

Случай операции при *spina bifida*.

(Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете
20 марта 1914 г.).

С. А. Флерова.

Больная А. С., в возрасте 1 г. 6 мес. Через неделю после ее рождения родители заметили у ней в области крестца опухоль, которая сначала была величиной с горошину, а потом стала постепенно увеличиваться. Случаев уродств, сифилиса и алкоголизма в семье и родне не было. Девочка ползает, но стоять и ходить еще не может. Питания хорошего. Вес (13½ фунт.) и рост (67 сант.) свидетельствуют о задержке в развитии. Дефекация и мочеиспускание правильны. В крестцовой области — напряженная, флюктуирующая, покрытая нормальными покровами, опухоль, величиной почти с голову новорожденного. Ниже опухоли имеется „*foveola coccygea*“. Отрицательная реакция *Nonna-Appelta* и *Wassermann*а добытой прбным проколом из опухоли цереброспинальной жидкости.

22 февраля 1914 г. мною была произведена операция Наркоз хлороформный. Положение больной на животе с приподнятым тазом. Разрез продольный овально-лоскутный, т. е. одна ветвь разреза пришлась по опухоли, а другая сбоку у ее основания. После обнажения шейки опухоли оказалось, что точная локализация грыжи — верхняя треть крестца, и что костный дефект в крестце величиною около двух поперечных пальцев. После небольшого разреза грыжевого мешка, с помощью введенного пальца выяснилось, что к стенке мешка прочно приросли нижний конец спинного мозга и некоторое количество нервов из *cauda equina*. При последующем обрезании шейки мешка, — что было произведено почти на уровне костного дефекта, — пришлось вышеупомянутые выпавшие части перерезать, причем была ампутирована нижняя часть спинного мозга на протяжении двух сантиметров; мозг на разрезе и при микроскопическом затем исследовании оказался вполне нормальным. После перевязки тонким катгутом культи мозга и ее вправления наложен катгутовый шов на шейку мешка. С момента вскрытия мешка и до сих пор операция велась возможно ускоренным темпом, чем было ограничено до ничтожного минимума опасное в этих случаях истечение

спинномозговой жидкости. Поверх первого шва были наложены на культю шейки мешка еще два ряда погружных катгутовых швов. Затем в области задних впадин крыльев подвздошных костей отпрепаровано с каждой стороны по большому мышечно-надкостничному лоскуту, которые были повернуты обратной стороной и соединены над костным дефектом. Наложённый на кожу шов из флорентийских нитей пришелся в стороне от глубоких швов. В заключение была введена маленькая турунда из виоформенной марли и наложена коллодийная ватная повязка, а поверх нее — повязка обычная асептическая. Послеоперационный уход со стороны сиделок, к сожалению, был не идеальным, и ребенок более находился на попечении своей матери-крестьянки. Но, несмотря на смачивание повязки мочей, появление на 7-ой день капли гноя из места, где была введена турунда, а на 10-ый день — нескольких капель цереброспинальной жидкости, все же последовало первичное заживление. Температура первые дни внушала некоторые опасения, так как поднималась до $39,8^{\circ}$, будучи характера постоянной. На 12-ый день больная выписалась здоровой. Каких-либо уклонений в рефлексах, а также расстройств со стороны пузыря и прямой кишки у девочки нами, совместно с невропатологом, обнаружить не удалось.

По классификации Recklinghausen'a наблюдавшаяся нами форма спинномозговой грыжи должна быть отнесена к *meningocele*, так как в образовании стенок грыжевого мешка активно участвовали только спинномозговые оболочки. Что же касается выпавшего и приросшего спинного мозга, то он являлся лишь содержимым грыжи. По Recklinghausen'у кроме *meningocele* существуют еще две разновидности грыж: *myelocystocele* и *myelomeningocele*. Приставкой „*myelo*“ обозначается участие мозга не в качестве содержимого спинномозговой грыжи, а в качестве элемента, участвующего в образовании самой стенки мешка, подобно тому, как в выражении „врожденная паховая грыжа“ слово „врожденная“ относится совсем не к содержимому грыжи, а врожденным является грыжевой мешок. При второй из упомянутых форм (т. е. *myelocystocele*), где имеется ненормально: растяжение жидкостью *canalis centralis* мозга, мы не нашли-бы в полости мешка спинномозговых корешков. Кроме того, эта форма обычно сопровождается рядом сопутствующих в организме уродств, вроде расщепления мочевого пузыря и т. под. Что же касается третьей формы (*myelomeningocele*), где мозг является растянутым и вывернутым кзади, благодаря скоплению спереди его жидкости, то при ней мы не нашли-бы на опухоли нормальных кожных покровов, а нашли бы только перепонку, т. е. так наз. *area medullo-vasculosa* и *area pitelioserosa*.

Наблюдавшаяся нами форма, т. е. *meningocoele*, представляет собою самую редкую разновидность спинномозговых грыж. Так, на 277 случаев *spinae bifidae* Recklinghausen, Taruffi, Hewett, Hildebrandt и Muscatello наблюдали *meningocoele spinalis* только в 30 случаях.

В виду безнадёжного положения больных с спинномозговой грыжей, так как лишь редкие из них доживают до 5-летнего возраста, операция является здесь *ultimum refugium*. Она даёт, считают, в общем 50% смертности, но в действительности смертность, повятно, больше. Предсказание при *meningocoele* является наилучшим, но наилучшим только в тех случаях, где к стенке мешка не приросли мозг и волокна *caudae equinae*, — при последнего рода осложнениях, как в нашем случае, предсказание резко ухудшается. Так, из 12 оперированных больных такого рода в клинике Gargé умерло 11. Поэтому наш случай и затем еще один случай, оперированный в сентябре 1914 года прив.-доц. Гороховым (Практический Врач, 1916, № 3—4), который тоже удалил часть приросшего спинного мозга и тоже с благополучным исходом, должны быть отнесены к разряду особенно редких, как по патологической форме, так и по благоприятному непосредственному результату.

Интересна в данном случае ненормальная длина спинного мозга, спустившись в крестец, тогда как нормально он оканчивается на уровне 1-го или 2-го поясничных позвонков. Подобное явление, вероятно, следует объяснить задержкой в росте в длину позвоночника.

Интересно также и то, что после перерезки мозга, оказавшегося при исследовании, вопреки ожиданиям, не перерожденным, не наступило никаких расстройств. Заняться кропотливой работой отпрепаровки мозга, — это значило-бы затратить порядочное время и создать самое опасное, что только есть в этой операции, — обильную потерю спинномозговой жидкости. Но, хотя приведенный случай остался безваканным, тем не менее, если-бы мне пришлось еще раз встретиться с подобного рода спинномозговой грыжей, я-бы вправил мозг с частью грыжевого мешка.

Что касается частныхей техники операции, то применение вырезанного из подвздошной области надкостнично-мышечного лоскута нам казалось, во-первых, проще рекомендованного некоторыми авторами костно-надкостничного лоскута, так как при вогнутости крыла подвздошной кости можно было получить лишь желобоватый

лоскут, а последний для закрытия плоскостного дефекта едва-ли был-бы подходящим; во-вторых, мы, благодаря этому, не стеснялись размерами лоскутов, что тоже очень важно; наконец, присутствие в лоскуте мышечных волокон могло послужить, на случай кровотечения, в качестве кровоостанавливающего средства.

Отмечу еще и целесообразность накладки на кожную рану примененной нами коллодийной повязки, так как при отсутствии идеального, неусыпного ухода за ребенком всегда существует опасность загрязнения раны, главным образом мочей.

Способ соединения кожных покровов, а, следовательно, и их разрез, хорош всякий, где наружный шов не приходится над внутренним, стало быть, будет ли то рекомендованный v. Schmie-ден'ом (В i e r, В r a u n, К ü m m e l, Chirurgische Operationslehre, 1914) поперечно-овальный разрез, или же, как в нашем случае, — лоскутообразный продольный.

Хотя, в виду редкости встречающихся подобного рода уродств, и кажется, что описание их не имеет большого практического значения, тем не менее мы надеемся, что, по мере накопления опыта, можно будет этот опыт использовать несколько в другом направлении, а именно, перейти от ясных форм *spinae bifidae* к так наз. *spina bifida occulta*, которая, несомненно, встречается гораздо чаще. Искривления позвоночника, деформации стоп, параличи и парезы, пупочные грыжи, *malum perforans pedis*, расщелины и атрезии внутренних органов, *strabismus convergens* и многие другие отклонения от нормы могут сопутствовать как обычной спинномозговой грыже, так и скрытно выраженным ее формам. Из текущей литературы отмечу работу Katzenstein'a (Arch. f. klin. Chir., Bd. LXIV, S. 607), который в одном случае устранил годами длившиеся функциональные расстройства мочевого пузыря и прямой кишки экстирпацией ненормальных спаек между спинным мозгом и кожными покровами.
