

## Аналіз ятрогенних інтраопераційних ушкоджень при оперативних втручаннях з приводу дискогенних радикулітів

Лонтковський Ю.А.

Кам'янець-Подільська міська лікарня № 1  
Кам'янець-Подільський  
Україна  
03849-9-08-03, 9-15-09  
yulont@rambler.ru

**Метою** дослідження є з'ясування найбільш частих причин виникнення інтраопераційних ятрогенних ушкоджень при оперативних втручаннях з приводу дискогенних радикулітів. Проблема ятрогенних ушкоджень, на жаль, не може стояти осторонь тих досягнень та перемог, які ми отримуємо при оздоровленні наших пацієнтів. Життя безжалісно надає нам сюрпризи у вигляді післяопераційних лікворей, наростання неврологічного дефіциту, посилення больового синдрому. Закривати очі на ці проблеми, безумовно, недоречно. З 1999 року прооперовано 523 хворих. У 11 хворих відмічалась післяопераційна лікворея. При чому у 7-ми хворих лікворея була діагностована інтраопераційно та були виконані всі заходи по її зупинці. У 4-х хворих видимих інтраопераційних причин не відмічалось. В одному випадку консервативні заходи по зупинці ліквореї були неефективні, тому виконувалось повторне оперативне втручання та закриття норичі. Ятрогенне ушкодження дурального мішка найчастіше відмічалось у місці виходу корінця, при медіальному зведенні. Ушкодженню сприяли злуковий епідурит та малі розміри інтерлямінектомого вікна, через що відмічалась погана візуалізація нервових структур. Вважаємо, що у випадку відсутності чітких даних за інтраопераційне ушкодження дурального мішка, при виникненні ліквореї в п/о періоді, причиною її могло бути недиагностоване ушкодження дурального мішка з тимчасовою тампонадою отвору павутинною оболонкою та послідуємим післяопераційним розривом її. Досить часто (35 % випадків) в післяопераційному періоді, на фоні зменшення больового радикулярного синдрому, у хворих виникало відчуття оніміння ураженої кінцівки. Це відчуття могло тривати від 5-ти днів до місяця, а могло залишитись назавжди (34 % від числа незадоволених). Причина розвитку симптому полягає у травматизації корінця при медіальному і особливо латеральному зведенні. Така ситуація часто виникає при бажанні видалити грижу через невеликий інтерлямінектомний отвір. Корінець при цьому мобілізується недостатньо, що і призводить до його надмірного натягу та травматизації. У 24 пацієнтів, після видалення грижі, на другу добу відмічалось різке посилення радикулярного больового синдрому. У 8 випадках причиною стало подразнення корінця дренажною трубкою, в 16-ти – скопичення раньового вмісту через неадекватне дренивання. Після усунення причин подразнення больовий синдром зникав.

**Висновки.** Для запобігання утворень ятрогенних інтраопераційних пошкоджень, слід виконувати адекватний операційний доступ для повноцінної ревізії нервових структур (флявотомія, інтерлямінектомія), проводити достатню мобілізацію ураженого корінця (від місця виходу до форамінальної частини), забезпечити адекватне дренивання раньової порожнини.

## К вопросу о боли при тетринг синдроме

Махмудов Ш.Д., Ахмедиев М.М.

Республиканский научный центр нейрохирургии  
Ташкент  
Узбекистан  
+998712649613  
kariev@bcc.com.uz

Тетринг синдром или, или фиксированный спинной мозг (СФСМ) в 11-27% случаев встречается у детей со спинальной дизрафией (Sargwark J.F. et al., 1996). Он представлен фиксацией корешков, конечной терминальной нити или самого спинного мозга на уровне пояснично-крестцового отдела позвоночника. В свою очередь СФСМ может быть как первичным, так и вторичным. Первый вариант встречается при скрытых спинальных дизрафиях, когда терминальная нить тесно спаяна с позвоночным столбом или близ лежащими мягкими тканями (Spina bifida occulta). Вторичный (retethering cord syndrome) возникает после хирургических вмешательств по поводу удаления спинномозговых грыж (Spina bifida aperta et complicata), чаще всего в экстренном порядке, при разрывах грыжевого мешка, когда первой задачей хирурга является тщательная пластика, для предупреждения осложнений. Нами проанализировано 8 детей с синдромом натянутого спинного мозга (СФСМ). Возраст больных варьировал от 2 до 10 лет, из которых у 7 была первичная фиксация и у 1 вторичный тетринг синдром. Каждый ребенок прошел тщательное обследование, которое включало в себя исследование соматоневрологического статуса и клинико-инструментальных методов диагностики. В клинике у всех больных отмечались боли в поясничной области, ограничение подвижности и искривления позвоночника, слабость в ногах, ортопедические и тазовые нарушения. Все больные были прооперированы, при этом хирургическое лечение было направлено на устранение фиксации спинного мозга и его элементов. В послеоперационном периоде во всех случаях мы наблюдали положительный эффект со стороны болевого синдрома, больные не жаловались на симптом боли, который был до этого, а также отмечалось значительное улучшение со стороны функции тазовых органов и нижних конечностей. Боль в области послеоперационной раны отмечалась только после операции, которая купировалась анальгетиками.

Таким образом, что боль, возникающая при спинальных дизрафиях - признак «фиксированного спинного мозга» и должна быть корригирована операцией в обязательном порядке, так консервативная терапия не целесообразна. В последующем ребенок, оперированный в раннем детстве по поводу спинномозговой грыжи, должен находиться под контролем смежных специалистов.