofiaid kätel esines üldse 30 haigel (81 %). Sagedamini esines thenari lihaste atroofia (18 haiget), aga ka luudevaheliste lihaste (17 haiget) ja hypothenari atroofia (13 haiget).

7 haigel (19 %) puudusid olulised lihaste atroofiad. Ühel haigel esines üldine jalgade ja käte nõrkus ja tuimus (Tetraparesis spastica) ning 10 haigel (27 %) jalgade tuimus ja nõrkus koos spastilist tüüpi toonuse tõusuga (Paraparesis spastica inferior) ning hooti esineva käte nõrkuse ja tuimusega.

Tundlikkus.

				Haigete arv	%
C ₄ piirkonnas pinnatundlikkus alanenud				3	8,1
C ₅	---	---	---	6	16,2
C ₆	---	---	---	13	35,1
C ₇	---	---	---	14	37,8
C ₈	---	---	---	14	37,8
Th ₁	---	---	---	14	37,9
Pöidlal pinnatundlikkus alanenud				6	16,2
II sõrmel	---	---		9	24,3
III sõrmel	---	---		13	35,1
IV sõrmel	---	---		11	29,7
V sõrmel	---	---		14	37,8

Vibratsioonitundlikkus.

Vibratsioonitundlikkus kätel oli alanenud 6 haigel (16,2 %), jalgadel 11 haigel (29,7 %).

Asenditundlikkus.

Asenditundlikkuse häireid kätel esines 4 haigel (10,8 %), jalgadel 9 haigel (24,3 %).

Pinnatundlikkuse häireid esines üldse 18 haigel (48,6 %), neist 17 haigel (46 %) pinnatundlikkuse langus. Sagedamini esinesid hüpalgeesia (vähem hüpesteesia ja termohüpesteesia) V sõrmel (14 haiget), III sõrmel (13 haiget) ja C₇, C₈ ja TH₁ innervatsioonialal (14 haiget).

Refleksid.

	Haigete arv	%
Biitsepsrefleks madalam	12	32,4
"- elavam	5	13,5
"- puudub	2	5,4
Triitsepsrefleks madalam	9	24,3
"- elavam	2	5,4
"- puudub	1	2,7
Karporadiaalrefleks madalam	9	24,3
"- elavam	4	10,8
"- puudub	3	8,1

Reflekside muutusi esines üldse 19 haigel (51,3 %). Sagedamini esines reflekside asümmeetriline madaldumine, eriti biitsepsrefleksi osas (12 haiget) ja triitseps- ning karporadiaalrefleksi osas (võrdselt 9 haiget). Refleksid olid madalamad tavaliselt tugevamalt kahjustatud poolel.

Meteorika.

	Haigete arv	%
Sõrmede painutajate jõud langenud	19	51,3
-"- sirutajate -"- -"-	12	32,4
V sõrme eemaldajalihase jõud langenud	9	24,3
Sõrmede adduktorite jõud langenud	19	51,3

Käelihaste jõu langust esines 21 haigel (56,7 %).
Sagedamini oli langenud sõrmede painutajate ja adduktorite jõud (võrdselt 19 haiget), ülejäänud 2 haigel esines vähene käelihaste jõu nõrgenemine.

Kaela sümpaatikuse kahjustuse sündroomid.

Humeroskapulaarne periartriit.

See sündroom esines 3 haigel (8,1 %).

"Õlg - käsi" sündroom.

"Õlg - labakäsi" sündroomi ei esinenud ühelgi haigel

Ganglion stellatum'i kahjustuse sündroom.

Pseudostenokardia sündroom esines ühel haigel (2,7 %).

Claude Bernard - Horneri sündroom.

Horneri sündroomi ei esinenud ühelgi haigel.

Musculus scalenus anteriori sündroom.

Eesmise astriklihase reflektorset kontraktuuri ei olnud ühelgi haigel.

Seljaaju kahjustuse sündroom.

Seljaaju kahjustuse sündroom esines kõigil 37 haigel (100 %).

Liikvori uuringud.

Liikvori uuringuid teostatud 27 haigel (73 %).

	Haigete arv	%
Subarahnoidaalruumi osaline blokk	3	11,1
"- blokki pole	24	88,9
Valk kõrgenenud	19	70,4
Valk normis	8	29,6
Pleotsütoos kõrgenenud	5	18,5
"- normis	22	81,5

Liikvori uuringud olid normis 8 haigel (29,6 %). 19 haigel (70,4 % haigetest) esinesid muutused liikvori analüüsides. Sagedamini esines valgu tõus (19 haiget), harvemini kõrgenenud pleotsütoos (5 haiget). 3 haigel (8,1 % kõigist haigetest e. 11,1 % uuritutest) esines osaline subarahnoidaalne blokk.

Vegetatiivsed proovid.

Naha temperatuur.

Naha temperatuur mõõdetud 10 haigel (27 %), kellest 6-1 esines asümmeetria kätel. Neist 5 haigel oli naha temperatuur rohkem kahjustatud käel kõrgem kui vähem kahjustatud käel (asümmeetria kuni 2°). Ühel haigel oli naha temperatuur enam kahjustatud käel veidi madalam (1°) kui teisel käel.

Fotoreaktiivsuse proov.

Proov teostatud 8 haigel (21,6 %), neist 2 haigel puudus proovil asümmeetria (ühel neist puudus ka t° asümmeetria).

Fotoreaktiivsuse proov oli elavam vasemal käsivarrel 4 haigel (50 % uuritutest) ja paremal käsivarrel 2 haigel (25 % uuritutest).

Elektrodiagnostika.

Elektrodiagnostiliselt uuritud 7 haiget (19 %), neist 5 juhul oli uuring leiuta. Mõlemal leiuga haigel esines parema käe lihastel ja närvidel veidi tõusnud ärrituslävi faraadilisele ja galvaanilisele voolule võrreldes vasaku käega (kliiniliselt prevaleerus parenapoolne kahjustus).

Kronaksimeetria.

Kronaksimeetriliselt uuritud 23 haiget (62,2 %), neist kahel oli kronaksimeetria normis ja 21 haigel esines vastav leid. 13 haigel oli kahjustus radikulaarne ja 8 haigel kombineeritud perifeerne ja püramidaalne kronaksimeetriline sündroom.

Röntgenograafiline leid.

	Haigete arv	%
Osteokondroos	3	8,1
Osteokondroos + spondüloos	6	16,2
Osteokondroos + deformeeruv spondüloos lumbosakraalses piirkonnas	10	27,0
Diskopaatia	8	21,6
Diskopaatia + osteokondroos	6	16,2
Unkovertebraalne spondüloos	2	5,4
Leiuta	2	5,4

Nagu näha, esines 37-st haigest 35-l röntgenograafiline leid (94,6 %). Sagedamini esines osteokondroosi (diskopaatiat) - kokku 33 haigel (89,1 %).

Röntgenograafiliselt avastatud muutuste tasapind.

	Haigete arv	%
C ₂₋₃	2	5,4
C ₃₋₄	5	13,5
C ₄₋₅	10	27,0
C ₅₋₆	17	46,0
C ₆₋₇	12	32,4
C _{7-D₁}	1	2,7

Sagedamini lokaliseerusid degeneratiivsed muutused C₅₋₆ lülivahemikus - 17 haiget (46 %) ja C₆₋₇ lülivahemikus - 12 haiget (32,4 %). 7 haigel (19 %) olid muutused korraga nii C₅₋₆ kui ka C₆₋₇ lülivahemikus.

Müelograafiline uuring.

Müelograafiline uuring teostatud 23 haigel (62,2 %), neist 20 haigel pneumomüelograafia ja 3 haigel radoonmüelograafia.

Müelograafia leid	Haigete arv	%
Diski prolaps C ₅₋₆ vahemikus	5	21,7
Diski prolaps C ₆₋₇ vahemikus	3	13,0
Diski prolaps C ₅₋₆ ja C ₆₋₇ vahemikus	3	13,0
Diski prolaps C ₄₋₅ ja C ₅₋₆ vahemikus	2	8,7
Diski prolaps C ₄₋₅ , C ₅₋₆ ja C ₆₋₇ vahemikus	2	8,7
Diski prolaps C ₃₋₄ , C ₄₋₅ , C ₅₋₆ ja C ₆₋₇ vahemikus	2	8,7
Diski prolaps C ₂₋₃ , C ₃₋₄ ja C ₅₋₆ vahemikus	2	8,7
Diski prolaps C ₃₋₄ ja C ₅₋₆ vahemikus	2	8,7
Diski prolaps C ₃₋₄ vahemikus	1	4,3

Ühel haigel, kellel teostati radoonmüelograafia, ei olnud leidu.

Müelograafiat talusid kõik haiged rahuldavalt.

Kliinilise ja röntgenograafilise diagnoosi
ühtelangevus.

Kliiniline ja röntgenograafiline diagnoos langesid
ühte 33 haigel (89,1 %), ühel haigel puudus ühtelangevus
(2,7 %) ja 3 haigel (8,1 %) oli diagnoosi ühtelangevus
osaline.

Kirurgiline ravi.

Tservikaalse diskogeense müelopaatia ravimisel kasu-
tati operatiivseid ravimeetodeid 32 haigel (57,1 % haigete
arvust). Opereerituist olid 22 mehed (68,75 %) ja 10 naised
(31,25 %).

Vanuseliselt jagunesid opereeritud haiged järgmiselt:

35 - 40 a.	-	9 haiget (28,1 %)
41 - 45 a.	-	2 haiget (6,25 %)
46 - 50 a.	-	5 haiget (15,6 %)
51 - 55 a.	-	6 haiget (18,75%)
56 - 60 a.	-	7 haiget (21,9 %)
61 - 65 a.	-	2 haiget (6,25 %)
66 - 70 a.	-	1 haige (3,1 %)

Lähtudes kliinilistest vormidest, opereeriti haiged
järgmiselt:

ägeda müelopaatiaga	-	7 (21,9 % opereerituist e. 100 % haigetest)
alaägeda müelopaatiaga	-	10 (31,25 % opereerituist e. 83,3 % haigetest)
kroonilise müelopaatiaga	-	15 (46,85 % opereerituist e. 40,5 % haigetest).

Operatsioon võeti ette diski prolapsist tingitult 15 haigel (46,85 %) ja osteokondrootilistest muutustest tingitult 17 haigel (53,15 %).

Operatsioonimeetoditest kasutati 3 haigel eesmist diskile juurdepääsu meetodit, koos järgneva eesmise spondülodeesiga (9,4 %) ja ülejäänud 29 haigel (90,6 %) kaela- piirkonna laia laminektoomiat koos järgneva ligamentum denticulatum'ite vabastamisega dura koti küljest.

Seljaaju kahjustuste tasapinnad operatsioonil olid järgmised:

C ₅₋₆ lülivahemikus	- 10 haiget (31,25 %)
C ₆₋₇ lülivahemikus	- 4 -" (12,5 %)
C ₅₋₆ ja C ₆₋₇ lülivahemikus	- 6 -" (18,75%)
C ₄₋₅ lülivahemikus	- 3 -" (9,4 %)
C ₄₋₅ , C ₅₋₆ ja C ₆₋₇ lülivahemikus	- 2 -" (6,25 %)
C ₄₋₅ ja C ₅₋₆ lülivahemikus	- 2 -" (6,25 %)
C ₃₋₄ , C ₄₋₅ , C ₅₋₆ ja C ₆₋₇ lülivahemikus	- 2 -" (6,25 %)
C ₂₋₃ , C ₃₋₄ ja C ₅₋₆ lülivahemikus	- 1 haige (3,1 %)
C ₃₋₄ ja C ₅₋₆ lülivahemikus	- 1 -" (3,1 %)
C ₇ - D ₁ lülivahemikus	- 1 -" (3,1 %)

Operatiivselt ravitud 32 haigest leiti operatsioonil spinaalne kahjustus 27 haigel (84,4 % opereerituist e. 48,2 % haigetest). Kahel haigel operatsioonil diski prolapsi ei leitud, kuigi ühel juhul oli spondülogrammidel sedastatud diskopaatia C_{4/5} ja C_{5/6} lülivahemiku tasapinnas (müelograafiliselt diski prolapsi ei saadud kindlalt diagnoosida) ja teisel juhul müelograafiliselt leitud diski prolaps C_{3/4} (C_{6/7}) lülivahemiku tasapinnas. Ühel juhul oli disk C₆ närvijuurega kokku kasvanud, seetõttu ei eemaldatud diski, vaid piirduti dekompressiooniga. Neljal haigel oli

operatsioon kliiniliste sümptomide ja abidiagnostiliste võtete tulemuste alusel näidustatud, kuid vastunäidustatuks peeti operatsiooni teostamist kõrge ea, südame-veresoonkonna puudulikkuse ja medikamentoosse ülitundlikkuse tõttu.

Operatiivse ravi tulemused olid järgmised: vaevused kadusid 7 haigel (21,9 % opereerituist), tunduv paranemine saavutati 13 haigel (40,6 %), muutusetuks jäi seisund 9 haigel (28,1 %) ja halvenes 3 haigel (9,4 %).

Operatiivse ravi tulemustest selgub, et 62,5 % opereeritud haigetest (20 haiget) saavutati edu haiguse ravimisel ja 37,5 % (12 haiget) jäi seisund muutumatuks.

VI ARUTELU.

Antud tööst selgub, et tservikaalse diskogeense müelopaatia etioloogiliseks faktoriks tuleb pidada selgroo kaelaosa diskide degeneratiivseid muutusi koos sellele kaasuvate reaktiivsete muutustega lülakehadel ja ligamentidel (intervertebraalne osteokondroos ja deformeeruv spondüloos). See vastab kirjanduse vastavasisulistele andmetele (Rubševa 80 %, Otto 82 %, Vernik 70 %, Brotman 63 %). Oma töös leiäsin nimetatud muutusi 87,5 % haigetest.

Paljud autorid peavad diskide degeneratiivsete muutuste tekke põhjuseks ülajäsemete ja kaelavöötme funktsionaalset ülekoormamist, nende piirkondade mikrotraumatisatsiooni eluolustikulises ja tööalases tegevuses (Popeljanski, Saradžisvili, Spurling jt.). Nende seisukohtadele vastavad ka minu poolt leitud andmed, mille järgi 39,3 % haigetest on anamneesis suhteliselt pikaajaline töö kutsealal, milline viib kaelavöötme ja ülajäsemete lihaste ja närvide ülekoormamisele (pea sundasend, stereotüüpsed liigutused kätega, raske füüsiline koormus ülajäsemetel jne.). Peab märkima, et ei ole mingit alust tugineda ainuüksi professionaalsetele kahjustavatele faktoritele, kuna nimetatud faktorid omavad ainult teisejärgulist tähtsust. Tähtsamaks tuleb pidada diskide kaasasündinud konstitutsionaalset puudulikkust ja üldse selgroo sideaparaadi teatavat nõrkust,

latentset valmisolekut juba väikeste vallandavate faktorite toimel degeneratsiooniprotsessi tekkimisele diskides (Reischauer jt.). Et see nii on ja et degeneratiivsed muutused selgroo kaelaosas ei kujuta endast mingit isoleeritud lokaalset protsessi, vaid on kogu selgroo süsteemse degeneratsiooni üheks osaks, näitavad minu andmed lumbosakraalse radikuliidi esinemissageduse kohta tservikaalse müelopaatiaga haigetel. Nii leidsin ma anamneesis andmeid läbipõetud lumbosakraalse radikuliidi kohta 32,1 % juhtudest. Vahel esines mõõdukaid lumbosakraalse radikuliidi kaebusi ka üheaegselt kaela-õlavöötme valudega.

Mitmesugused läbipõetud haigused ja traumad olid anamneesis 92,9 % haigetest. Kirjanduses puuduvad sellekohased andmed. Minu andmetel esinesid anamneesis kõige sagedamini mitmesugused nakkushaigused (67,8 %) ja sisehaigused (51,8 %), mitmesugused operatsioonid olid anamneesis 42,9 % ja traumad 37,5 % haigetest. Kuid need andmed ei anna mitte midagi etioloogia mõistmiseks. Otsene kaelatrauma haiguse soodustajana esines minu andmetel vaid 10,7 % haigetest (kukkumine kaelale, tugev löök vastu kaela jne.). Ka kirjanduse andmetel ei tule kaela mikrotraumadele omistada erilist tähelepanu etioloogiliste faktoritena nende vähese erikaalu tõttu (Arutjunov ja Brotman).

Vanuseliselt kõige suurema rühma moodustasid haiged vanuses 41 - 60 a. (62,5 %). See vastab ka rea autorite andmetele, mille kohaselt haigus esineb sagedamini vanuses üle 40 eluaasta (Spurling, Rawerdy, Popeljanski jt.). Minu andmetel esines haigus sagedamini meestel (71,4 %) kuinaistel (28,6 %), kuigi Otto, Rönenik jt. väidavad vastupidist.

Võimalik, et erinevus teiste autoritega on tingitud erinevatest haigete kontingentidest.

Kliiniliselt eristasin 3 haiguse vormi: 1) äge müelopaatia; 2) alaäge müelopaatia; 3) krooniline müelopaatia. Taolisi haigusvorme eristavad ka Brain ja Wilkinson jt. autorid. Äge müelopaatia esines 12,5 %, alaäge 21,4 % ja krooniline 66,1 % juhtudest. Kõrvutades saadud andmeid võib väita, et haigus kulgeb enamasti kroonilisena, kuna äge ja alaäge kulg moodustavad kokku vaid 33,9 % juhtudest. Samasuguseid andmeid annavad ka teised autorid (Brain, Wilkinson jt.).

Kirjanduse andmetel esineb kõige sagedamini tservikaalne müelopaatia $C_4 - C_7$ lülide vaheliste diskide patoloogiast tingituna, kusjuures sagedaim kahjustus esineb C_{5-6} ja C_{6-7} lülivahemiku tasemel. Samasuguseid tulemusi sain ka oma töös, kus 62,5 % kogu haigestumisest oli tingitud ainult C_{5-6} ja C_{6-7} lülidevaheliste diskide patoloogiast.

Spinaalse kompressiooni sündroomiga haigetel olid tüüpilisteks tunnusteks: käte väikeste lihaste atroofiad (80,6 %), käelihaste jõu langus (63,9 %), püramidaalteede kahjustuse nähud (57,1 %), lumbaalpunktsioonil blokinähud (tavaliselt osaline blokk) - 44,2 %, liikvoris valgu tõus (75 %). Teised autorid viitavad samuti eesmise sarve kahjustuse sümptomide ja juhteteede tüüpi häirete esinemisele kui peamistele nähtudele seljaaju kahjustuse arenemisel (Popeljanski jt.).

Kronaksimeetriliselt uuritud 38 haiget, kellest kõigil (100 %) esines kronaksimeetriline leid, kronaksia pike-

nemise näol. Vernik täheldas seda 85,9% haigetest. 66,2 %-l uuritustest ühtus kronaksimeetriline leid kas täielikult või osaliselt kliinilis-röntgenograafilise leiuga, täielik ühtelangevus esines 46,7 % haigetest. Vernik leidis ühtelangevust 52 % haigetest. Seega võib kronaksimeetrilist uuringut kasutada kõrvuti teiste uuringutega toopika kindlakstegemiseks.

Röntgenograafiliselt uuritud patsientidest leiti 78,6 % juhtudest intervertebraalset osteokondroosi, kusjuures degeneratiivsed muutused lokaliseerusid praktiliselt kõigil neil haigeil alumises tservikaalosas.

Üldse täheldasin aga kliinilise ja röntgenograafilise diagnoosi ühtelangemist (kahjustuse tasapindade osas) 88 %-l haigetest. Popeljanski leidis seda 80,6 %, Vernik 70,8 % juhtudest.

Ravi küsimuste käsitlemisel tuleb märkida, et konservatiivselt raviti 42,9 % haigetest, kusjuures enam-vähem rahuldavat ravi efekti saadi 66,7 % haigetest. Kuna ravi kõigil juhtudel oli kompleksne (medikamentoosne, venitusravi, elektriravi, füsioteraapia jt.), siis ei olnud võimalik eristada ühe või teise ravivõtte efektiivsust eraldi.

Nii nagu enamik autoreid (Brain ja Wilkinson jt.) pean ka mina näidustatuks operatiivset ravi tservikaalse müelopaatia puhul ja ka muule ravile mittealluvatel radikulaarse kompressiooni juhtudel (Popeljanski, Arutjunov ja Brotman jt.). Sellistel juhtudel tagab õigeaegne operatiivsel teel saavutatud seljaaju dekompressioon seisundi paranemise, vältides igal juhul spinaalse kahjustuse edasist progresseerumist kroonilistel müelopaatia juhtudel ja mõningast taand-

arengut seljaaju kahjustuse osas ägeda ja alaägeda müelopatiaga haigetel. Minu haigete kontingendist on opereeritud 57,1 % (32 haiget), kusjuures rahuldav raviefekt saavutati 62,5 % haigetest (20 haiget) ja seisundi muutumatus või halvenemine 37,5 % haigetest (vastavalt 9 haiget - 28,1% ja 3 haiget - 9,4 %). Sellised ravitulemused on saavutatud haiglast väljakirjutamise ajaks; kuid tuleb arvestada ka seda, et postoperatiivse ravi kaugtulemused avalduvad alles 3-4 kuu möödumisel operatsioonist, mille tõttu võib arvata, et operatiivse ravi kaugtulemused osutuvad veelgi paremateks, võrreldes väljakirjutamise ajaks saavutatutega. Saadud operatiivse ravi tulemused on vastavuses kirjanduses esitatud andetega (Braini ja Wilkinsoni andmetel saavutati 277 haige operatiivsel ravimisel järgmisi tulemusi: paranemine - 56 %, muutuseta seisund - 25 %, halvenemine - 19 %).

VII KOKKUVÕTE JA JÄRELDUSED.

Uurimise all olid Tartu Vab. Kl. Haigla neuroloogia ja neurokirurgia osakonnas 1960 - 1968.a. ravil viibinud 56 tservikaalse diskogeense müelopaatiaga haiget (40 meest ja 16 naist vanuses 23 - 77 aastat). Andmed haiguslugudest välja kirjutatud käsitsi ja saadud andmete alusel teostatud materjali analüüs.

Saadud järgmised järeldused:

1) Haigus esineb kesk- ja vanemas eas, meestel sagedamini (71,4 %) kui naistel (28,6 %). Nii meestel kui ka naistel langeb haigestumise maksimum vanusgrupile 41 - 60 a. (vastavalt 57,5 % ja 75 %).

2) Haigus kulgeb 66,1 % juhtudest kroonilisena, pidevalt aeglaselt vaevuste süvenedes ja 33,9 % alaägedalt või ägedalt (vastavalt 21,4 % ja 12,5 %).

3) Tservikaalse müelopaatia põhjuseks on intervertebraalsete diskide patoloogia kaela allosas: osteokondroos (57,1 %) ja otsene intervertebraalse diski prolaps (39,3 %) (pneumomüelograafia leiuna).

4) Mõningal määral soodustab haigestumist kaela, õlavöötme ja käte neuromuskulaarse aparatuuri ning lülisamba kaelaosa sideaparaadi ülepingutus. Nii moodustasid haigestest 47,2 % need, kelle töö oli seotud sundasendiga (pea kaldu ette) ja eriti isikud, kellel pea sundasendiga kaasus

raske füüsiline töö kätega (kraavikaevajad, sepad, masina-
kirjutajad, stomatoloogid jne.). Kuid tähtsamaks tuleb pi-
dada diskide konstitutsionaalset puudulikkust ja selgroo
sideaparaadi teatavat nõrkust, latentset valmisolekut juba
väikeste vallandavate faktorite toimel degeneratsiooniprot-
sessi tekkimiseks. Sellele viitab see, et 33,2 % kaela diski
patoloogiaga haigel esines anamneesis ka lumbosakraalne
diskogeenne radikuliit.

5) Tservikaalse diskogeense müelopaatia kliinilises
pildis sain eristada 3 kliinilist vormi:

- 1) ägedat müelopaatiat;
- 2) alaägedat müelopaatiat;
- 3) kroonilist müelopaatiat.

6) Spinaalse kompressiooni sündroom esines 48,2 %
haigetest. Neil haigetel olid tüüpilisteks tunnusteks:

- 1) käte väikeste lihaste atroofiad (80,6 %);
- 2) käelihaste jõu langus (63,9 %);
- 3) püramidaalteede kahjustuse nähud (57,1 %);
- 4) lumbaalpunktsioonil osaline blokk (44,2 %) ja liikvoris
valgu tõus (75 %).

7) Diagnostiliste abimeetoditena tuleb soovitada:

- 1) kronaksimeetrilist uuringut toopilise diagnoosi
püstitamisel;
- 2) pneumomüelograafiat intervertebraalse diski patoloogia
tasapinna määramiseks;
- 3) röntgenograafiat intervertebraalse diski patoloogia
tasapinna ja selgrookanali kaelaosa antero-posterioor-
se diameetri määramiseks.

8) Ravi:

Tservikaalse diskogeense müelopaatia ravi soovitan ägeda ja alaägeda vormi puhul (vastunäidustuste puudumisel) läbi viia operatiivselt, kasutades laia kaelapiirkonna laminectomia't, koos järgneva ligamentum denticulatum'ite vabastamisega dura koti küljest. Ka kroonilise müelopaatia korral soovitan laminectomia't, mis enamusel juhtudest vabastab haige vaevustest ja väldib haiguse edasise süvenemise ning võib anda postoperatiivses perioodis rakendatava kompleksravi kasutamisel küllaltki rahuldavaid kaugtulemusi.

9) Kaela müelopaatia profülaktikaks soovitan:

1) Töö korraldada nii, et oleks välditud pikaajaline sundasend pea painutusega ette.

2) Kui töö siiski toimub pea sundasendis (masinakirjutajad, stomatoloogid jt.), siis tuleb sisse viia kehakultuuripausid, mille vältel soovitada harjutusi, kus toimuks kaela sirutamine vastassuunas sundasendile.

3) Organismi neuromuskulaarse aparaadi tugevdamiseks on vajalik regulaarne tootmisvõimlemine, kehakultuur ja sport (jooksmine, suusatamine, ujumine, mis tugevdavad lihaskraed).

VIII KIRJANDUSE LOETELU.

1. АРУТЮНОВ А.И., БРОТМАН М.К. Нов. хир. арх., 1960, 2, 5-18.
2. БАБЧИН И.С. Сов. хир. 1935, 9, 99, № 106.
3. БЕХТЕРЕВ В.М. Избранные произведения, М., 1954, стр. 197-214.
- 4 . БОГОЛЕПОВ Н.К. Клин. мед. 1949, 26, 3, 36-40.
- 5 . БРОТМАН М.К. Врачебное дело, 1962, 9, 74-81.
- 6 . ВЕРНИК А.Я. Сб.: Вопросы клин. неврол. и психиатрии, Таллин, 1963, том 3, стр. 280-291.
- 7 . ВЕРНИК А.Я. О шейном радикулите у текстильщиков, Петрозаводск, 1965, Диссертация.
- 8 . ГРАЦИАНСКАЯ Л.Н. Профессиональные полиневриты. Л., 1960.
- 9 . ГРАЦИАНСКАЯ Л.Н., ГРИНБЕРГ А.В., ЭЛЬКИН М.А. Профессиональные заболевания рук от напряжения перенапряжения. Л., 1963.
10. ДИНАБУРГ А.Д. и РУБАШЕВА А.Е. Журн. невропатол. и психиатр. 1959, 6, 714-718.
11. ДИНАБУРГ А.Д., ТРЕЩИНСКИЙ А.И. Журнал невропатол. и психиатрии, 1955, 55, 10, 721-727.
12. ДРОГИЧИНА Э.А. Гигиена труда и профессиональные заболевания, 1960, 2.
13. КЛИОНЕР И.Л. В кн.: Остеохондрозы позвоночника, Материалы Новокузнецкого симпозиума по дегенеративным заболеваниям межпозвонковых дисков, Новокузнецк, 1962.
14. КОСИНСКАЯ Н.С. Дегенсративно-дистрофические поражения костно-суставного аппарата. Медгиз, 1961.
15. КОСИНСКАЯ Н.С. В кн.: Остеохондрозы позвоночника. Новокузнецк, 1962.

16. КРУПКО И.Л. Плече-лопаточный периартрит. Л., 1959.
17. МАЗУНИНА Г.Н. Журн. невропатол. и психиатр. 1961, 61, 1, 60.
18. МАРКЕЛОВ Г.И. Заболевания вегетативной нервной системы. Медгиз, 1948.
19. МОЛОКАНОВ К.П. Рентгенология профессиональных заболеваний и интоксикаций. М., 1961.
20. ОСКА А.И. В кн.: Остеохондрозы позвоночника. Новокузнецк, 1962, стр. 200-208.
21. ОСКА А.И. В кн.: Остеохондрозы позвоночника. Новокузнецк, 1966, стр. 506-511.
22. ОСКА А.И. и БРОДСКАЯ З.Л. В кн.: Остеохондрозы позвоночника. Новокузнецк, 1966, стр. 204-211.
23. ОСКА А.И. и ПОПЕЛЯНСКИЙ Я.Ю. В кн.: Остеохондрозы позвоночника. Новокузнецк, 1966, стр. 455-461.
24. ОСКА А.И. Дискография. Кемерово, 1969.
25. ПАЙМРЕ Р.И. В кн.: Остеохондрозы позвоночника. Новокузнецк, 1962.
26. ПОПЕЛЯНСКИЙ Я.Ю. Журн. невропатол. и психиатрии 1959, 6, 706-713.
27. ПОПЕЛЯНСКИЙ Я.Ю. В кн.: Сосуд. и инфекц. заболевания нервной системы и дистроф. формы патологий М., Ц.И У, 1959, 349-355.
28. ПОПЕЛЯНСКИЙ Я.Ю. Сб. трудов Новокузнецкого ИДУВ, 1960, 28, 510-519.
29. ПОПЕЛЯНСКИЙ Я.Ю. В кн.: Моторно-висцер. рефлексы в физиологии и клинике. Пермь, 1960, 233-240.
30. ПОПЕЛЯНСКИЙ Я.Ю. Ортопедия, травм. и протез. 1960, 3, 32-36.
31. ПОПЕЛЯНСКИЙ Я.Ю. Ортопедия, травм. и протез. 1962, 5, 47-51.
32. ПОПЕЛЯНСКИЙ Я.Ю. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 1962, 2, 154-159.

33. ПОНЕЛЯНСКИЙ Я.Ю. Журн. невропатол. и психиатр. 1963, I, 43-48.
34. ПОНЕЛЯНСКИЙ Я.Ю. В кн. Остеохондрозы позвоночника. Новокузнецк, 1962.
35. РАУДАМ Э.И. Сб.: Вопросы клин. неврол. и психиатрии. Таллин, 1961, том I, стр. 19-27.
36. РООДЕ Э.А. Сб.: Вопросы клин. неврологии и психиатрии. Таллин, 1963, том 3, стр. 315-320.
37. РОХЛИН Д.Г. Рентгенодиагностика заболеваний суставов. Л., 1940, II.
38. РУБАШЕВА А.Е. Врачебное дело, 1962, 9, 68-74.
39. РУБАШЕВА А.Е. В кн.: Остеохондрозы позвоночника. Новокузнецк, 1962.
40. РУБАШЕВА А.Е., СИЗОВ В.А. Там же.
41. САРАДЖИШВИЛИ П.М. Некоторые спорные вопросы патогенеза радикулитов. Тбилиси, 1960.
42. ТАГЕР И.М. Рентгенологическое исследование при поясничных болях. М., 1949.
43. ШАМБУРОВ Д.А. Инфекционные поражения периферической нервной системы. Руководство по неврологии. Медгиз, 1962, 107.
44. ABBE R. The Boston medical and surgical journal. 1896, 135, 329 - 335.
45. ADSON A.W. - tsit. J!J. Popeljanski (33) järgi, 1962.
46. H.H. von ALBERT - tsit. A.J. Verniku (7) järgi, 1965.
47. BRADFORD F.K. und SPURLING R.G. Die Bandscheibe. Stuttgart, 1950.
48. BRAIN and MARCIA WILKINSON Cervical spondylosis and other disorders of the cervical spine. London, 1968.
49. BRÜKNER R. - tsit. A.J. Verniku (7) järgi, 1965.
50. BUETTI - BÄUML G. - tsit. A.J. Verniku (7) järgi, 1965.
51. BÜSCHELBERGER G. - tsit. A.J. Verniku (7) järgi, 1965.

52. CAMPBELL A.M.G., PHILLIPS D.G. Brit. med. journal. 1960, 13.
53. COCCHI U. - tsit. A.J. Verniku (7) järgi, 1965.
54. DEJERINE J. - tsit. J.J. Popeljanski (34) järgi, 1962.
55. DETHOFF E. - tsit. A.J. Verniku (7) järgi, 1965.
56. GALENOS C. - tsit. B. Otto (62) järgi, 1958.
57. GOWERS W.R. - tsit. J.J. Popeljanski (34) järgi, 1962.
58. HEINE J. - tsit. A.J. Verniku (7) järgi, 1965.
59. IMRE G. - tsit. A.J. Verniku (7) järgi, 1965.
60. JUNGE H. Langenbecks Arch. kl. Chir., 1952, 273, 742 - 749.
61. MUMENTHALER M. - tsit. Arutjunovi ja Bretmani (1) järgi, 1960.
62. OTTO W. Degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule und Blutdruckerhöhung. Leipzig, 1958.
63. PALLIS C., JONES A.M., SPILLANE J.D. Brain, 1954, v. 77, p. 274.
64. PIA H.W., TÖNNIS W. Dtsch. med. Wschr., 78, 1953, 1089 - 1093, ref. Zbl. Neurol. Psych., 128, 3/5, 1954, 278 - 279.
65. PILAVKA K. - tsit. A.J. Verniku (7) järgi, 1965.
66. PH. RAVERDY Gaz. med. Fr., 1962, 69, 18, 2543 - 2544.
67. REISCHAUER F. Die cervicalen Vertebral - Syndrome. Stuttgart, 1955.
68. RÖENIK D. - tsit. A.J. Verniku (7) järgi, 1965.
69. SCHMORL G. und JUNGHANS H. Die gesunde und kranke Wirbelsäule in Röntgenbild und Klinik, 4 Aufl., 1957.
70. SIXT H. - tsit. A.J. Verniku (7) järgi, 1965.
71. SPURLING R.G., SCOVILLE W.B. Surgery, Gynec. and Obstetr., 1944, v. 78, p. 350.

72. UIBE T.

→ tsit. A.J. Verniku (7)
järgi, 1965.

73. VALLEIX F.

- tsit. J.J. Popeljanski (34)
järgi, 1962.

74. WEBB J., SVIEN H., KENNEDY R.

I.A.M.A., 1954, 154, 19,
1153 - 1154.