

не намного увеличивает продолжительность оперативного вмешательства; 2) быстрая и хорошая перестройка аутотрансплантата при радикально выполненной операции создает надежные условия для полного выздоровления больного; 3) в настоящее время у хирурга нет биологически инертных материалов — металла, пластмасс, керамики.

Значительную трудность представляет лечение больных с поражением С1—С2 позвонков, когда вследствие обширной деструкции развивается нестабильность позвоночника и компрессия спинного мозга. У 2 таких больных с гигантоклеточной опухолью был применен гало-аппарат, проведена лучевая терапия, а затем декомпрессия и окципитоспондилодез. При этом использовался аллотрансплантат, которому была придана П-образная форма. Всего оперировано 4 больных с поражением С1—С2 позвонков — 2 с остеобластокластомой, 1 с пароссальной остеомой и 1 с хондромой.

На *грудном отделе* позвоночника произведено 30 оперативных вмешательств. Среди доброкачественных опухолей этой локализации преобладали невrogenные, сосудистые и гигантоклеточные.

Хотелось бы особо отметить (и наш опыт убеждает в этом), что опухоли грудного отдела позвоночника, за исключением остеоидной остеомы и остеобластомы, почти всегда поражают и задние, и передние отделы позвонков. Поэтому в подавляющем большинстве случаев для операций наиболее рациональным является заднебоковой доступ, из которого выполняются ламинэктомия, костотрансверзэктомия, резекция тела (тел) позвонка. Для тотальной спондилэктомии он может быть двусторонним. Подобная операция произведена 7 больным. Трансторакальный доступ к телам позвонков имеет ограниченные показания в связи с редкостью их изолированного поражения (из наших больных с первичными доброкачественными опухолями грудного отдела позвоночника поражение ограничивалось телом позвонка только у 3). Возможности операционного доступа определялись числом резецируемых ребер и протяженностью их резекции, объемом отслойки плевры.

Пластику дефекта тел позвонков осуществляли (с учетом размера дефекта и состояния больного) преимущественно аутотрансплантатами, в редких случаях — аллокостью. Всем больным производили задний спондилодез кор-

тикальными аллотрансплантатами, реже — металлическими конструкциями.

На *поясничном отделе* позвоночника выполнено 51 оперативное вмешательство. Показаниями к операции в большинстве случаев служили гигантоклеточные опухоли, остеобластома, пароссальная остеома и невrogenные опухоли. Наиболее часто использовали задний и заднебоковой доступы, из которых производили ламинэктомия, частичную резекцию или полное удаление тела (тел) позвонка. Передний внебрюшинный доступ применен у 6 больных с изолированным поражением тела позвонка.

В качестве пластического материала для замещения дефекта тела позвонка использовали преимущественно аутотрансплантаты, реже — аллотрансплантаты, в том числе армированные костным цементом. Задний спондилодез осуществляли кортикальными аллотрансплантатами, реже — металлическими конструкциями.

На *крестце* произведено 86 оперативных вмешательств. В зависимости от локализации, характера и размеров опухоли операцию выполняли из заднего, переднего внебрюшинного или комбинированного доступа. Резекция крестца на различных уровнях из заднего доступа произведена у 42 больных, резекция передней поверхности крестца и его боковых масс внебрюшинным доступом — у 8, высокая резекция крестца комбинированным доступом — у 9.

Наш опыт убедительно подтверждает, что оперативные вмешательства по поводу первичных доброкачественных опухолей позвоночника у взрослых включают онкологический, нейрохирургический и ортопедический аспекты.

Рецидивы опухоли выявлены в течение первых 2 лет после операции у 7 больных. У остальных оперированных пациентов рецидивов нет, опорная функция позвоночника восстановлена.

BENIGN SPINE TUMORS IN ADULTS

V.N. Burdigin, S.T. Zatsepin

The experience of treatment of 217 patients with primary benign spine tumor (14 nosologic forms) is presented. The importance of axial computer tomography and MRT for diagnosis is outlined. 201 patients have been operated on. In lesion of cervical spine, as rule, the anterior and posterior approaches are used, very seldom — combined ones. In operations on thoracic spine the authors prefer the posterolateral

extrapleural approach that allows to perform laminectomy, costotransversectomy (sometimes, bilateral) as well as partial or complete spondylectomy. Besides posterolateral approach anterior extraperitoneal one is used for local lesion of lumbar vertebra body. When tumor is localized in the sacrum the posterior approach is used more often, sometimes in combination with uni- or bilateral anterior extraperitoneal ones. Replacement of vertebra body defect is performed by autografts from the upper flaring portion of the ilium, more seldom - by implants. Posterior spondylodesis is carried out using cortical implants with transosseous fixation by metallic wire. In 7 patients the recurrence have been revealed within 2 years after operation. In the rest of patients there have been no recurrences. The authors make a conclusion that active surgical tactics for primary benign spine tumors is justified and necessary.

© Коллектив авторов, 1996

*Л.А. Богачева, Н.Н. Яхно, В.В. Кузьменко,
Г.Н. Ушаков, Т.Н. Седова, Е.П. Снеткова*

БОЛЕВЫЕ НЕВИСЦЕРАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Медицинский центр Управления делами Президента
Российской Федерации, Москва

Изучение клиники и патогенеза болевых синдромов в спине и конечностях невисцерального происхождения более чем у 4000 пациентов в течение 6 лет позволило авторам сделать вывод, что источниками боли чаще всего (95% наблюдений) являются патологически измененные структуры опорно-двигательного аппарата: мышцы, их фасции и сухожилия, мелкие суставы позвоночника и его связочный аппарат, крестцово-подвздошные сочленения. Вторичное поражение периферической нервной системы встречается значительно реже. Остеохондроз позвоночника не является непосредственной причиной костно-мышечных болевых синдромов. Пациентов с болевыми невисцеральными синдромами целесообразно наблюдать и лечить в поликлиническом междисциплинарном «отделении боли».

Проблема болей в спине и конечностях (болевые невисцеральные синдромы) чрезвычайно актуальна. Распространенность их велика — практически каждый человек когда-либо в жизни испытывает такие боли. В общей структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности болевые невисцеральные синдромы занимают одно из первых мест.

Всесоюзной проблемной комиссией по изучению заболеваний периферической нервной системы (ПНС) в 1985 г. была рекомендована синдромальная их классификация, действующая и ныне [1]. На первое место в диагнозе,

согласно этой классификации, ставится болевой синдром той или иной локализации, на второе — вызывающие его вертебральные изменения, т.е. остеохондроз позвоночника. Все болевые синдромы разделены на две группы — рефлекторные (без признаков поражения ПНС) и компрессионные радикулопатии, обусловленные дискорадикулярным конфликтом. Источником формирования рефлекторных синдромов (мышечно-тонических, нейродистрофических, вегетативно-сосудистых и др.) считается патологическая импульсация от рецепторов пораженного диска и окружающих его структур при остеохондрозе позвоночника [1, 3, 7, 8].

В то же время отдельные отечественные работы, появившиеся в последнее десятилетие [2, 4—6, 9], анализ зарубежной литературы [11—15], а также наш собственный многолетний клинический опыт убеждают в том, что принятая в российских научных кругах и лечебной практике трактовка болевых синдромов в спине и конечностях исключительно как «неврологических проявлений остеохондроза позвоночника» верна лишь в отношении вертеброгенных радикулопатий и должна быть расширена с учетом современных данных. Например, сформировалось представление о миофасциальной дисфункции [11, 20], функциональных блокадах дугоотростчатых и других суставов [9, 10, 16, 17, 19] как о самостоятельных причинах боли. В многочисленных зарубежных руководствах болевые синдромы без признаков нарушения неврологических функций (low back pain, neck pain, shoulder pain) расцениваются как заболевания опорно-двигательного аппарата [12—14]. В Международной классификации болезней болевые синдромы с локализацией в спине и конечностях отнесены к XIII классу («Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани»), а не к VI («Болезни нервной системы и органов чувств»). Однако сведений о частоте, преимущественной локализации и характере течения указанных поражений у пациентов, страдающих болями в спине и конечностях, в доступной нам литературе не обнаружено.

Материалом настоящего исследования явились данные наблюдений более чем за 4000 пациентов с болевыми невисцеральными синдромами, лечившихся в вертеброневрологическом отделении многопрофильной поликлиники. Как видно из таблицы, преимущественной ло-