

Сравнение основных анатомических и клинических характеристик задних доступов к поясничному отделу позвоночника.

Гуляев Д.А.^{1,2,3}, Годанюк Д.С.^{1,2,3}, Кондюков Д.А.^{2,3}, Бирагов Д.В.¹, Курносков И.А.¹, Волков А.В.⁴

1. СЗФМИЦ им. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия.
2. Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова, Санкт-Петербург, Россия.
3. Нейрохирургический центр имени проф. Г.С. Тиглиева, Санкт-Петербург, Россия.
4. Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Калининград, Россия.

Контактные телефоны: 8 911 780-34-74 и (812) 272-26-03

Уменьшение хирургической травмы является актуальным направлением развития хирургии и нейрохирургии в частности. Сокращение объема периоперационных повреждений имеет целью уменьшить сроки госпитального и реабилитационных этапов лечения, нуждаемость в обезболивании и улучшение функциональных исходов лечения.

Целью настоящей работы является выявление факторов, способствующих интраоперационному повреждению задней группы мышц поясничной области, обусловленных особенностями анатомии и хирургической техники.

В работе сравнивались линейные размеры ран, индекс глубины раны, соотношение углов наклона инструментов, плоскости апертуры и краев раны у пациентов, оперированных из заднего срединного, заднего межмышечного по Viltse и модифицированного заднебокового мышечно-фасциального доступов. Изучены соотношения оцениваемых параметров с динамикой КФК и болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде.

С 2012 по 2018 по поводу дегенеративного и истмического спондилолистеза 1-2 степени (Meyerding) оперировано 431 пациент с использованием заднего срединного (1 группа), заднебокового межмышечного по Viltse (2 группа) и заднебокового межфасциального доступов (3 группа) к поясничному отделу

позвоночника. Группы однородны по возрастному и половому составу. Возраст оперированных пациентов от 25 до 63 лет, средний возраст 46 лет. В первую группу включено 216, во вторую 73, в третью 142 пациента.

Сравнивались линейные размеры доступов, длительность операции, интраоперационная кровопотеря и дренажные потери, динамика КФК и локального болевого синдрома на 1, 3 и 7 сутки после операции.

Результаты. Длительность операции в 1 группе составила от 115 до 210 минут, в среднем 163 минуты; во второй группе – от 100 до 185 минут, в среднем 145; в третьей группе от 90 до 180 минут, в среднем 137. Средние линейные размеры раны (длина и глубина) в 1 группе составили 205 и 88 мм, индекс глубины раны 43; во 2 группе 195 и 75 мм, индекс 39; в 3 группе 214 и 135 мм, индекс глубины 63,5. Плоскости имплантации винтов и краев ран пересекались на 5-7 градусов в первой группе, во второй и третьей группе края раны и плоскость имплантации не пересекались или располагались параллельно. Кровопотеря в 1 группе от 350 до 800 мл (среднее 510 мл), во 2 группе от 200 до 500 мл (среднее 305 мл), в 3 группе от 250 до 380 мл (среднее 297 мл). Послеоперационные дренажные потери в 1 группе от 350 до 600 мл (среднее 470 мл), во 2 группе от 150 до 380 мл (в среднем 240 мл), в 3 группе от 100 до 200 мл (в среднем 125 мл). Средние суммарные интраоперационные и дренажные потери в 1 группе 980 мл, 2 группе 550 мл, 3 группе 420 мл. Все пациенты вертикализированы в корсете на первые сутки после операции. Нуждаемость в послеоперационном обезболивании составила в 1 группе от 3 до 6 дней (среднее 4,5), во второй группе от 2 до 5 дней (среднее 3,3), в 3 группе от 2 до 4 дней (среднее 2,6). Интенсивность локального болевого синдрома оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) на 1, 3 и 7 сутки после операции. В 1 группе средняя оценка по ВАШ составила соответственно: 5,5 - 3,4 - 1,4; во второй группе 3,9 - 2,1 - 1,4; в 3 группе: 3,6 - 1,5 - 1,3. Показатели КФК также оценивались на 1, 3, и 7 сутки после операции и в среднем составили в 1 группе 634,4 – 458,4 – 215,6 Ед/л, во 2 группе 563,7 – 411,3 – 173,9 Ед/л, в 3 группе 416,3 – 318,7 – 159,9 Ед/л.

Инфекционные осложнения, потребовавшие последующей ревизии и санации раны отмечены у 7 пациентов первой группы, 4 во второй и 1 в третьей группе. Выявлена положительная связь между повышением показателей КФК на 1 сутки после операции более чем в 3 раза от предоперационного уровня и развитием глубокой раневой инфекции.

Выводы:

1. Задний срединный доступ характеризуется наибольшими показателями послеоперационного болевого синдрома, КФК, дренажными и операционной кровопотерей, частотой инфекционных осложнений, что можно считать отражением его большей травматичности.
2. Пересечение плоскости инструмента с плоскостью края раны, наряду с длительной компрессией краев раны расширителем являются ключевыми предпосылками увеличения травматичности доступа.
3. Динамика КФК в раннем послеоперационном периоде позволяет оценить степень интраоперационного повреждения мышц и коррелирует с развитием инфекционных осложнений.