

групі пацієнтів, яким проведена розширена інтерламінектомія та фораміномія. Залежно від способу видалення диска найближчі результати також приблизно однакові, але у 2 пацієнтів з 24, яким видалили тільки випавшу частину, були виконані операції з приводу рецидиву грижі, чого не спостерігалось у жодного зі 112 хворих з тотальною дискектомією. Нами не встановлено чіткого взаємозв'язку ступеня мобілізації нервового корінця з найближчими та віддаленими результатами, хоча в післяопераційному періоді у хворих з повною мобілізацією додатково виявлялися зони парестезій та анестезії, що пов'язано, мабуть, з розвитком незначних гемодинамічних порушень у нервовому стовбурі. Отже, при інтерламінектомії обсяг оперативного втручання визначається у кожного пацієнта індивідуально залежно від операційної ситуації, але нами досягнуто найкращих результатів у лікуванні хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта при проведенні розширеної інтерламінектомії з повним видаленням диска, доповненого декомпресивною фораміномією та частковою дорзальною мобілізацією ураженого нервового корінця.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УРОДЖЕНИХ СПИНО-МОЗКОВИХ ГРИЖ

В.Я.Шутка

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

За період з 1997 до 2004 рр. нами прооперовано 23 дітей віком від 7 днів до 3 років. Менінгомієлорадикулоцеле виявлено у 13 дітей, менінгоградикулоцеле – 10. При дообстеженні даних пацієнтів у 22 з них ви-

явлено наявність уродженої внутрішньої гідроцефалії, у 2 – серцеві вади. Ургентні оперативні втручання нами виконано у 14 дітей на 7-10 день після народження в зв'язку з появою лікворної нориці в ділянці грижового мішка. У дітей даної групи гіпертермічна реакція організму поєднувалася з явищами локального запального процесу в ділянці нориці, але це не було протипоказанням до оперативного втручання, яке виконувалося під прикриттям антибактеріальної терапії. Вважаємо доцільнішим для лікування спинно-мозкових гриж період від 2 тижнів до 1 місяця. В цей термін нами прооперовано 16 дітей, оскільки пізніше настає швидкий ріст тіла дитини і збільшуються як розміри грижі, так і розміри дефекту спинно-мозкового каналу, що значно утруднює успішну пластику. Одна дитина прооперована в 3-річному віці, бо раніше родина відмовлялася від операції. Використовували оригінальну методику, суть якої полягає в тому, що грижовий мішок виділяють не класичним методом – від шийки, а від дна. Розтинили дно грижового мішка, відпрепарувували нервові корінці, проводили їх репозицію в спинно-мозковий канал, потім виконували пластику твердої оболонки дуплікатурними швами. Задню стінку спинно-мозкового каналу формували за допомогою переміщених окісних клаптів (при дефекті крижової ділянки) та апоневротичних клаптів – при дефекті поперекового та грудного відділів хребта. У 3 дітей післяопераційний період ускладнився інфекційними недугами: вентрикулітом (2) і нагноєнням рани (1), що пов'язано з вираженою гіпотрофією та розвитком менінгоенцефалітів у доопераційному періоді. З приводу внутрішньої гідроцефалії в подальшому виконували лікворощунтуючі операції.