

ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА

Под грыжей межпозвоночного диска (дискозом, или грыжей Шморля) подразумевают выпячивание межпозвоночного хряща кзади в позвоночный канал. Выпячивание межпозвоночного хряща может происходить и в других направлениях, в частности латерально, но выпячивание его кзади имеет особенное значение, так как приводит к ограничению внутрипозвоночного пространства и сдавлению спинного мозга и его корешков (рис. 132).

Необходимо различать грыжевое выпячивание межпозвоночного диска и выстояние в позвоночный канал обызвествленной желтой связки.

Диагноз грыжи межпозвоночного диска, кроме неврологических признаков, основывается на данных обзорной рентгенографии позвоночника, миелографии. При выпячивании межпозвоночного хряща на уровне нижних

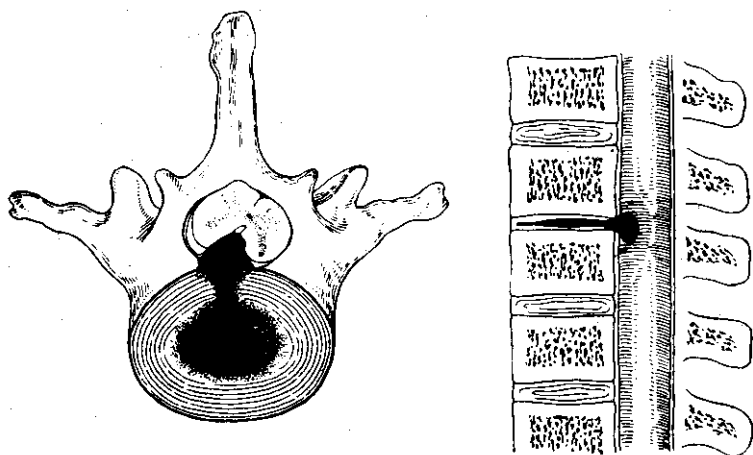


Рис. 132. Схема образования грыжи межпозвоночного диска.

(поясничного и крестцового) отделов позвоночника может быть применена пневмо-миело-каудография (введение воздуха в подпаутинное пространство посредством цистернального или поясничного проколов при низком положении головы и возвышенном положении конечных отделов позвоночника).

При проведении ликвородинамических проб может быть обнаружено частичное нарушение проходимости подпаутинного пространства или блок его.

Нередко нарушения проходимости подпаутинного пространства сопровождаются увеличением количества белка в ликворе, без увеличения количества клеточных элементов (белково-клеточная диссоциация).

Показания к оперативному вмешательству по поводу грыжи межпозвоночного диска:

- 1) боли (в большинстве случаев корешкового характера), нередко остро усиливающиеся при изменении положения и движениях;
- 2) нарастающие двигательные и чувствительные расстройства корешкового, сегментарного и проводникового характера;
- 3) отсутствие улучшения после консервативного лечения.

Оперативное вмешательство состоит в удалении грыжевого выпячивания межпозвоночного диска.

Техника операции. Производят ламинэктомию обычным способом (см. стр. 212) — удаляют дужки 2—3 позвонков соответственно

уровню расположения грыжи межпозвоночного диска. Доступ к заднему грыжевому выпячиванию межпозвоночного хряща может быть экстрадуральным (с отодвиганием дурального мешка) или трансдуральным.

Трансдуральный доступ наименее травматичен. Разрезают (срединным разрезом) твердую мозговую оболочку, вскрывают паутинную оболочку, а затем осматривают спинной мозг.

При значительном выпячивании межпозвоночного диска спинной мозг может быть отдавлен кзади, истончен. Пульсация отсутствует. Ликвор в рану не поступает.

Пересекают два зубца зубовидной связки с одной стороны. Захватив один из пересеченных зубцов зубовидной связки вблизи от спинного мозга москитным зажимом, отодвигают спинной мозг, после чего представляется возможным осмотреть переднюю стенку дурального мешка. При наличии грыжевого выпячивания межпозвоночного хряща передняя стенка дурального мешка отодвинута кзади и как бы облегает округлое, овальное, иногда неправильной угловатой формы выпячивание (рис. 133).

Переднюю стенку дурального мешка разрезают соответственно выпячиванию.

После этого обнаруживают грыжевое выпячивание межпозвоночного диска. Выстоящий внутрь позвоночного канала хрящ отличается желтовато-белым цветом и плотной фиброзной или эластической консистенцией. «Выпавший» хрящ удаляют по частям при помощи скальпеля и острой ложечки. После удаления хряща проводят тщательный гемостаз. Переднюю стенку дурального мешка обычно не зашивают. Разрез задней стенки дурального мешка зашивают непрерывным шелковым швом. Операционную рану зашивают послойно наглухо.

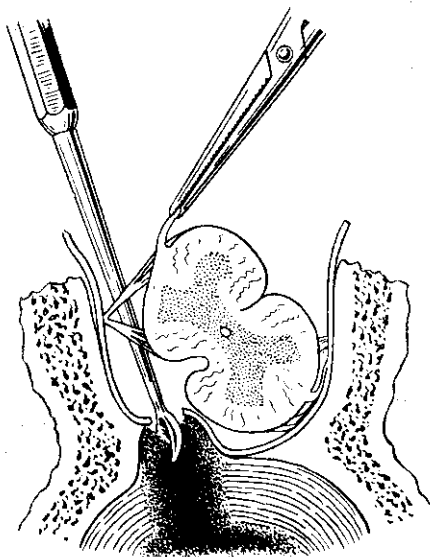


Рис. 133. Схема операции удаления грыжи межпозвоночного диска.