

мозга. Выполнено 6 экстренных нейрохирургических операций в Республиканской детской клинической больнице АРК с клинико-неврологическим и инструментальным мониторингом (нейросонография, КТ головного мозга). Минимальный срок гестации новорожденных составил 26—27 недель.

Анатомо-физиологические особенности недоношенного новорожденного объясняют необходимость минимальной инвазивности лечебно-диагностических мероприятий. Разработанный метод позволяет обеспечить минимально инвазивное длительное бивентрикулярно-субгалеальное дренирование с возможностью пролонгированной санации ликвора у недоношенных новорожденных с ВЖК до завершения сроков гестации. Метод позволяет стабилизировать ликворциркуляцию, снизить риск воспалительных осложнений, приостановить и в ряде случаев добиться регрессирования постгеморрагической гидроцефалии, что минимизирует структурные повреждения головного мозга (вентрикуломегалия, атрофия мозга, поликистоз и т.д.). Пункционная методика выполнения операции уменьшает ее травматичность и длительность, тем самым улучшает неврологические показатели в послеоперационном периоде, снижает инвалидизацию. Летальных исходов в наших наблюдениях не было. У двух пациентов удалось добиться стабилизации гидроцефалии, 4 произведены клапанные ликворосунтирующие операции (вентрикулоперитонеостомии) через 10—14 недель после рождения.

Таким образом, предложенный алгоритм ведения недоношенных новорожденных с окклюзионной постгеморрагической гидроцефалией предполагает возможность их этапного лечения с трансформацией бивентрикулярного субгалеального дренирования на 37—39 неделе гестации (редуцирование герминального матрикса) в бивентрикулостомию одним из сохраненных вентрикулярных дренажей с одновременным вентрикулоперитонеальным дренированием санированного ликвора. Это обеспечивает снижение летальности, повышает качество жизни пациентов, а в ряде случаев позволяет избежать хирургического вмешательства.

### **Результаты лечения и качество жизни детей, оперированных по поводу синдрома «фиксированного спинного мозга»**

**Звоначарев А. Г.**

*Институт нейрохирургии им. акад.  
А.П. Ромоданова АМН Украины, 04050  
Украина, г. Киев, ул. Мануильского, 32.  
тел. 8 (044) 483-96-14,  
e-mail: child@neuro.kiev.ua*

Синдром «фиксированного спинного мозга» (СФСМ) — совокупность нарушений функций спинного мозга, связанных с его перерастяжением, обусловленным патологической фиксацией. Патологическая фиксация спинного мозга в позвоночном канале, резко снижает его физиологическую подвижность при движениях позвоночника, а также мешает возрастной миграции конуса спинного мозга.

Кроме того, при механическом растяжении мозгового вещества возникают гипоксически-ишемические нарушения и даже разрыв нейрональных мембран.

**Цель исследования** — определение основных клинико-инструментальных признаков синдрома «фиксированного спинного мозга» у детей, обоснование сроков, показаний и объема хирургического вмешательства для улучшения качества жизни пациентов.

**Материалы и методы.** Рассмотрена группа больных с синдромом «фиксированного спинного мозга», различного генеза в количестве 51 пациента, находившегося на лечении в Институте нейрохирургии АМН Украины в возрасте от нескольких дней до 20 лет, а также 35 больных с патологической фиксацией спинного мозга без клинических проявлений. Всем пациентам проводилось комплексное обследование с обязательным проведением МРТ и/или КТ головного и спинного мозга, нейросонографии, электронейромиографии.

**Результаты и их обсуждение.** До госпитализации в институт 20 пациентов первично было оперировано на первом году жизни по поводу дизрафических нарушений пояснично-крестцового отдела позвоночника. 17 пациентов в возрасте от 4 до 20 лет оперированы первично по поводу СФСМ. Нарастание неврологической симптоматики было отмечено в течение 1—2 лет до поступления в клинику, 6 из них были оперированы ранее по поводу ортопедической деформации конечностей и позвоночника.

Регресс болевого синдрома нами был отмечен у всех детей после операции, стабилизация или улучшение неврологических нарушений отмечалась у 90% пациентов, не отмечалось дальнейшего прогрессирования деформаций позвоночника, стоп. Ортопедическая коррекция до устранения фиксации спинного мозга требовала повторных коррекций и сопровождалась дальнейшим прогрессированием заболевания. Достаточно частым осложнением после удаления липомиningорадикулоцеле и устранения фиксации спинного мозга явились нарушения функции тазовых органов по типу задержки. Восстановление дефекации отмечалось на 3—5 сутки после вмешательства, однако больные требовали катетеризации мочевого пузыря сроком до 2—3 недель с последующим восстановлением функции. Качество жизни детей, оперированных по поводу СФСМ, либо соответствовало дооперационному, либо улучшалось до хорошего или удовлетворительного, соответственно шкале (Орлов Ю.О., 2001).

**Заключение:** Для своевременной диагностики СФСМ требуется учет клинических проявлений и комплексное обследование, включая КТ и МРТ. Особое внимание следует уделить наблюдению за пациентами с вторичным заживлением послеоперационных ран после операций по поводу дизрафии позвоночника и спинного мозга, которые нередко формируют синдром вторичной «фиксации спинного мозга». При своевременном выявлении признаков СФСМ у детей возможно практически полное и скорейшее восстановление возникающих нарушений функций.