

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИЙ ПРИ АРАХНОИДИТАХ И ЭПИДУРИТАХ

ТЕХНИКА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СПИНАЛЬНОМ АРАХНОИДИТЕ

Показанием к оперативному вмешательству по поводу спинального арахноидита является нарастание корешковых болей, а также проводниковых и сегментарных (чувствительных и двигательных) расстройств при отсутствии улучшения после консервативного лечения, включая введение в подпаутинное пространство воздуха.

Диагноз спинального арахноидита уточняют посредством проведения ликвородинамических проб, позволяющих обнаружить нарушение проходимости подпаутинного пространства и тем самым сдавление спинного мозга.

При исследовании состава ликвора у больных с нарушением проходимости подпаутинного пространства может быть обнаружена белково-клеточная диссоциация.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИЙ ПРИ АРАХНОИДИТАХ И ЭПИДУРИТАХ

ТЕХНИКА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СПИНАЛЬНОМ АРАХНОИДИТЕ

Показанием к оперативному вмешательству по поводу спинального арахноидита является нарастание корешковых болей, а также проводниковых и сегментарных (чувствительных и двигательных) расстройств при отсутствии улучшения после консервативного лечения, включая введение в подпаутинное пространство воздуха.

Диагноз спинального арахноидита уточняют посредством проведения ликвородинамических проб, позволяющих обнаружить нарушение проходимости подпаутинного пространства и тем самым сдавление спинного мозга.

При исследовании состава ликвора у больных с нарушением проходимости подпаутинного пространства может быть обнаружена белково-клеточная диссоциация.

Вследствие того, что паутинная оболочка склонна к слипчивым воспалительным процессам, наиболее часто встречаются слипчивые и кистозные формы спинального арахноидита. Нередко развиваются смешанные слипчиво-кистозные формы.

В разных стадиях развития арахноидита паутинная оболочка бывает слегка помутневшей (завуалированной), но еще тонкой и нежной. При далеко зашедших изменениях паутинная оболочка становится фиброзной. Такими же плотными фиброзными тяжами она оказывается спаянной со спинным мозгом и твердой мозговой оболочкой. Часто происходит рубцовое сращение задней стенки дурального мешка и ликвидация задней камеры подпаутинного пространства.

Послеоперационный прогноз при оперативных вмешательствах по поводу спинального арахноидита в стадии фиброзных изменений паутинной оболочки менее благоприятен, чем после операций и произведенных в более ранних стадиях.

У некоторых больных развивается распространенный спинальный и даже цереброспинальный арахноидит. Послеоперационный прогноз тем неблагоприятнее, чем распространеннее арахноидит.

Следует иметь в виду, что спинальный арахноидит может быть вторичным — сопутствовать, например, опухоли спинного мозга. Обнаружив арахноидит у таких больных, важно не просмотреть основное заболевание.

При уточнении диагноза спинального арахноидита и показаний к оперативному вмешательству необходимо учитывать возможность рецидивирующего течения.

Техника операции. Ламинэктомию производят обычным способом на уровне наибольшей выраженности спинального арахноидита.

Ввиду того, что у большинства больных встречается более или менее распространенный спинальный арахноидит, ламинэктомия должна быть достаточно обширной — удаляют в среднем 3—5 дужек позвонков.

После удаления дужек в рану предлежит эпидуральная клетчатка и твердая мозговая оболочка, которые могут быть фиброзно изменены.

При сдавлении спинного мозга пульсация его отсутствует. На уровне расположения арахноидальной кисты может быть выпячивание. В отличие от опухоли спинного мозга при пальпации на уровне выпячивания ощущают меньшую плотность, а иногда флюктуацию.

Далее производят послойный срединный разрез твердой мозговой оболочки (см. стр. 217). При этом следует помнить о том, что при слипчивой форме арахноидита твердая и паутинная мозговые оболочки бывают спаяны соединительнотканнми тяжами как между собой, так и с задней поверхностью (задние столбы) спинного мозга, и соблюдать осторожность, чтобы не повредить последний.

Руководствуясь теми же соображениями, разрез твердой мозговой оболочки начинают выше или ниже имеющегося выпячивания дурального мешка.

При вовлечении в воспалительный процесс твердой мозговой оболочки разрез ее может быть болезненным. Поэтому разрезу твердой мозговой оболочки должно предшествовать тщательное обезболивание ее посредством смазывания раствором дикаина или новокаина (см. стр. 213).

При кистозной форме спинального арахноидита в рану предлежит помутневшая паутинная оболочка, ограничивающая кистозную полость.

Паутинную оболочку вскрывают тупо или посредством скальпеля. При этом происходит опорожнение арахноидальной кисты.

После вскрытия паутинной оболочки, а следовательно, и подпаутинного пространства осматривают спинной мозг и его корешки. При спинальном арахноидите, как правило, обнаруживают многочисленные, иногда фиброз-

ной консистенции спайки, сдавливающие или подтягивающие спинной мозг и его корешки.

Ликвор в операционную рану не поступает, в чем окончательно можно убедиться при искусственном повышении ликворного давления (посредством натуживания, покашливания и пр.).

При наличии арахноидальной кисты сдавленный ею спинной мозг может быть истончен со вдавливанием на уровне расположения кисты.

Далее производят менинго-миело-радикулизи — разделение спаек и освобождение из них спинного мозга и его корешков. Разделение спаек производят по возможности тупо, как бы отслаивая их с помощью пуговчатого зонда. При разделении спаек в области спинного мозга и его корешков важно не повредить проходящие здесь и сопутствующие корешкам кровеносные сосуды. Рассекают, иногда иссекают ножницами или скальпелем лишь наиболее грубые фиброзные спайки. Перед рассечением таких спаек следует убедиться в том, что в толще их не проходят кровеносные сосуды. При наличии кровеносных сосудов в толще пересекаемой спайки показана электрокоагуляция их и лишь после этого пересечение спайки.

Выделение спинного мозга и его корешков из спаек может сопровождаться нестерпимо мучительными болями, которые делают показанным во время этой части операции общее обезболивание (гексеналовый или пенталовый наркоз).

При менинго-миело-радикулизе необходимо стремиться к восстановлению проходимости подпаутинного пространства, т. е. ликворообращения, что является важнейшим условием для восстановления функции спинного мозга. О восстановлении проходимости подпаутинного пространства судят по поступлению в операционную рану ликвора (как из верхнего, так и нижнего ее отделов).

В проходимости подпаутинного пространства и отсутствии еще не разделенных спаек можно убедиться, проведя обследование его посредством изогнутого пуговчатого зонда выше и ниже уровня операционной раны (см. рис. 118).

После менинго-миело-радикулизи тщательно останавливают кровотечение. Возникновение субдурального и субарахноидального кровотечений приводит в дальнейшем к рубцобразованию и к рецидиву сдавления спинного мозга.

Твердую мозговую оболочку зашивают непрерывным шелковым швом. Операционную рану зашивают послойно наглухо.

ТЕХНИКА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭПИДУРИТАХ

Эпидуритом обычно называют воспалительного происхождения рубцовые изменения эпидуральной клетчатки и твердой мозговой оболочки. При этом рубцовая ткань охватывает дуральный мешок и сдавливает спинной мозг и его корешки. Речь идет больше о воспалительных изменениях дуральной клетчатки, чем самой твердой мозговой оболочки.

При уточнении показаний к оперативному вмешательству целесообразно разграничить эпидуриты с острым и хроническим течением.

Причиной эпидуритов с хроническим течением наиболее часто бывают хронически протекающие инфекции (сифилис, туберкулез) и травма.

Острые эпидуриты протекают в виде гнойного воспаления эпидуральной клетчатки. Наиболее частой причиной эпидуральных нагноений являются открытые повреждения позвоночника, остеомиелит позвонков, воспалительные процессы в мягких тканях спины, иногда гематогенная инфекция.

Показанием к оперативному вмешательству при хронических эпидуритах является нарастание корешковых болей, а также сегментарных и

проводниковых (чувствительных и двигательных) расстройств при отсутствии улучшения после консервативного лечения.

Дополнительным показанием к срочному оперативному вмешательству при острых гнойных эпидуритах бывают выраженные клинические признаки гнойного воспаления, иногда с септическими явлениями.

При подозрении на гнойный эпидурит диагноз может быть уточнен посредством диагностического прокола — с достижением иглой эпидурального пространства (без проведения иглы в подпаутинное пространство — инфекция!).

Пункционную иглу вводят между остистыми отростками.

Обезболивание — местная и паравертебральная новокаиновая анестезия.

Ламинэктомию производят обычным способом соответственно предполагаемому уровню преимущественного развития эпидурита.

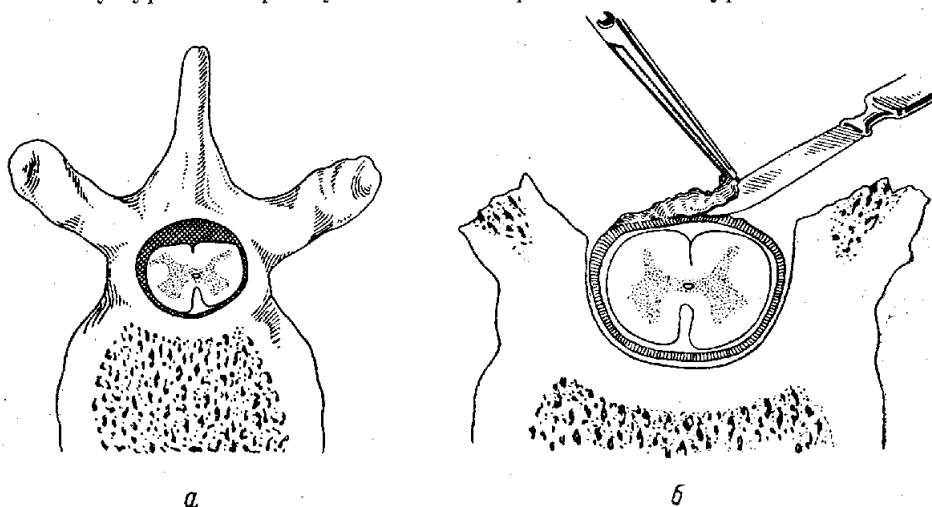


Рис. 134. Эпидурит (а) и схема операции при нем (б).

Удаляют 2—3 дужки позвонков. При хроническом эпидурите после удаления дужек в рану предлежит рубцовоизмененная эпидуральная клетчатка, тесно сращенная с твердой мозговой оболочкой. Местами могут встретиться своеобразные шварты и участки грануляционной ткани.

Эпидуральные кровеносные сосуды, так же как и сосуды твердой мозговой оболочки, бывают переполнены кровью. Пульсация мозга вялая или отсутствует. Грануляционную ткань удаляют острой ложечкой. Эпидуральные рубцы, сдавливающие дуральный мешок и спинной мозг, пересекают скальпелем продольно до твердой мозговой оболочки, которую удастся нередко отслоить, найдя соответствующий менее рубцовоизмененный слой.

Эпидуральные рубцы захватывают зажимом Бильрота или каким-либо другим и удаляют частично тупым (отслаивая) и частично острым путем (рис. 134).

Эпидуральные рубцы иссекают в пределах операционной раны, по возможности радикально: к сожалению, нередко приходится встречаться с распространенным эпидуритом. В таких случаях послеоперационный прогноз неблагоприятен.

После радикального иссечения эпидуральных рубцов и устранения сдавления дурального мешка и спинного мозга появляется пульсация последнего.

В тех случаях, когда при хроническом эпидурите оказывается резко рубцовоизмененной и утолщенной твердая мозговая оболочка и после иссечения эпидуральных рубцов пульсация не появляется, показан послойный разрез твердой мозговой оболочки.

Твердую мозговую оболочку разрезают послойно срединным разрезом, желая без нарушения целостности паутинной оболочки.

Если твердая мозговая оболочка утолщена значительно (толщина ее может достигать 4—5 мм) и сдавливает спинной мозг как бы кольцом, ее иссекают в пределах операционной раны.

Если имеются сращения твердой и паутинной оболочек со спинным мозгом и его корешками, производят менинго-миело-радиголиз.

Важно, чтобы после произведенного менинго-миело-радиголиза в операционную рану как сверху, так и снизу начал бы поступать ликвор (признак восстановления проходимости подпаутинного пространства и устранения сдавления спинного мозга).

После тщательного осмотра и орошения раны пенициллином производят пластическое закрытие дефекта твердой мозговой оболочки посредством фибриновой пленки или амниотической оболочки, обработанной хлорацидом по Краузе. В целях пластики может быть использована фасция. Пластинку из названного пластического материала укладывают между стенками позвоночного канала и твердой мозговой оболочкой (укрепление ее швами не обязательно). Далее зашивают операционную рану послойно наглухо.

При острых гнойных эпидуритах после удаления дужек в рану предлежит эпидуральная клетчатка, имбибированная гноем, и грануляционная ткань. Местами обнаруживают скопления свободного гнойного экссудата.

Грануляционную ткань, имбибированную гноем, и эпидуральную клетчатку удаляют острой ложечкой. Свободно располагающийся гной отсасывают с помощью электроасоса или же резинового баллона, а затем рану орошают пенициллином или растворами антисептиков.

У отдельных больных встречается ограниченный гнойный эпидурит (эпидуральный абсцесс).

В этих случаях после ламинэктомии в рану предлежит грануляционная ткань, среди которой располагается ограниченное скопление гноя. Наличие гноя может быть подтверждено посредством местной пункции. Эвакуацию гноя осуществляют путем разреза грануляций с последующим отсасыванием гноя.

Весьма желательно попытаться удалить такое эпидуральное скопление гноя целиком, вместе с окружающими его патологическими тканями, осторожно отслаивая их от твердой мозговой оболочки мозговой лопаточкой или узким мозговым шпателем.

Вскрытие твердой мозговой оболочки в таких случаях угрожает опасностью инфицирования подпаутинного пространства и спинного мозга.

Вскрытие твердой мозговой оболочки показано лишь при наличии признаков сдавления спинного мозга, что уточняется при помощи постановки ликвородинамических проб, проводимых больному на операционном столе. При этом по составу ликвора можно судить о распространении воспалительного процесса в подпаутинном пространстве и на спинной мозг.

При отсутствии показаний к разрезу твердой мозговой оболочки, как это бывает в большинстве случаев, операционную рану орошают пенициллином, послойно суживают, оставляют резиновый дренаж для постоянного орошения пенициллином (или зашивают наглухо).

В послеоперационном периоде таким больным показано лечение антибиотиками и антисептиками.

При наличии в ликворе плеоцитоза назначаются повторные люмбальные пункции с интралюмбальным введением пенициллина (50 000 ед.).