

НЕЙРОХИРУРГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ВРОЖДЕННЫХ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

М.М. Ахмедиев, Ш.Д. Махмудов, Ш.Р. Ахмедиева

Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкент, Узбекистан

Врожденные спинномозговые грыжи (СМГ) у детей характеризуются разнообразием морфологических форм и клинических проявлений. У большинства этих больных в клинической картине наблюдается различный по выраженности симптомокомплекс, состоящий из двигательных, чувствительных, урологических и трофических расстройств, а также ортопедической патологии. Одной из возможных причин прогрессирования заболевания является синдром фиксированного спинного мозга (синдром натяжения спинного мозга или тетринг-синдром). Патологическая «фиксация» спинного мозга приводит к хроническому натяжению и ишемизации невральных структур, ухудшая их функцию, и ведет к развитию гипертензионно-гидроцефального синдрома. Доступная научная литература показала что, несмотря на длительность изучения проблемы, до сих пор нет классификации СМГ сочетающейся с гидроцефалией. И, как результат нет единых подходов к лечению той или иной формы СМГ с сопутствующей гидроцефалией, что отрицательно сказывается на своевременности диагностики и результатах лечения. По нашему мнению, клинический диагноз СМГ должен включать: 1. Нозологию (МКБ-10). 2. Структурные изменения (характер, локализация и выраженность изменений). 3. Функциональные нарушения (основные клинические синдромы). 4. Тип течения заболевания. 5. Состояние клинической компенсации. С учетом вышеизложенного нами предлагается классификация спинномозговых грыж с сопутствующей гидроцефалией.

Распределение по вовлечению спинного мозга, его корешков и оболочек в грыжевой мешок: 1.Оболочечная форма (meningocoele). 2.Корешковая форма (meningoradiculocoele). 3.Мозговая форма (meningomieloradiculocoele). 4.Кистозная форма (mielocistocoele).

Распределение по отношению к отделам позвоночника: 1.Шейного отдела с гидроцефалией. 2.Грудного отдела с гидроцефалией. 3.Грудо-поясничного отдела с гидроцефалией. 4.Поясничного отдела с гидроцефалией. 5.Пояснично-крестцового отдела с гидроцефалией. 6.Крестцового отдела с гидроцефалией.

Сопутствующая гидроцефалия: 1.Начальный

этап (гидроцефальный синдром). 2.Поздний этап (гидроцефалия). 3.Гидроцефалия после ликворошунтирующих операций (дренаже-зависимая гидроцефалия).

По отношению к другим органам:

1.Изолированный порок. 2.Сочетанный порок.

По содержимому грыжевого мешка:

1.Однокамерные. 2. Многокамерные.

По объему грыжевого содержимого:

1.Малые (до 10 см³). 2.Средние (от 10 до 30 см³). 3.Большие (от 30 до 60 см³). 4.Гигантские (более 60 см³).

По состоянию покровных мягких тканей грыжи: 1. Без изменения покровных тканей грыжевого мешка. 2. С патологическими изменениями и угрозой разрыва грыжевого мешка.

По тяжести общего состояния пациента:

1. Фаза клинической компенсации. 2. Фаза клинической субкомпенсации. 3. Фаза умеренной клинической декомпенсации. 4. Фаза грубой клинической декомпенсации. 5. Терминальная фаза.

По осложнениям: 1. Гнойно-воспалительные. 2. Нейротрофические.

Тип течения восстановительного периода:

1. Благоприятный (регрессирующий). 2. Стабильный (стационарный). 3. Неблагоприятный (прогрессирующий).

По исходу заболевания: 1. Выздоровление. 2. Умеренная инвалидизация. 3. Грубая инвалидизация. 4. Летальный исход.

Обследование ребенка со СМГ и хирургическое лечение проводится обычно после первого месяца жизни ребенка, когда степень адаптации новорожденного к внеутробному существованию значительно повышается. Алгоритм хирургического лечения индивидуален в каждом конкретном случае, характеризуется возможностью на время пропускать некоторые этапы или выполнять их одновременно. Как только появляются признаки гидроцефалии, она должна быть контролирована с помощью шунта. В последующем планируется пластическая операция.

Комплексное лечение пациентов со СМГ включает: 1. Удаление спинномозговой грыжи.

2. Своевременная и адекватная коррекция гидроцефально-гипертензионного синдрома. 3. Проведение реабилитации с целью воздействия на процессы восстановления функции спинного мозга включает: нейропротекция для стабилизации уцелевших структур, сохранения функционально полноценных волокон; использование физических факторов с целью стимуляции регенерации нервных элементов. Лечебные и физиотерапевтические мероприятия следует определять с учетом нарушений функций тазовых органов.

Проблемы при проведении лечения у детей со спинномозговыми грыжами: 1. Сложности доступа к центральным венам (инфузии, проведение седатации) и анестезиологического пособия. 2. Иммуитет не сформирован, риск инфекций. 3. Гастроэнтерологические проблемы (мукозиты,

молочница, потребность в парентеральном питании, псевдомембранозный колит). 4. Уход в до- и послеоперационном периоде.

Выводы: 1. Гидроцефалия, размеры грыжевого мешка и вялые регенеративные возможности мягких тканей оказывают значительное влияние на результаты и эффективность оперативного вмешательства. 2. Выбор тактики лечения детей со СМГ определяется комплексным обследованием пациентов. 3. При сочетании СМГ с гидроцефалией целесообразно в качестве первого этапа проведение ликворшунтирующей операции. 4. Дифференцированная хирургическая тактика при СМГ с сопутствующей гидроцефалией предусматривает соблюдение указанных диагностических и лечебных рекомендаций.

ДИАГНОСТИКА АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

М.М. Ахмедиев, Ш.Д. Махмудов

Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкент, Узбекистан

Первичная диагностика аномалий развития каудального отдела позвоночника и спинного мозга основывается на наличии местных изменений и степени поражения спинного мозга и его корешков. У новорожденных и детей первого года жизни нейросонография (НСГ) в диагностике аномалий развития каудального отдела спинного мозга и позвоночного столба является информативным, а так же и общедоступным методом. У этой категории пациентов возможность ультразвуковой диагностики во многом определяется наличием естественных ультразвуковых окон. На заднемедиальной поверхности позвоночника оксификация заканчивается только к концу первого года жизни, что позволяет визуализировать остистые и поперечные отростки, дужки, тела позвонков, а так же детально исследовать позвоночный канал, шейное и поясничное утолщения спинного мозга, пятый желудочек и конус.

Методика исследования: для обследования ребенка используются две основные позиции. Первая: ребенок находится в положении лежа на левом боку лицом к матери (допускается кормление грудью или из рожка для релаксации и создания физиологического комфорта ребенка). Вторая: ребенок лежит на животе, на коленях ассистента с пронираванной головкой. Эта позиция наиболее удобна для исследования атлантозатылочного соединения. Использование

линейных ультразвуковых датчиков частотой 3,5-5,0-7,5 МГц делает реальным визуализацию всех основных структур спинного мозга и позвоночника у новорожденных и детей первого года жизни. Ультразвуковое исследование проводится в продольном и поперечном направлениях и занимает 15-20 минут. При продольном сканировании датчик располагается вдоль остистых отростков позвонков и медленно перемещается в каудальном направлении. На эхограммах, в реальном режиме послойно визуализируются кожа, подкожная клетчатка, продольные мышцы спины, остистые отростки позвонков, оболочки, спинной мозг, спинномозговой канал и тело позвонка. Костные структуры, оболочки и стенки спинномозгового канала выглядят как гиперэхогенные образования. Белое вещество - гипоехогенной эхоструктуры, ликвор - анэхогенный. У здорового ребенка *conus medullaris* содержит естественное расширение центрального канала - пятый желудочек (*ventriculum terminale*). Спинной мозг заканчивается на уровне L2- L3 и переходит в конский хвост (*filum*), который визуализируется в виде отдельных нитей. Само по себе наличие данных о толстой (более 1,0 - 1,5 мм в диаметре) терминальной нити и несколько необычно низком (L2-L3) расположении конуса спинного мозга не рассматривается как проявление патологии. При сканировании в поперечном направлении четко визуализируются