

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИЙ ПРИ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖАХ

Спинномозговые грыжи являются пороком развития позвоночника, спинного мозга и его оболочек. Различают открытые и закрытые формы спинномозговых грыж (рис. 135).

При открытой спинномозговой грыже грыжевое образование не покрыто кожей. Эта форма спинномозговой грыжи, как правило, сопровождается тяжелыми расстройствами со стороны спинного мозга, что часто делает оперативное вмешательство противопоказанным.

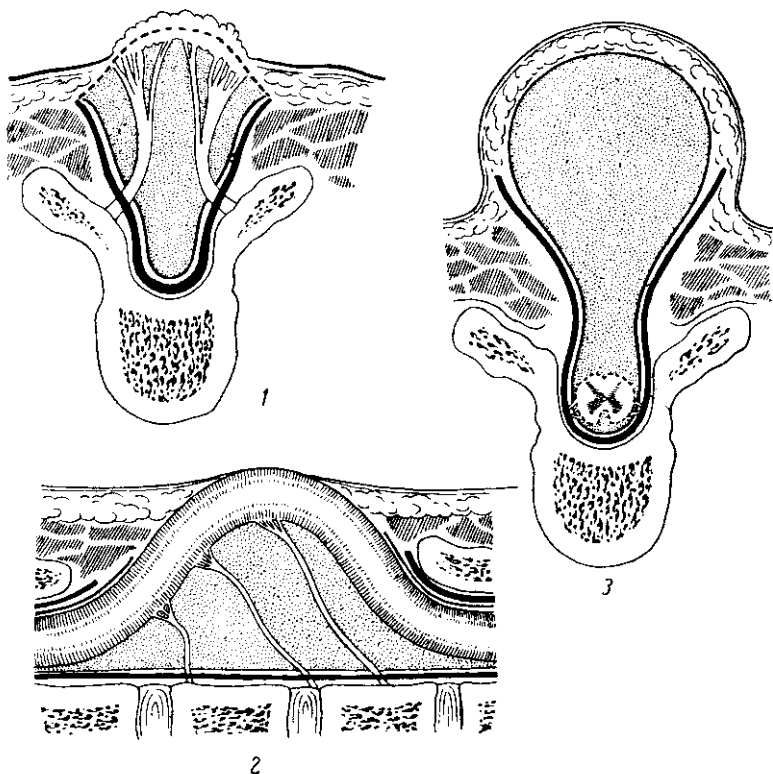


Рис. 135. Формы спинномозговых грыж.

1 — myelocoele; 2 — myelomeningocoele; 3 — meningocoele.

Оперативное вмешательство по поводу спинномозговой грыжи противопоказано также при тяжелых спинальных расстройствах, нарастающей водянке головного мозга и других тяжелых уродствах.

К открытым спинномозговым грыжам относятся: а) полные и частичные расщелины позвоночника и спинного мозга; б) частичная расщелина позвоночника и спинного мозга с наличием кисты, расположенной вентрально, под незамкнувшейся мозговой пластинкой — myelocoele. При этой форме спинномозговой грыжи развитие спинного мозга останавливается на стадии открытой медуллярной пластинки. Мозговая ткань при этом состоит из двух валиков.

При закрытой спинномозговой грыже грыжевое образование покрыто измененной или неизменной кожей.

Спинальные расстройства при закрытой форме спинномозговой грыжи встречаются реже и бывают выражены меньше, чем при открытой форме.

Оперативное вмешательство при закрытых спинномозговых грыжах без выраженных спинальных расстройств всегда показано. Детям, имеющим изъязвление или истончение кожных покровов и стенки грыжевого мешка, показано срочное оперативное вмешательство в любом возрасте. Детей с закрытыми формами грыж при наличии показаний желательно оперировать в возрасте 3—4 месяцев.

К закрытым формам спинномозговых грыж (*spina bifida subcutanea*) относятся:

а) *myelomeningocele* — кистозное опухолевидное образование с широким основанием, обычно расположенное в области пояснично-крестцового отдела позвоночника, закрытое кожей, часто измененной. Содержимое кисты — ликвор, нервные корешки и прикрепленный к верхушке кисты спинной мозг со спинномозговым каналом в виде щели, выстланной эмбриональной эпендимой. Изнутри киста выстлана арахноидальной оболочкой;

б) *myelocystocele* — содержит спинной мозг, который входит в состав кисты не отделенным стержнем (как это бывает при *myelomeningocele*), а в виде мешкообразного расширения его нижнего конца. При этом полость кисты является расширенным центральным спинномозговым каналом. Эта форма встречается исключительно редко;

в) *meningocele* — киста, ограниченная мягкой и арахноидальной оболочками, имеет узкую ножку и обычно покрыта нормальной кожей (спинной мозг участия в образовании кисты не принимает, в образовании кисты участвуют только оболочки);

г) *Опухолевидная спинномозговая грыжа* состоит из жировой клетчатки, расположенной над дефектом позвоночника между кожей и спинным мозгом (нередко без наличия кисты). Опухолевидная спинномозговая грыжа имеет широкое основание и, как правило, покрыта неизменной кожей.

Техника операций при закрытых формах спинномозговой грыжи (при *meningocele* и *myelocystocele*). Новорожденных оперируют под местной инфильтрационной новокаиновой анестезией. Детей более старшего возраста оперировать лучше под наркозом.

Положение больного на операционном столе — лежащее на животе с приподнятым тазом.

Вокруг грыжевого выпячивания в два или несколько приемов производят круговой разрез кожи (на границе со здоровой кожей). Патологически измененную в области грыжевого выпячивания кожу удаляют вместе с грыжевым мешком.

Кожу отслаивают от подлежащего апоневроза и осторожно отодвигают острыми крючками в стороны. Затем частично тупо (с помощью тупфера), частично острым путем выделяют грыжевой мешок и его шейку. Шейка грыжевого мешка располагается в области грыжевых ворот, представляющих собой обычно округлое кольцо в задней стенке позвоночного канала, одновременно ограниченное мышечной и рубцовой соединительной тканями.

Грыжевой мешок захватывают анатомическим пинцетом и, соблюдая осторожность, чтобы не повредить содержимого, вскрывают его. После вскрытия грыжевого мешка осматривают его содержимое (корешки), которое по возможности тупо отслаивают, отделяют от стенок грыжевого мешка, если они к ним прикреплены, и вправляют внутрь.

Грыжевой мешок прошивают у основания толстым шелком (обязательно под контролем зрения, чтобы не повредить содержимого его) и перевязывают, если шейка грыжевого мешка не очень широка. При широком грыжевом

Иссечение грыжевого мешка — это первый этап оперативного вмешательства по поводу спинномозговой грыжи.

Вторым этапом операции является пластическое закрытие грыжевых ворот. С этой целью накладывают толстые узловатые шелковые швы на продольные мышцы спины, а II этаж шелковых узловатых швов — на апоневроз.

Шелковые узловатые швы на кожу накладывают таким образом, что она сшивается поперечно.

Оперативное вмешательство по поводу опухолевидной спинномозговой грыжи производят таким же образом, но более упрощенно вследствие отсутствия грыжевого мешка. Удаляют лишь скопление жировой клетчатки, располагающейся между позвоночником и кожей.

Операции при скрытой расщелине позвоночника (spina bifida occulta) показаны лишь при стойких, не поддающихся консервативному лечению, корешковых болях или дизурических явлениях, в частности при ночном недержании мочи, а также при нейроцистостомиях.

Производят срединный разрез кожи соответственно незаращенной дужке I крестцового позвонка, продолжая его вверх и вниз соответственно выше- и нижележащим позвонкам (на уровень 2 позвонков вверх и 1 позвонка вниз).

Скелетируют дужки этих позвонков. Удаляют незаращенную дужку в большинстве случаев I крестцового позвонка, а также дужки выше- и нижележащего позвонков. Затем иссекают нередко гипертрофированную и сдавливающую корешки конского хвоста желтую связку, рассекают рубцово-фиброзные спайки. После тщательного гемостаза операционную рану зашивают наглухо. (Вскрытие дурального мешка с последующим осмотром корешков конского хвоста и решение вопроса о показаниях к менингоградикулизу производят при отсутствии пульсации и подозрении на сдавление корешков конского хвоста).

Техника операции при тубероселе. Открыто лежащий и расщепленный спинной мозг отсепааровывают (если он фиксирован) и погружают в позвоночный канал. Затем производят пластическое закрытие грыжевых ворот, так же как и при закрытой форме спинномозговой грыжи (см. стр. 245).

Послеоперационный прогноз при этом хуже, чем после операций по поводу закрытой спинномозговой грыжи.

Костнопластическое закрытие дефекта в позвоночном канале за счет костных трансплантатов на надкостничной ножке, взятых из боковых отделов позвоночника, не нашло широкого применения. Некоторые авторы вообще отрицают необходимость костной пластики в этих случаях.

ГЛАВА XI

ОПЕРАЦИИ НА ПРОВОДЯЩИХ ПУТЯХ СПИННОГО МОЗГА

Показанием к хордотомии и комиссуротомии является стойкий, не поддающийся консервативному лечению болевой синдром при: а) раковых метастазах в позвоночник; б) неудалимой опухоли спинного мозга; в) последствиях травмы спинного мозга и конского хвоста и периферических нервов.

Обезболивание — местная инфильтрационная новокаиновая анестезия в сочетании с паравerteбральной анестезией.

Во время хордотомии — гексеналовый или пентоталовый наркоз.

ТЕХНИКА ПЕРЕДНЕЛАТЕРАЛЬНОЙ ХОРДОТОМИИ

Удаляют обычным способом дужки 3 верхних грудных позвонков. Срединный разрез твердой мозговой оболочки. Далее вскрывают паутинную оболочку. Захватив анатомическим пинцетом или москитным зажимом зубовидную связку, скальпелем или ножницами пересекают у твердой мозговой оболочки два ее зубца.

Натягивая пересеченные и захваченные зажимом зубцы зубовидной связки, поворачивают спинной мозг вокруг вертикальной оси таким образом, чтобы оказался возможным доступ к его переднебоковой поверхности (рис. 136).

При помощи хордотомы производят разрез проводящих путей боковых столбов на участке между выходом передних корешков и зубовидной связки на глубину 2,5—3 мм. Рассчитывают на пересечение спиноталамического пучка (рис. 136).

При наличии показаний (распространенный стойкий болевой синдром) подобная перерезка проводящих путей может быть предпринята с другой стороны на 2 см выше ранее произведенной хордотомии.

При хордотомии следует соблюдать осторожность и точность перерезки, чтобы не перерезать боковой пирамидный путь.

После тщательного гемостаза зашивают твердую мозговую оболочку. Операционную рану зашивают послойно наглухо.

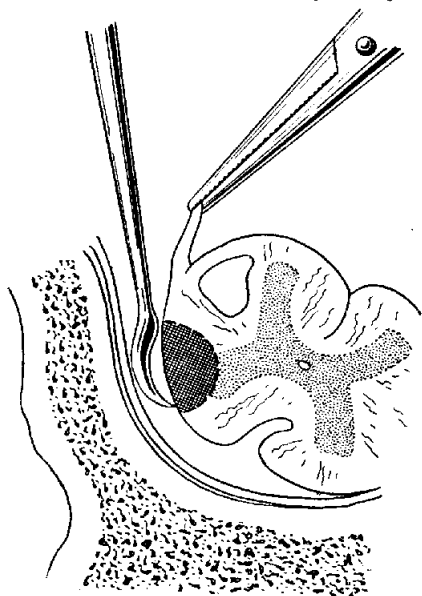


Рис. 136. Схема операции хордотомии.

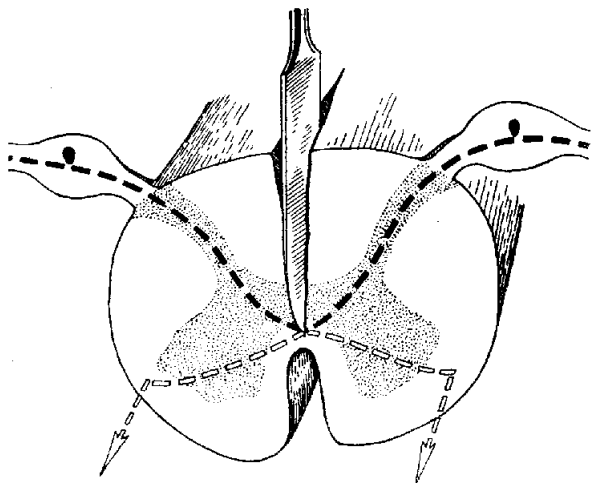


Рис. 137. Схема операции комиссуротомии.

ТЕХНИКА КОМИССУРОТОМИИ

При этой операции разрезают все проводящие болевые пути, перекрещивающиеся на уровне комиссуротомии. Преимуществом комиссуротомии является то, что при ней исключена опасность повреждения боковых пирамидных путей.

Ламинэктомию производят обычным образом на уровне, определяемом в соответствии с распространением болей. Так, например, при болях в нижних конечностях и в мочевом пузыре удаляют 2—3 дужки из расчета комиссуротомии на уровне XI—XII грудных и I поясничного сегментов.

Вертикальный разрез белой комиссии должен быть сделан строго по срединной линии (на протяжении 3—4 см). Во время этого разреза не должна быть повреждена передняя спинная артерия (рис. 137).