

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ СО СПИННОМОЗГОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Бардеева К.А.^{1,2}, Мишкин В.В.²

¹ Омский государственный медицинский университет, Омск

² Областная детская клиническая больница, Омск

³ Городская детская клиническая больница № 3, Омск

Введение. Вопрос хирургического лечения детей со спинномозговыми грыжами (СМГ) до настоящего времени остается актуальным в связи с такими послеоперационными осложнениями, как несостоятельность раны, раневая ликворея, менингит и связанный с ними высокий процент послеоперационной летальности.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения детей с СМГ.

Материалы и методы. В отделении хирургии новорожденных ОДКБ за период 2013–2020 г. находились на лечении 43 новорожденных со СМГ, из них 17 человек поступили из родильного дома с явлениями острой ликвореи; 15 — с истонченными тканями грыжевого мешка, угрозой ликвореи. Эти пациенты составили I группу. Все они поступили в стационар в течении 24 ч с момента рождения, оперативное лечение по устранению СМГ проводилось в первые сутки после поступления. При необходимости коррекции гидроцефалии выполнялись симультанные операции — первым этапом — наружное вентрикулярное дренирование (по нашему опыту проведение вентрикулоперитонеального шунтирования пациентам с разрывом грыжевого мешка и риском разрыва грыжевого мешка не целесообразно, т. к. связано с высоким риском развития инфекционных осложнений), вторым этапом выполнялась герниотомия. В раннем послеоперационном периоде оценивалась состоятельность послеоперационного рубца на спине, после санации и нормализации показателей белкового состава ликвора проводилось вентрикулоперитонеальное шунтирование. Пациенты II группы — 11 пациентов с СМГ с состоятельным грыжевым мешком, без угрозы его разрыва. При необходимости коррекции декомпенсированной гидроцефалии вентрикулоперитонеальное шунтирование выполнялось в периоде новорожденности, устранение СМГ в плановом порядке в отделении нейрохирургии ГДКБ № 3 в сроке до 6 мес.

Результаты. Ни у одного пациента из I группы инфекционных осложнений, связанных с установленным вентрикулярным дренажем, не было; явления ликвореи из послеоперационной раны наблюдались в 4 случаях, с успехом ликвидированы. Во II группе пациентов в раннем послеоперационном периоде осложнений не было. В I группе интраоперационно установлен диагноз: рахизизис — у 5 пациентов, менингоцеле — у 4, менингоградикулоцеле — у 6, менингомелорадикулоцеле — у 2 пациентов. Во II группе: менингоцеле — у 3, менингоградикулоцеле — у 5, липоменингоградикулоцеле — у 3 пациентов. При патоморфологическом исследовании операционного материала, полученного у пациентов со СМГ с различным состоянием тканей грыжевого мешка, во всех 38 случаях определялись нервные структуры, виде мозговых оболочек и нервных стволиков.

Заключение. При наличии ликвореи у новорожденных с СМГ герниотомия должна проводиться в первые часы после ее начала; при наличии угрозы разрыва грыжевого мешка герниотомия должна проводиться в первые сутки жизни новорожденного. Для купирования гидроцефалии при этих состояниях необходимо использовать наружное вентрикулярное дренирование. По результатам патоморфологического исследования операционного материала все грыжи с грыжевым мешком содержат в своем составе корешки, таким образом являются различными вариантами радикулоцеле.