

**АНАЛИЗ ОШИБОК И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ  
И ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ  
ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

**С.А. Джумабеков** – чл.-корр. НАН КР, докт. мед. наук, проф.,

**Ж.Д. Сулайманов** – канд. мед. наук, доцент,

**М.К. Сабыралиев** – канд. мед. наук,

**Мырзахат уулу Абас** – аспирант,

**М.Д. Абакиров** – докторант

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии

Дается катamnестический анализ у 370 больных из 449 оперированных в возрасте от 14 до 75 лет, что составляет 83,4 % от общего числа оперированных с освещением интраоперационных, ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений и пути их устранения.

Ошибки при лечении повреждений, их последствий и дегенеративных поражений позвоночника допускаются на всех этапах, начиная с транспортировки больного, оказания первичной врачебной помощи, в диагностике, при выборе того или иного вида оперативного метода лечения, в сроках оперативного лечения, в ведении в послеоперационном периоде и т.д. [1–4].

Как показывает практический опыт, неспециализированные отделения не владеют необходимым оборудованием для правильной постановки диагноза и не имеют возможности оказания квалифицированной экстренной или отсроченной хирургической помощи. За редким исключением основная тактика лечения таких больных – консервативная. Поэтому больные направляются в специализированные клиники и центры уже с застарелыми повреждениями позвоночника, в поздних периодах позвоночно-спинномозговой травмы и в запущенной стадии заболевания.

Другая группа причин связана с тем, что операции на позвоночнике являются хирургическими вмешательствами высокого класса, требующими не только специального оснащения аппаратурой и хирургическим инструментарием, но, что особенно важно, наличия специалистов, владеющих этими операциями. Тем не менее,

и при лечении больных в специализированных отделениях и центрах тоже решены не все проблемы.

Ошибки в диагностике поражений периферической нервной системы все еще, увы, нередки [4, 5]. Иногда они определяются объективными трудностями вследствие атипичности проявлений и течения заболеваний. Однако нередко они оказываются следствием недостаточно тщательного осмотра, недоучета индивидуальных особенностей пациента, переоценкой результатов вспомогательных методов исследования [4, 6].

Таким образом, чрезвычайно разноречивые сведения о результатах лечения и частоте осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде в большей степени связаны с разнородностью оцениваемого материала, чем с истинными результатами оперативного лечения. К сожалению, надо заметить, что в литературе об оперативном лечении остеохондроза позвоночника мало внимания уделяется степени дегенерации диска и соответствующего ей оперативного пособия, нет системного подхода к диагностике и лечению этого заболевания. Лишь немногие авторы в последние годы стали придавать значение состоянию позвоночного канала и его влиянию на выбор способа лечения [7, 8].

**Материалы и методы.** Материалом работы послужило наблюдение за 449 больными с повреждениями и дегенеративными поражениями грудного отдела позвоночника, прооперированных за период с 1999 по 2005 г. в отделении нейроортопедии КНИИКиВЛ и патологии позвоночника БНИЦТО. Среди них мужчин было 229, женщин – 220. Наибольшее количество случаев повреждений и дегенеративных поражений грудного отдела позвоночника приходится на возраст 21–45 лет, т.е. на самый трудоспособный период жизни человека.

Клинические исследования включали изучение динамики интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), индекса Освестри, неврологической симптоматики.

На основании данных спондилографии оценивали состояние имплантированных конструкций и формирование межтелового блока. Рентгенологическая оценка результатов хирургического лечения проводилась на основании стандартных переднезадних и боковых спондилограмм, а также функциональных – в положении сгибания и разгибания. КТ проведены тем больным, у которых было произведено транскорпоральное расширение позвоночного канала, и некоторым больным, имеющим картины компрессии корешков и спинного мозга для уточнения состояния позвоночного канала в послеоперационном периоде.

**Результаты.** Результаты лечения изучены в сроки от 3 до 36 месяцев. В катamnестическом исследовании (от 1 года до 3 лет) определяли следующие показатели: регресс неврологической симптоматики, рецидив болевого синдрома, нейроортопедические нарушения, нейротрофические нарушения, судьбу костного трансплантата, общий срок восстановительного лечения, восстановление трудоспособности, дегенерация соседних дисков и т.д.

По данным литературы и собственного опыта, приводим осложнения, встречавшиеся при оперативном лечении повреждений, их последствий и дегенеративного поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника.

**Интраоперационные осложнения.** Повреждение левой подвздошной вены – 2. В обоих случаях повреждение было получено на уровне L4-L5. В одном эпизоде, после мобилизации вены и установки защитного ретрактора, мы не заметили, что один зуб защитного ограждения вошёл в тело позвонка через стенку вены. Причём в этот момент кровотечения не было. После завершения всех этапов операции, при удалении

защитника возникло довольно сильное кровотечение, последнее остановлено наложением шва на стенку сосуда. Незначительные дефекты в вене закрываются путем прижата горячей салфеткой в течение 5–7 мин и образованием в результате этого пристеночного тромба. С этой же целью также можно использовать перекись водорода. Второй случай связан с мобилизацией общей подвздошной вены от передней стенки позвонка, так как в результате воспалительного процесса стенка вены была спаяна с позвонком.

У семерых произошел отрыв или соскальзывание лигатуры от короткой веточки подвздошной вены. Очень часто наблюдается спонгиозное кровотечение при формировании паза в телах сочленяемых позвонков, которые порой невозможно остановить с помощью гемостатических салфеток. С целью остановки спонгиозного кровотечения из тел позвонков разработан способ остановки кровотечения аутокостной стружкой. Суть способа остановки кровотечения заключается в том, что из взятой аутокости из тел позвонков делаются мелкие крошки и ими же забивается кровоточащее место. Кровотечение останавливается моментально.

**Повреждение брюшины – 2.** Оба раза повреждения брюшины наблюдались в верхней части раны. В этом случае мы брали брюшину на зажимы и ушивали.

**Повреждение дурального мешка – 1.** Произошло у пациентки, которая была оперирована повторно. Повреждение дуральной оболочки возникло из-за рубцово-спаечного процесса. Ушить дефект в ТМО из вентрального доступа технически сложно, поэтому ограничились тампонадой рассасывающими гемостатическими салфетками. Далее закрыли паз аутоотрансплантатом.

**Ближайшие послеоперационные осложнения.** Послеоперационный парез кишечника наблюдался у 36 больных, который обычно купировался введением прозерина, очистительных клизм, активированного угля и т.д. У нас давно практикуется введение 0,25%-го новокаина в забрюшинное пространство в количестве 200–250 мл перед тем, как ушить рану. В связи с чем резко сократились парезы кишечника в послеоперационном периоде.

Задержка мочеиспускания в послеоперационном периоде наблюдалась у 28 больных. Зачастую происходит рефлекторная задержка мочеиспускания. В таких случаях делается атропин 1% – 1,0 внутримышечно, спазмолитики, грелка над мочевым пузырем. Иногда бывает чисто психологическая задержка мочеиспускания, так

как многие больные не могут осуществить физиологические отправления, лежа на койке, из-за непривычки. Поэтому всем больным после поступления в стационар, в период обследования, проводится психологическая подготовка, кроме того, заставляем их, чтобы они научились “ходить” по нужде, лежа на койке еще до операции.

Тромбофлебит левой нижней конечности развился у 12 больных на 10–12-й день после операции, несмотря на антикоагулянтную терапию. У 10 явления тромбофлебита купированы консервативно, а двоим, пришлось ставить “сетки” в отделении сосудистой хирургии, через месяц после операции.

Гематома и нагноение подкожно-жировой клетчатки были у 8 больных. У двух рана зажила вторичным натяжением.

Пролежни в области крестца наблюдались у трех больных, которых купировали частым растиранием, перевязками и применением надувных противопролежных приспособлений. Одному пришлось через 2 месяца после операции провести пластическую операцию по закрытию раневой поверхности.

**Отдаленные послеоперационные осложнения.** Миграция аутотрансплантата отмечалась у трех больных. Всех троих подвергли повторному спондилодезу. Но это были больные, прооперированные по традиционной методике.

Симпатические расстройства – 2. Проявлялись чувством потепления и влажности ноги на стороне операции.

Частичное смещение трансплантатов констатировано у 12 больных, оперированных по методике Чаплина, полное смещение – у 2 больных из-за технической погрешности (маленький размер трансплантата, чрезмерное удаление лимбуса). Несостоятельность анкилоза отмечена у 15% больных, оперированных по методике Чаплина, и у 4% больных оперированных по новому способу.

#### Выводы

1. Ошибки при лечении повреждений, их последствий и дегенеративных поражений позвоночника допускаются на всех этапах, начиная с транспортировки и до выписки из стационара.

2. Недостаточный тщательный осмотр, недоучет индивидуальных особенностей пациента, переоценка результатов вспомогательных методов исследования и т.п. способствуют увеличению результатов неудачных операций.

3. Больным с продолжительностью нестабильности до 6–12 мес. следует проводить передний расклинивающий спондилодез. Если же неста-

бильность существует более года и сопровождается спондилоартрозом и стенозом позвоночного канала, то целесообразно использовать повторную заднюю декомпрессию с обязательной фасетэктомией в сочетании задней стабилизацией.

4. Любое повторное хирургическое вмешательство связано с менее благоприятным исходом по сравнению с первичными процедурами, и с каждой последующей операцией процент успешного исхода снижается.

#### Литература

1. Ахатов Т.А. Магнитно-резонансная томография в диагностике ранних послеоперационных осложнений после хирургического лечения дегенерации межпозвоночных дисков / Т.А. Ахатов, Г.А. Оноприенко, В.Ю. Шантырь // Нейрохирургия. – 1999. – №3. – С. 19–25.
2. Борода Ю.И. Пути профилактики рецидивов болевого корешкового синдрома после удаления грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника / Ю.И. Борода, Н.У. Заблоцкий, А. Абед // III съезд нейрохирургов России: Тез. докл. – СПб., 2002. – С. 235.
3. Доценко В.В. Повторные операции при дегенеративных заболеваниях поясничного отдела позвоночника / В.В. Доценко, Н.В. Загородний, С.В. Сергеев // Науч.-практ. конф. SICOT: Тез. докл. – СПб., 2002. – С. 43–44.
4. Крылов В.В. Состояние нейрохирургической помощи больным с травмами и заболеваниями позвоночника и спинного мозга в г. Москве / В.В. Крылов, В.В. Лебедев, А.А. Гринь // Нейрохирургия. – 2001. – №1. – С. 60–66.
5. Мартынов В.А. Хирургическое лечение синдрома неудачных оперативных вмешательств на позвоночнике / В.А. Мартынов, В.В. Доценко, Н.В. Загородний // III съезд нейрохирургов России: Тез. докл. – СПб., 2002. – С. 266.
6. Васильев А.Ю. Компьютерная томография в диагностике дегенеративных изменений позвоночника / А.Ю. Васильев, Н.К. Витько. – М.: Изд. дом Видар, 2000. – 116 с.
7. Берснев В.П. Повторные операции на позвоночнике и спинном мозге / В.П. Берснев, Е.А. Давыдова, Р.Д. Касумов // Хирург. аспекты патологии позвоночника, спинного мозга: Сб. науч. работ симпоз. – Новосибирск, 1997. – С. 75–79.
8. Истрелов А.К. Показания к повторным операциям после удаления грыж поясничных межпозвоночных дисков // Акт. пробл. нейрохирургии: Тез. докл. науч.-практ. конф. – Вологда, 1999. – С. 41.