

Новое в хирургическом лечении врождённых спинномозговых грыж у детей

Ш.Б. Чориев, А.Ч. Чобулов, Р.Н. Бердиев, Р.Г. Ашуоров
Кафедра нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Работа основана на анализе хирургического лечения 86 больных детей с врождёнными спинномозговыми грыжами. Впервые предлагается разделение врождённых спинномозговых грыж в зависимости от размеров грыжевого мешка, что играет важную роль в выборе тактики хирургической коррекции дефектов мягких тканей после грыжесечения.

Установлено, что при сочетании врождённых спинномозговых грыж с признаками повышения внутричерепного давления целесообразным является установка временно-закрытого наружного люмбального дренажа.

Среди анатомических форм пороков развития при спинномозговых грыжах преобладали осложнённые формы – менингоградикулоцеле, что наблюдалось у 47 (54,6%) пациентов. Из-за большого размера грыжевого мешка 4 больным была произведена одномоментная установка люмбо-перитонеального шунта.

Различные местнопластические операции произведены 23 больным, только у 2 (8,7%) отмечено осложнение в виде несостоятельности швов из-за некроза краёв лоскута на ножке. Эти больные в последующем с вторичным заживлением раны выписаны в удовлетворительном состоянии.

Ключевые слова: врождённая спинномозговая грыжа, люмбальный дренаж, менингоградикулоцеле, люмбо-перитонеальный шунт

Актуальность. Врождённые спинномозговые грыжи являются широко распространённым пороком развития центральной нервной системы. По данным разных авторов, спинномозговые грыжи шейной локализации отмечаются в 7,5%, грудной – в 10%, поясничной – в 60%, крестцовой – в 22,5% случаев [1-3].

В большинстве случаев при врождённых спинномозговых грыжах удаётся устранить дефект кожных

покровов, образовавшийся после иссечения грыж. Однако, при больших и гигантских спинномозговых грыжах, нейрохирурги сталкиваются с большими техническими трудностями на этапе кожной пластики (рис.1). В послеоперационном периоде нередко могут наблюдаться трофические изменения кожных покровов, расхождение краёв послеоперационной раны, вследствие чрезмерного натяжения мягких тканей, что приводит к инфицированию длительному заживлению раны (рис.2) [1,2,4].



РИС. 1. ГИГАНТСКАЯ СПИННОМОЗГОВАЯ ГРЫЖА



РИС. 2. РАСХОЖДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ

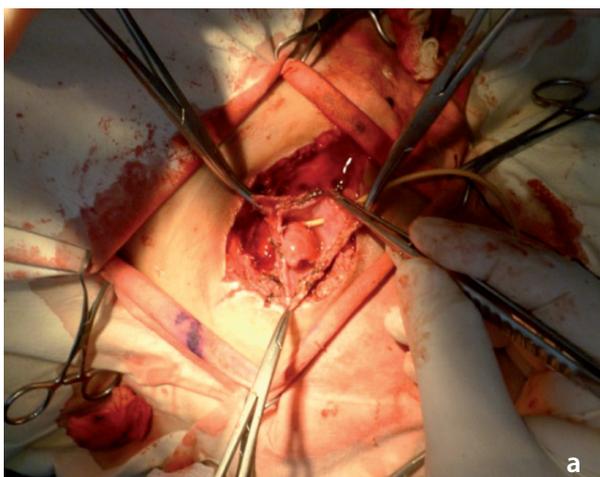


РИС. 3. ЗАКРЫТОЕ НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЛИКВОРА: А) ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ УСТАНОВКА ДРЕНАЖА; Б) ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ДРЕНИРОВАНИЯ ЛИКВОРА



РИС. 4. ГИГАНТСКАЯ ВРОЖДЁННАЯ СПИННОМОЗГОВАЯ ГРЫЖА. МЕНИНГОМИЕЛОРАДИКУЛОЦЕЛЕ. РЕБЁНОК Х., 3 МЕС.: А) ДО ОПЕРАЦИИ; Б) ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Особого внимания заслуживают проблемы ликворной гипертензии и раневой ликвореи при хирургическом лечении врождённых спинномозговых грыж [3].

Вышеизложенное является актуальной задачей современной детской нейрохирургии.

Цель исследования – оценка эффективности новых методов хирургического лечения врождённых спинномозговых грыж у детей.

Материал и методы. Данная работа основана на анализе историй болезни 86 детей, которым были произведены операции по поводу врождённых спинномозговых грыж в условиях детского нейрохи-

рургического отделения при Национальном медицинском центре РТ (НМЦРТ) с 2010 по 2011 год.

В возрастном аспекте дети распределились: новорождённые – 4 (4,6%), от 1 до 3 мес. – 3 (3,4%), от 3 до 6 мес. – 53 (61,6%), от 6 мес. до 1 года – 13 (15,1%), от 1 до 3 лет – 9 (10,4%), старше 3 лет – 4 (4,6%).

Начиная с 2011 года, в клинике внедрён способ профилактики послеоперационной раневой ликвореи при признаках ликворной гипертензии – установка временного закрытого наружного люмбального дренажа.

Больным проводились комплексные исследования, включающие клиничко-неврологический осмотр,



РИС. 5. ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПУТЁМ ВЫКРАИВАНИЯ КОЖНОГО ЛОСКУТА И ТРАНСПОЗИЦИИ В РАНУ: А) ОБРАЗОВАВШИЙСЯ ДЕФЕКТ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ; Б) ФОРМИРОВАНИЕ КОЖНОГО ЛОСКУТА ДЛЯ ПЛАСТИКИ; В) ВИД ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ; Г) ЧЕРЕЗ 1 МЕС. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ, ВИД ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА

измерение размеров грыжевого мешка, спондилографию, компьютерную томографию (КТ) позвоночника и головного мозга и ликворологические исследования.

Результаты и их обсуждение. В доступной литературе мы не нашли данных по распределению размеров врождённых спинномозговых грыж, в связи с чем, ориентируясь на материал нашего исследования, мы разделили больных по размерам грыжевого мешка следующим образом: малые (диаметр основания грыжевого мешка – до 3 см) – 21 (24,4%), средние (от 3 до 5 см) – 34 (39,6%), большие (от 5 до 7 см) – 20 (23,2%), гигантские (больше 7 см) – 11 (12,8%).

Среди анатомических форм пороков развития при спинномозговых грыжах преобладали осложнённые формы – менингоградикулоцеле, что наблюдалось у 47 (54,6%) пациентов. В неврологическом статусе

у этих детей выявлялись грубые двигательные, чувствительные выпадения и нарушение функции тазовых органов.

У 16 (18,6%) детей наблюдалось сочетание спинномозговой грыжи с гидроцефалией в различной клинической стадии. При решении вопроса о проведении ликворшунтирующей операции у детей, мы опирались на размеры желудочков мозга по данным КТ-головного мозга и скорости увеличения размеров головы в первые месяцы их жизни. В 2-х случаях из-за выраженности гидроцефалии произведены ликворшунтирующие операции (первый этап) и в последующем – грыжесечение (второй этап).

Операция была произведена всем 86 пациентам. 4 больным из-за большого размера грыжевого мешка произведена одномоментная установка люмбоперитонеального шунта. У одного больного от-



мечено осложнение в виде инфицирования шунта, в связи с чем, шунт был удалён на 7 сутки после операции.

Сущность метода установки временного закрытого наружного люмбального дренажа, разработанного в клинике, заключается в том, что интраоперационно при хирургическом лечении спинномозговой грыжи в краниальном направлении на длину 3-4 см в спинномозговой канал устанавливается полилорвиниловая трубка на 5-7 суток (рис. 3а). Осуществляется дренирование ликвора на уровне спины ребёнка (рис. 3б). По мере стабилизации ликворной гипертензии и заживлении раны дренажная трубка удаляется. Этим способом были прооперированы 5 больных детей, осложнений не наблюдалось.

Разработанный способ даёт возможность контролировать внутричерепное давление, предотвращать гипертензионно-гидроцефальные кризы в послеоперационном периоде и предупреждать раневую ликворею, что благоприятно влияет на исходы заболевания.

Особые проблемы возникают при операциях по поводу больших и гигантских спинномозговых грыж из-за больших размеров грыжевых ворот и дефектов мягких тканей, что требует усовершенствования способов пластических операций. По нашим данным у 31 (36%) больного имели место большие и гигантские спинномозговые грыжи, из них 23 пациентам были применены различные пластические закрытия дефекта при грыжесечениях. В 8 случаях, путём мобилизации кожи и подкожной клетчатки по периметру раны, удалось устранить дефект без пластики. Все эти больные были выписаны в удовлетворительном состоянии с первичным заживлением раны.

При пластике дефектов мягких тканей мы использовали различные местнопластические операции, путём производства дополнительных разрезов кожи с учётом размера дефекта и эластичности кожи (рис. 4). При интраоперационных дефектах мягких тканей (в диаметре от 3 до 5 см) применяли Z-образную пластику и пластику путём формирования односторонних или двусторонних кожных лоскутов и окружающих тканей. Этим способом прооперировали 14 больных, у одного из которых отмечен краевой некроз кожи в послеоперационном периоде, и этот больной был выписан с вторичным заживлением раны. Для пластического закрытия четырёхугольных дефектов (размер дефекта от 5 до 7 см) применяли прямоугольные смещаемые лоскуты. Этим способом прооперированы 2 больных. Пластика больших дефектов (больше 7 см в диаметре) проводилась путём образования кожно-подкожного лоскута из соседнего участка раны и его ротацией (транспозицией) в область дефекта (рис.5).

Этим способом были прооперированы 7 больных. У одного из них отмечен краевой некроз кожи на небольшом протяжении, остальные 6 больных выписаны с первичным заживлением раны.

Из 23 больных, которым проводились различные местнопластические операции, у 2 (8,7%) отмечено осложнение в виде несостоятельности швов из-за некроза краёв лоскута на ножке. Эти больные в последующем с вторичным заживлением раны выписаны в удовлетворительном состоянии. В послеоперационном периоде улучшение неврологической симптоматики отмечено у 12 (25,5%) из 47 пациентов с менингоградикулоцеле. Причиной смерти у 1 (1,2%) больного явился прогрессирующий парез кишечника, ДВС-синдром.

Таким образом, врождённые спинномозговые грыжи относятся к тяжёлым порокам развития ЦНС. Среди них наиболее часто наблюдаются осложнённые формы с грубым неврологическим дефицитом. При больших (от 5 до 7 см) и гигантских (больше 7 см) спинномозговых грыжах для закрытия дефекта мягких тканей необходимо использование смещаемых лоскутов или лоскутов на питающей ножке, взятой из соседних участков раны. При спинномозговых грыжах в сочетании с гидроцефалией необходимо проведение закрытого наружного дренирования ликвора или ликворошунтирующих операций. Предложенное нами разделение грыж по размерам необходимо для определения тактики хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Еликбаев Г.М. Врождённые спинальные патологии у детей / Г.М.Еликбаев, В.А.Хачатрян, А.К.Карабеков //Уч. метод.пособие. - Шымкент. -2008.- С. 24-25
2. Мартыненко А.А. Хирургическое лечение детей со спинномозговыми грыжами: автореф. ...дис. канд. мед.наук/ А.А.Мартыненко. - Омск. - 2010. - 14с.
3. Зозуля Ю.А. Пороки развития позвоночника и спинного мозга / Ю.А.Зозуля, Ю.А. Орлов // НИИ нейрохирургии им. Рамаданова АМН Украины. - Киев.- 2001.- С.5-6
4. Коновалов В.С. Двойная перекрёстная пластика при спинномозговых грыжах у детей/ В.С.Коновалов, К.К.Майтинов// Хирургия.- 1996. - №4.- С.46-49



Summary

New in the surgical treatment of spinal congenital hernia in children

S.B. Choriev, **A.C. Chobulov**, R.N. Berdiev, R.G. Ashurov

Chair of Neurosurgery Avicenna TSMU

The work is based on an analysis of 86 patients with surgical treatment of children with congenital spinal hernias. The authors proposed the division of congenital spinal hernia, depending on the size of the hernial sac, which plays an important role in choosing a surgical correction of soft tissue defects after herniotomy.

Combination of congenital spinal hernia with symptoms of increased intracranial pressure is require to forming a temporary closed external lumbar drainage. Among the anatomical type of defects in spinal hernias dominated complicated forms – meningo-radiculocele what was observed in 47 (54.6%) patients. Due to the large size of the hernia sac for 4 patients was performed single-stage installation of lumbo-peritoneal shunt.

Various local plastic operations performed to 23 patients, only 2 (8.7%) had a complication in the form of suture failure due to flap edges necrosis. These patients subsequently with secondary wound healing discharged in satisfactory condition.

Key words: congenital spinal hernia, lumbar drainage, meningoradiculocele, lumbo-peritoneal shunt

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Р.Г. Ашуров – ассистент кафедры
нейрохирургии ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. И.Сомони, 59а
E-mail: arg70@mail.ru