

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ И ГЕРМЕТИЧНОСТИ ТМО ПРИ ТРАВМЕ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Мартикян А.Г., Гринь А.А., Талыпов А.Э.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи
им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», Москва

Цель исследования: улучшить эффективность лечения пострадавших с травматическим повреждением грудного и поясничного отделов позвоночника за счет повышения герметичности шва твердой мозговой оболочки (ТМО).

Материалы и методы: с 01.01.2014 по 31.12.2018 в отделении нейрохирургии НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского выполнено 350 оперативных вмешательств пациентам с позвоночно-спинномозговой травмой грудного и поясничного отделов позвоночника. На этапе ламинэктомии у 55 пострадавших выявлены повреждения ТМО на задней и/или заднебоковой поверхности дуральной оболочки. Соотношение мужчин и женщин составило 1,89:1. Средний возраст пациентов на момент операции составил 37 год (min - 18, max - 76). Размеры повреждённого участка ТМО варьировали от 2мм² до 38 мм².

В зависимости от способа восстановления целостности ТМО пациенты были разделены на 3 группы для последующего сравнительного анализа эффективности различных методов восстановления целостности ТМО.

В 9 (16,4%, n=55) наблюдениях восстановили целостность ТМО без ушивания ТМО. У данных больных в связи с малыми размерами поврежденного участка ТМО ≤ 3 мм² и локализации ее разрыва в области манжетки корешка, провели восстановление целостности ТМО путем применения «сэндвич-герметизации» и герметизирующего клея. Вторую группу составили 33 пациенты, которым провели восстановление целостности ТМО путем прямого ушивания, при чем в 8 (24,2%) случаях провели герметизацию шва ТМО биологическим клеем. А третьей группой вошли 13 пациенты с обширными повреждениями ТМО. Средний

размер дефекта ТМО составил $27,3 \pm 9,4$ мм² (min – 12,0мм², max - 38,0мм²). Для восстановления целостности ТМО выполняли пластику. С целью дурупластики в двух случаях использовались фрагменты трупной ТМО, а в остальных 11 случаях синтетические имплантаты ТМО (“Реперен” и “Durerepair”). В 7 наблюдениях (63,6%) ТМО дополнительно герметизировали с помощью биологического клея.

Результаты: В раннем послеоперационном периоде ликворея была выявлена у 5 (10,9%, n=55) пациентов. Послеоперационную ликворею выявляли в среднем на $4,6 \pm 2,07$ сутки (min-2, max-7, n=5) от момента операции. Среди пострадавших, которым выполнили восстановление целостности ТМО без прямого ушивания поврежденной ее стенки, ликвореи не было. Частота ликвореи преобладало в подгруппе пациентов с пластикой ТМО (3 случая из 13 наблюдений), а в группе больных с восстановлением ТМО прямым ушиванием - 2 из 33, однако межгрупповых статистически значимых различий не было выявлено (P=0,09). Во всех наблюдениях дополнительное армирование ТМО была выполнена комбинированным препаратом Тахокомб. Таким образом раневая ликворея достоверно чаще (P<0,05) выявлена в группе пострадавших, которым восстановление целостности и герметичности ТМО проводили с дополнительной герметизацией комбинированным препаратом Тахокомб.

Выводы: Выявление повреждений ТМО при позвоночной травме на дооперационном этапе является важной задачей. Так как в процессе декомпрессии можно дополнительно повредить как самой ТМО, так и спинной мозг, и ее корешки.

Выбор хирургической тактики восстановления целостности ТМО осуществляется в зависимости от локализации, величины размера дефекта стенки ТМО. Армирование шва ТМО биологическим клеем уменьшает риск развития послеоперационной ликвореи и способствует этим заживление ран.