

Восстановительные аспекты хирургии синдрома «фиксированного спинного мозга» у детей

Землянский М.Ю., Кушель Ю.В.

НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН
Москва
Россия
8 (495) 251 - 37 - 91
mzemliansky@nsi.ru

Заболеваемость детей спинальными пороками развития в России в 2008 г. составила 11,73 тыс. детей - 18,5% из общего числа пороков ЦНС. Синдром «фиксированного спинного мозга» (СФСМ) развивается в большинстве случаев (95%) оккультных форм спинального дизрафизма, вследствие первичной фиксации каудальных отделов спинного мозга (утолщённая конечная нить, итра, - экстрадуральная липома, диастематомиелия, дермальный синус и т. д.). Вторичная фиксация спинного мозга развивается у 30 % - 60 % детей, ранее оперированных по поводу миело-, липоменингоцеле, данные категории фиксации характеризуются аномально низким расположением конуса спинного мозга ниже уровня L2 позвонка, прогрессирующей неврологической, урологической и ортопедической симптоматикой (Zomorodi A., George T.M., 2007. Bowman R.M., McLone D.G., 2008).

Материалы и методы. В НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко в период с января 2008 года по июль 2010 года проспективно обследовано и оперировано 93 ребёнка с СФСМ. В этой группе пациентов на первичную и вторичную фиксацию спинного мозга пришлось 42 и 51 ребёнок соответственно. Возрастная группа детей составила от 3 - х месяцев до 18 лет. Все пациенты оперированы по единому протоколу с единой целью максимально радикального «высвобождения спинного мозга» и профилактики рефиксации спинного мозга. В большинстве случаев использовался интраоперационная ЭМГ. Структурные и функциональные результаты операции оценивались по данным МРТ, ЭМГ, уродинамическим методам исследования через 3 - 4 месяца и 1 год после операции.

Результаты. После коррекции первичной и вторичной фиксации спинного мозга в раннем и отдалённом послеоперационном периоде, в большинстве случаев отмечен положительный функциональный результат в виде регресс болевого синдрома - 91,3 % случаев, увеличение силы в конечностях - 52,6 % случаев, коррелируемое с увеличением скорости проведения и амплитуды М - ответов, улучшение чувствительности - 29 % случаев, нормализация или частичное улучшение функции мочевого пузыря и прямой кишки 35 % и 40 % соответственно, подтверждённое уродинамическими показателями. Через 1 год после операции функциональный статус пациентов в 64, 5 % случаев стала лучше, чем до операции.

Выводы: Радикальная хирургия спинальных дизрафизмов в большинстве случаев приводит к улучшению функционального статуса пациентов. Интраоперационный мониторинг, увеличительная техника является важным к проведению правильной хирургической технике операции.

Хирургическое лечение компрессионных нейропатий

Зозуля Ю.А., Сысенко И.В., Каптелов Н.И., Кирпа Ю.И., Передержо И.Г., Сирко А.Г.

Днепропетровская областная клиническая больница
им. Мечникова
Днепропетровск
Украина
0675604215
yuriy33@rambler.ru

Цель: оценить эффективность хирургического лечения компрессионных нейропатий различной локализации.

Материалы и методы: за последние 3 года у 33-х пациентов было выполнено 38 операций невролиза при компрессионных нейропатиях. Из них 24 операции проведено на срединном нерве в области карпального тоннеля, 11 - на локтевом нерве, из которых 3 операции в области запястья и 8 - в кубитальном канале на локтевом суставе, 1 операция выполнена на большеберцовом нерве при синдроме тарзального канала и 2 операции на малоберцовом нерве. В представленной группе были 21 женщина и 12 мужчин. По степени поражения у 3-х больных отмечалась слабость с атрофией и болезненная гипестезия жгучего характера, 8 человек демонстрировали только болевой синдром с гипестезией в зоне иннервации без моторных нарушений, остальная часть пациентов (22 человека) имела наряду с болью и гипестезией моторные нарушения различной степени от 4-х до 1-го балла. В подгруппе с поражением малоберцового нерва у двух пациентов отмечался глубокий парез с гипестезией. У всех больных наличие компрессии и ее локализация были подтверждены ЭМГ. Период наблюдения составил от 3-х лет до 1 месяца, в среднем 20 месяцев.

Результаты: в целом улучшение достигнуто в 94% случаев (31 пациент), что проявилось в первую очередь в регрессе боли, во вторую очередь отмечалось нарастание силы в зоне иннервации пораженного нерва и, наконец в уменьшении или исчезновении гипестезии. В подгруппе с легкими нарушениями (8 больных) у 100% сразу же после операции произошел регресс симптоматики, длительность заболевания у этих пациентов была от 2-х недель до 3-х месяцев. В подгруппе с нарушениями средней степени (22 пациента) у всех больных в первую ночь после операции значительно уменьшилась или исчезла боль в месте компрессии, в течение 1-й недели произошло нарастание силы на 1балл, но стойко сохранялась гипестезия, которая уменьшилась через 1 месяц и исчезла у 75% через 6 месяцев и у 90% через год. В подгруппе с выраженными нарушениями улучшение отмечалось у 2-х пациентов из 3-х в виде уменьшения боли, у одной пациентки сохранялась жгучая боль с гипестезией в течение 6-и месяцев после операции без значительной динамики на ЭМГ. В группе с операцией на малоберцовых нервах у одного пациента полностью восстановились движения от уровня 2-х баллов, у другой пациентки - сила выросла на 1 балл от уровня пlegии за 6 месяцев.

Выводы: хирургическое лечение компрессионных нейропатий является эффективным при своевременном обращении и направлении пациентов на операцию: при нарушениях легкой и средней степени, подтвержденных ЭМГ.