

УДК 617-089 (058.86) (575.2) (04)

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СПИННОМОЗГОВОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ

Т.В. Панасенко – аспирант

An experience of medical supervision and treatment of children with congenital anomaly in the central nervous system (spinal hernia) is shown. The materials are supported by data obtained in 2003 by Children's Clinical Hospital in Bishkek.

Пороки развития нервной системы являются одной из наиболее тяжелых форм эмбриопатий. Спинномозговая грыжа (СМГ) – наиболее часто встречающийся порок развития спинного мозга и позвоночника – представляет собой грыжевидное выпячивание оболочек, нервных корешков и спинного мозга через срединно расположенную щель в позвоночнике. По литературным данным, частота спинномозговой грыжи составляет 1–4 случая на 1000 новорожденных [1, 2]. Причина возникновения спинномозговых грыж неясна. Их образование связывают с неправильным развитием позвоночника, спинного мозга и его оболочек в период внутриутробного формирования. Наличие миелодисплазии приводит к появлению парезов и параличей, нарушению функции тазовых органов с парезом и параличом сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки, трофических расстройств в виде язв на коже ног, туловища, отеков стоп и т.д. [3]. Характер и степень выраженности неврологических симптомов находятся в прямой зависимости от уровня расположения грыжи, а также от степени сопутствующего порока развития спинного мозга и корешков, сдавления мозга, корешков и оболочек незарощенными дужками позвонков, большими скоплениями жидкости [3]. Спинномозговая грыжа сочетается с другими пороками развития спинного и головного мозга, утяжеляющими состояние ребенка, например, с гидроцефалией, нередко осложненной вторичным менингоэнцефалитом [4].

Единственный вариант радикального лечения грыжи – хирургический. Противоположанием к операции большинство авторов считает резко выраженную и быстро прогрессирующую гидроцефалию, воспаление грыжевого мешка, менингит, множественные пороки развития других органов, тяжелые трофические нарушения [1]. В настоящее время хирурги больше склоняются к мнению о целесообразности оперативного вмешательства в первые дни жизни ребенка и даже внутриутробно [2, 5–7]. С возрастом грыжа увеличивается, что ухудшает условия для пластического закрытия дефекта, а развивающиеся в грыжевом мешке патологические изменения увеличивают степень и тяжесть неврологических расстройств. Высвобождение из грыжевого мешка корешков спинного мозга ведет к восстановлению функции тазовых органов и нижних конечностей [1, 2].

В течение 2003 г. на базе городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) наблюдалось 23 ребенка с данным пороком развития, что составило 24% от числа детей, поступивших с пороками развития за это время. Из них 14 девочек и 9 мальчиков.

Все новорожденные были переведены из родильных домов г. Бишкек и республики. Как видно из табл. 1 13 детей (56,5%) были из Чуйской области (17,4% из города Бишкек). Но нельзя утверждать, что частота порока в Чуйской области выше, чем в других регионах республики, так как не все новорожденные с

данным пороком развития проходят лечение в ГДКБ СМП.

По нашим наблюдениям, из всех форм спинномозговых грыж наиболее часто встречается миеломенингоцеле – 15 случаев, что составило 65%, рахизизис – 4 случая (17%), менингоцеле – 2 случая (9%), менингордикулоцеле – 1 случай (4,5%), скрытая форма – 1 случай (4,5%). Более 90% грыж локализовались в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

При выяснении причин, повлиявших на формирование порока, брали во внимание влияние тератогенных факторов в периоде эмбриогенеза (16–75-й день внутриутробного развития), который является тератогенным терминальным периодом для спинномозговых грыж. По нашим наблюдениям, семь женщин в этот период беременности перенесли ОРВИ с повышением температуры тела. У трех беременность протекала на фоне анемии 2–3 степени. Три женщины по разным причинам принимали медикаменты: тетрациклин, гентамицин,

трихопол. У пяти женщин беременность протекала на фоне выраженного токсикоза. У двух в анамнезе предыдущие беременности заканчивались выкидышами и мертворождением.

Вероятно, характер и степень выраженности неврологических расстройств прямо зависит от формы спинномозговой грыжи (табл. 2).

Среди детей, находившихся под наблюдением, гидроцефалия отсутствовала у трех новорожденных. У пяти течение гидроцефалии осложнилось присоединением вторичного менингоэнцефалита. Из пяти детей с данным осложнением два умерли, в двух случаях родители отказались от дальнейшего лечения в связи с бесперспективностью и только один ребенок выписан с улучшением. В трех случаях наблюдалось сочетание спинномозговой грыжи с врожденной косолапостью, в двух с врожденным вывихом бедра, в двух с кифосколиозом, у одного ребенка выявлены дополнительные полупозвонки в грудном отделе позвоночника.

Таблица 1

Распределение по областям КР детей, наблюдавшихся на базе ГДКБ СМП в 2003 г., с пороком развития – спинномозговой грыжи

Поступило больных	Область							
	Чуйская	Иссык-Кульская	Джалал-Абадская	Ошская	Баткенская	Таласская	Нарынская	Всего
Количество	13	3	1	-	-	5	1	23
%	56,5	13	4,4	-	-	21,7	4,4	100

Таблица 2

Неврологические нарушения при различных формах спинномозговых грыж

Неврологическая симптоматика	Форма спинномозговой грыжи				
	Скрытая форма (1)	Менингоцеле (2)	Миелордикулоцеле (1)	Миеломенингоцеле (15)	Рахизизис (4)
Гидроцефалия	-	1	1	14	4
Нарушение функции тазовых органов	-	-	-	6	4
Нижний парапарез	-	1	1	9	2
Нижний парапаралич	-	-	-	4	2

Из 23 детей, находившихся под наблюдением, оперированы девять по методу Байеру (удаление грыжевого мешка и пластика дефекта в дужках позвонков) и Кононову-Майтикову (двойная перекрестная пластика с сохранением оболочек и подведением их под мышцы спины) [5]. У трех детей при устранении спинномозговой грыжи, с пластикой костного дефекта по Байеру прогрессирование гидроцефалии в послеоперационном периоде отмечалось у всех детей и у двух – нарушение функции тазовых органов. Из шести детей, оперированных по методике Кононова-Майтикова, прогрессирование гидроцефалии отмечалось у одного ребенка и у одного нарушение функции тазовых органов. Как видно, закрытие костного дефекта по методике Кононова-Майтикова служит профилактикой прогрессирования гидроцефалии в послеоперационном периоде. Однако недостатком обеих операций является возможность повредить нервные корешки, так как не все из них можно определить невооруженным глазом. Поэтому на базе клиники изучается микрохирургический метод лечения спинномозговых грыж.

В послеоперационном периоде проводится поэтапное восстановительное лечение, включающее медикаментозную терапию, физиотерапевтические процедуры, массаж, лечебную гимнастику. Дети находятся под наблюдением детского хирурга, невролога, ортопеда, проктолога, уролога. Родителей обучают основным правилам ухода и наблюдения за ребенком. Повторные курсы реабилитации применяются с привлечением дневного стационара, который позволяет сохранить контакт между ребенком и его семьей, приближает лечение к домашней обстановке. Амбулаторное наблюдение за детьми, перенесшими операцию, продолжается в течение года. За это время ребенок проходит до 6 курсов реабилитации.

Лечение больных со спинномозговыми грыжами остается одной из сложнейших проблем детской хирургии. Только у небольшого

числа детей лечение приводит к улучшению (21,7%), остальные дети либо погибают в течение первого года жизни (26%), либо остаются инвалидами. По нашим наблюдениям и по литературным данным [4] применяемая ранее методика оперативного лечения по Байеру не эффективна. Лучшие результаты достигнуты при проведении оперативного лечения в периоде новорожденности по методике Кононова-Майтикова. Отдельные этапы операции необходимо выполнять микрохирургическим методом. Улучшает результаты хирургического лечения проведение в послеоперационном периоде поэтапного восстановительного лечения.

Литература

1. *Майтиков К.К.* Выбор сроков и методов лечения спинномозговых грыж у детей // Хирургия Кыргызстана. – 1998. – № 2. – С. 17–25.
2. *Bannister C.M.* The case for and against intrauterine surgery for myelomeningoceles // Eur-J-Obstet-Gynecol-Reprod-Biol. – 2000. – Sep: 92(1). – P. 109–113.
3. *Leibold S., Ekmark E., Adams R.C.* Decision-making for a successful bowel continence program // Eur-J-Pediatr-Surg. – 2000. – Dec: 10 Suppl 1. – P. 26–30.
4. *Данилов В.И., Иванов В.С., Пашаев Б.Ю., и др.* Гидроцефалия как спутник спинномозговой грыжи // Настоящее и будущее детской хирургии: Мат. конф. РГМУ. – М., 2001. – С. 80–81.
5. *Кононов В.С., Майтиков К.К.* Двойная перекрестная пластика при спинномозговых грыжах у детей // Хирургия. – 1996. – № 4. – С. 24–26.
6. *Плавский Н.В., Орлов М.Ю.* Лечебная тактика при спиннальных дизрафиях, сочетающихся с гидроцефалией // Бюлл. Украинск. ассоциации нейрохирургов. – 1998. – № 2. – С. 17–21.
7. *Wilkinson C.C., Albanese C.T.* Fetal neurenteric cyst causing hydrops: case report and review of the literature // Prenat-Diagn. – 1999. – Feb: 19(2). – P. 118–121.