



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

4 (90) 2026

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОИВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (90)

2026
апрель

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 616.833-007.2-053.2:616-073.75/76

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ НА ОСНОВЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

Шамсиев Азамат Мухитдинович <https://orcid.org/0000-0002-3628-9825>
e-mail: prof.ashamsiev@mail.ru

Алиев Байрам Пашаевич <https://orcid.org/0009-0000-6150-2918>

Алиева Фикрия Байрамовна <https://orcid.org/0009-0001-8210-8933>

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Резюме

В статье представлены результаты анализа диагностики врожденных спинномозговых грыж у 384 детей в возрасте от нескольких часов до 1 года, находившихся на лечении в специализированной детской хирургической клинике Самаркандского государственного медицинского университета в 2000–2024 гг. Установлено, что наиболее частыми формами порока являлись менингомиелоцеле (78,9%), менигоцеле (18,5%) и миелошизис (2,6%). Ведущими клиническими признаками были наличие грыжевого выпячивания, изменения кожных покровов, неврологические расстройства и сопутствующая гидроцефалия. У 77% пациентов отмечались патологические изменения кожи грыжевого мешка, у 74,2% — двигательные нарушения, у 64,3% — нарушения функции тазовых органов. Наиболее частая локализация порока — пояснично-крестцовый (46,8%) и поясничный (34,8%) отделы. Гидроцефалия выявлена у 51,3% больных. На основании комплексного анализа клинических данных и инструментальных методов визуализации возникает необходимость разработки нового поэтапного диагностического алгоритма, который будет включать клиничко-неврологическое обследование, УЗИ, рентгенографию позвоночника, МРТ и МСКТ/КТ по показаниям.

Ключевые слова: врожденные спинномозговые грыжи, дети, диагностика, УЗИ, МРТ, КТ, МСКТ, менингомиелоцеле, гидроцефалия.

BOLALARDA TUG‘MA ORQA MIYA CHURRALARINING KLINIK-ANATOMIK TAVSIFI ZAMONAVIY VIZUALIZATSIYA USULLARI ASOSIDA

Shamsiyev Azamat Muxitdinovich <https://orcid.org/0000-0002-3628-9825>
E-mail: prof.ashamsiev@mail.ru

Aliyev Bayram Pashayevich <https://orcid.org/0009-0000-6150-2918>

Alieva Fikriya Bayramovna <https://orcid.org/0009-0001-8210-8933>

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O‘zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Rezyume

Maqolada 2000–2024-yillarda Samarqand davlat tibbiyot universitetining ixtisoslashtirilgan bolalar jarrohligi klinikasida davolangan, yoshi bir necha soatdan 1 yoshgacha bo‘lgan 384 nafar bolada tug‘ma orqa miya churralari diagnostikasi tahlili natijalari keltirilgan. Aniqlanishicha, nuqsonning eng ko‘p uchraydigan shakllari meningomiyelotsele (78,9%), meningotsele (18,5%) va mieloshizis (2,6%) bo‘lgan. Yetakchi klinik belgilar sifatida churra bo‘rtmasining mavjudligi, teri qoplamalaridagi o‘zgarishlar, nevrologik buzilishlar hamda hamroh gidrosefaliya qayd etilgan. Bemorlarning 77% ida churra qopchasi terisida patologik o‘zgarishlar, 74,2% ida harakat buzilishlari, 64,3% ida esa chanoq a‘zolari funksiyasi buzilishlari aniqlangan. Nuqsonning eng ko‘p uchraydigan lokalizatsiyasi bel-dumg‘aza (46,8%) va bel (34,8%) sohalari bo‘lgan. Gidrosefaliya 51,3% bemorda aniqlangan. Klinik ma‘lumotlar va instrumental vizualizatsiya usullarining kompleks tahlili asosida yangi bosqichma-bosqich diagnostik algoritm ishlab chiqish zarurati yuzaga keladi. Ushbu algoritm klinik-nevrologik tekshiruv, UTT, umurtqa pog‘onasi rentgenografiyasi, MRT hamda ko‘rsatmaga ko‘ra MSKT/KT tekshiruvlarini o‘z ichiga olishi lozim.

Kalit so‘zlar: tug‘ma orqa miya churralari, bolalar, diagnostika, UTT, MRT, KT, MSKT, meningomiyelotsele, gidrosefaliya.

CLINICAL AND ANATOMICAL CHARACTERISTICS OF CONGENITAL SPINAL HERNIAS IN CHILDREN BASED ON MODERN IMAGING METHODS

Shamsiev Azamat Mukhitdinovich <https://orcid.org/0000-0002-3628-9825>

e-mail: prof.ashamsiev@mail.ru

Aliyev Bayram Pashayevich <https://orcid.org/0009-0000-6150-2918>

Alieva Fikriya Bayramovna, <https://orcid.org/0009-0001-8210-8933>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,

Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Resume

The article presents the results of an analysis of the diagnosis of congenital spinal hernias in 384 children aged from several hours of life to 1 year who were treated at the specialized pediatric surgical clinic of Samarkand State Medical University during 2000–2024. It was found that the most common forms of the defect were meningocele (78.9%), meningocele (18.5%), and myeloschisis (2.6%). The leading clinical signs included the presence of hernial protrusion, skin changes, neurological disorders, and associated hydrocephalus. Pathological changes of the hernial sac skin were observed in 77% of patients, motor disorders in 74.2%, and pelvic organ dysfunction in 64.3%. The most common localization of the defect was the lumbosacral (46.8%) and lumbar (34.8%) regions. Hydrocephalus was detected in 51.3% of patients. Based on the comprehensive analysis of clinical data and instrumental imaging methods, there is a need to develop a new stepwise diagnostic algorithm, which should include clinical-neurological examination, ultrasound, spinal radiography, MRI, and MSCT/CT when indicated.

Keywords: congenital spinal hernias, children, diagnostics, ultrasound, MRI, CT, MSCT, meningocele, hydrocephalus.

Актуальность

Врожденные спинномозговые грыжи относятся к тяжелым порокам развития нервной трубки и характеризуются значительным клиническим полиморфизмом [1,7]. Тяжесть заболевания определяется уровнем поражения, анатомическим вариантом порока, степенью вовлечения спинного мозга и его корешков, состоянием кожных покровов, а также наличием сопутствующих аномалий развития, прежде всего гидроцефалии и аномалии Арнольда–Киари II типа [3,8]. В этих условиях своевременная и точная диагностика имеет принципиальное значение для выбора хирургической тактики, определения оптимальных сроков вмешательства и прогнозирования исходов лечения [4,6].

По данным современных исследований, большинство тяжелых форм спинального дизрафизма сопровождаются выраженными неврологическими нарушениями, расстройствами функции тазовых органов и высокой частотой инвалидизации пациентов, что определяет медико-социальную значимость данной патологии [1,3]. Совершенствование подходов к диагностике и лечению врожденных спинномозговых грыж остается актуальной задачей детской хирургии и нейрохирургии [2,4].

Несмотря на широкую доступность методов лучевой диагностики, дооперационное уточнение анатомического варианта спинномозговой грыжи нередко представляет значительные трудности, особенно у новорожденных и детей первых месяцев жизни [4,8]. Это связано с ограниченными возможностями клинического неврологического обследования в раннем возрасте, сложностью визуализации содержимого грыжевого мешка и частым сочетанием порока с другими аномалиями центральной нервной системы [3,7].

Использование ультразвукового исследования, магнитно-резонансной томографии, компьютерной и мультиспиральной компьютерной томографии существенно расширяет диагностические возможности, однако вопросы последовательности применения данных методов и их рационального сочетания остаются предметом дискуссии [4,6]. Это требует разработки системного диагностического подхода, основанного на комплексной клинко-анатомической оценке и использовании современных методов визуализации [5].

Цель исследования: изучить клинко-анатомические особенности врожденных спинномозговых грыж у детей на основе оценки современных методов обследования.

Материал и методы

Настоящее исследование основано на результатах комплексного обследования и лечения 384 детей с врожденными спинномозговыми грыжами в возрасте от нескольких часов жизни до 1 года, находившихся на стационарном лечении в период с 2000 по 2024 годы. Работа выполнена на базе

специализированной детской хирургической клиники Самаркандского государственного медицинского университета, являющейся клинической базой кафедры детской хирургии. Учреждение оказывает специализированную и высококвалифицированную помощь детям с врожденными пороками развития, в том числе с тяжелыми формами спинального дизрафизма, и является региональным центром хирургического лечения данной патологии.

В исследование включались пациенты мужского и женского пола с врожденными спинномозговыми грыжами любой локализации и анатомического варианта (менингоцеле, менингомиелоцеле, миелошизис и другие формы), в том числе при наличии сопутствующей гидроцефалии. Пациенты поступали непосредственно из родильных домов, областных детских больниц, центральных районных больниц, а также направлялись для специализированного хирургического лечения из других лечебных учреждений региона.

Критериями исключения являлись возраст пациентов старше 1 года, наличие черепно-мозговых грыж, а также отсутствие достаточного объема клинико-диагностических данных для анализа.

Всем детям проводилось комплексное клиническое обследование, включавшее оценку общего соматического состояния, витальных функций, размеров и анатомической локализации грыжевого выпячивания, состояния кожных покровов над грыжевым мешком (истончение, изъязвление, ликворея), неврологического статуса, двигательных и чувствительных нарушений, функции тазовых органов, а также выявление сопутствующих врожденных пороков развития.

Инструментальная диагностика включала современные методы визуализации. Ультразвуковое исследование применялось как первичный скрининговый метод для оценки структуры грыжевого мешка, его содержимого и состояния мягких тканей. Обзорная рентгенография позвоночника выполнялась с целью определения уровня *spina bifida* и протяженности костного дефекта. Магнитно-резонансная томография использовалась для детальной оценки состояния спинного мозга, корешков и оболочек, а также выявления сопутствующих аномалий центральной нервной системы. Компьютерная томография и мультиспиральная компьютерная томография применялись по показаниям для уточнения костной анатомии позвоночника, морфометрии дефекта и предоперационного планирования.

Полученные клинические и инструментальные данные подвергались сравнительному анализу с целью выявления клинико-анатомических закономерностей заболевания для последующей разработки оптимального алгоритма диагностики врожденных спинномозговых грыж у детей.

Результат и обсуждения

Всего в исследовании приняли участие 384 пациента с врожденными спинномозговыми грыжами в возрасте от нескольких часов жизни до 1 года. Как видно из рисунка 1 среди обследованных детей преобладали мальчики — 209 (54,4%), тогда как девочек было 175 (45,6%). Анализ возрастного состава показал, что наибольшую группу составили новорожденные и дети первого месяца жизни — 280 (72,9%) пациентов, что свидетельствует о высокой частоте ранней клинической манифестации данного врожденного порока и необходимости своевременной специализированной помощи уже в неонатальном периоде.



Рисунок 1. Характеристика исследуемых пациентов, %

На рисунке 2 отображено распределение исследуемых пациентов согласно размерам грыжевого выпячивания. При анализе 374 наблюдений установлено, что наиболее часто встречались грыжи размером 5–10 см — 172 (46,0%) случая и 3–5 см — 145 (38,7%) наблюдений. Крупные грыжи более 10 см отмечены у 26 (7,0%) детей, включая гигантские формы более 15 см — у 4 (1,1%).

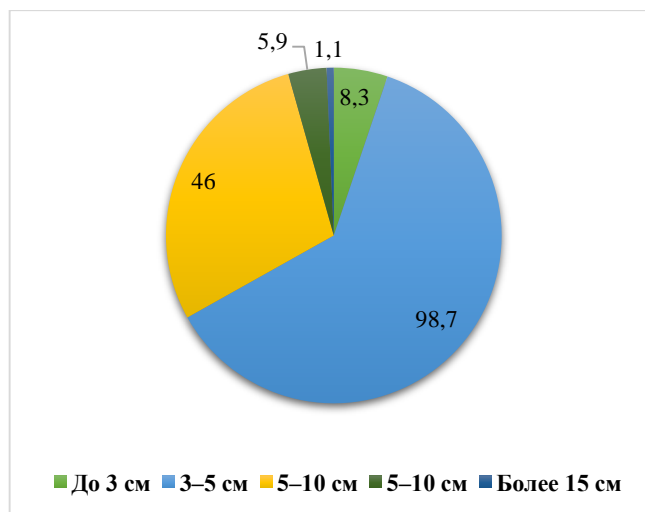


Рисунок 2. Распределение пациентов по размерам грыжевого выпячивания (n=374)

Следует отметить, что в данный анализ не были включены 10 пациентов с миелошизисом, поскольку при данной форме порока отсутствует сформированный грыжевой мешок, что исключает возможность объективной оценки его размеров.

Состояние кожных покровов грыжевого мешка имело важное диагностическое и тактическое значение (рис.3). Интактные кожные покровы выявлены лишь у 72 (19,3%) пациентов, гипертрихоз и пигментные изменения без нарушения целостности кожи — у 14 (3,7%).

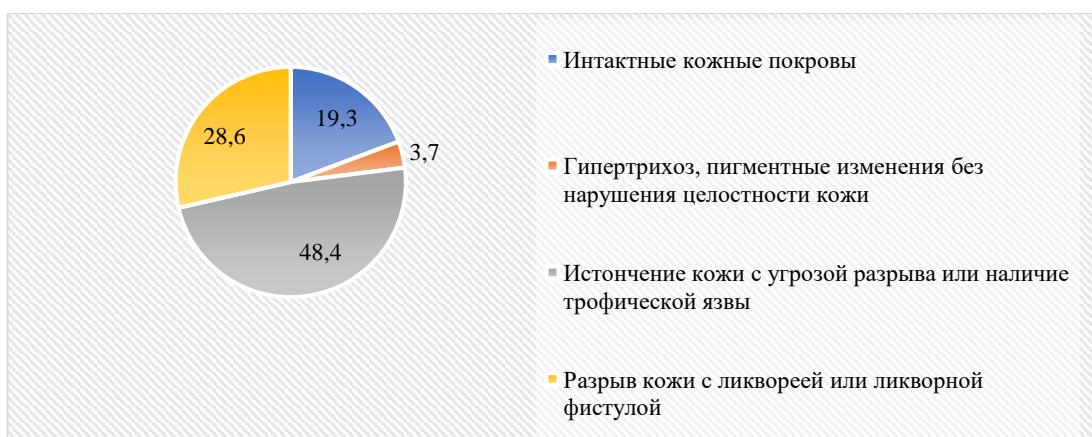


Рисунок 3. Состояние кожных покровов грыжевого мешка у пациентов (n=374)

У большинства больных отмечались осложненные изменения: истончение кожи с угрозой разрыва или трофической язвой — у 181 (48,4%) пациента, разрыв с ликвореей или ликворной фистулой — у 107 (28,6%). Таким образом, у 77% детей имели место патологические изменения кожи грыжевого мешка.

Анализ представленных данных (рис.4) показал, что у большинства обследованных детей имелись нарушения двигательной функции, что свидетельствует о высокой частоте вовлечения спинного мозга и его проводящих путей в патологический процесс. Наиболее распространённой формой неврологического дефицита являлась парапарегия, выявленная у 238 (62,0%) пациентов, что характеризует значительную тяжесть поражения нервной системы в исследуемой группе.

Вялый парапарез диагностирован у 32 (8,3%) детей, тогда как спастический парапарез отмечен у 14 (3,6%) пациентов. Спастический тетрапарез встречался крайне редко — лишь у 1 (0,3%) ребёнка, что, вероятно, было связано с высокой локализацией порока и более распространённым поражением проводящих структур спинного мозга.

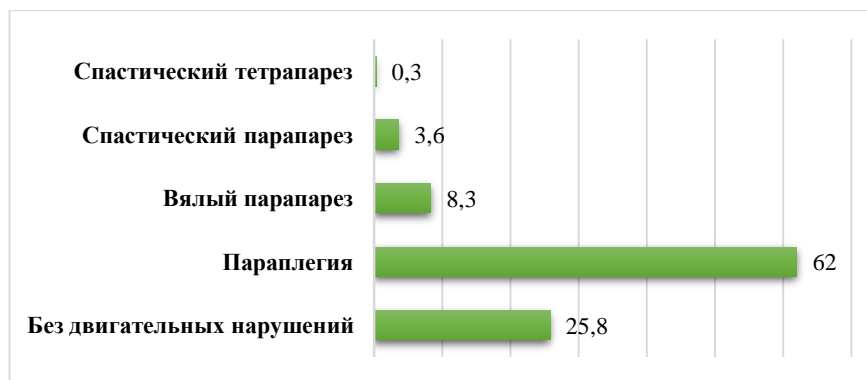


Рисунок 4. Характер двигательных нарушений у пациентов с врожденными спинномозговыми грыжами (n=384)

Отсутствие двигательных нарушений зарегистрировано у 99 (25,8%) больных, преимущественно при менингоцеле, при котором в грыжевой мешок обычно не вовлекается вещество спинного мозга. Полученные результаты подтверждают, что выраженность неврологического дефицита напрямую зависит от анатомического варианта врожденной спинномозговой грыжи и степени поражения нервных элементов. Двигательные нарушения различной степени выраженности выявлены у 285 пациентов (74,2%), при этом отсутствие неврологического дефицита чаще отмечалось у больных с менингоцеле.

На рисунке 5 представлено распределение пациентов по состоянию функции тазовых органов. Проведенный анализ показал, что различные нарушения выявлены у 247 из 384 обследованных детей, что составило 64,3% всех наблюдений. Наиболее часто встречалось недержание мочи и/или кала, которое отмечено у 238 (62,0%) пациентов. Значительно реже диагностировалась задержка мочеиспускания и/или дефекации — у 9 (2,3%) детей. Вместе с тем у 137 (35,7%) больных функция тазовых органов оставалась сохраненной.



Рисунок 5. Состояние функции тазовых органов у пациентов с врожденными спинномозговыми грыжами (n=384)

Полученные результаты указывают на высокую частоту поражения нервных структур спинного мозга при врожденных спинномозговых грыжах.

Выраженность нарушений во многом зависела от анатомического варианта порока. Так, при менингоцеле функции тазовых органов были сохранены в 93% случаев, что свидетельствует о более благоприятном течении заболевания. При менингомиелоцеле нарушения выявлялись у большинства пациентов вследствие вовлечения в патологический процесс вещества спинного мозга и нервных корешков. Наиболее тяжелые расстройства наблюдались при миелошизисе, при котором недержание отмечалось у всех пациентов. Исследование показало, что степень нарушения функции тазовых органов тесно связана с тяжестью анатомического поражения нервной системы и может рассматриваться как один из важных критериев оценки прогноза заболевания и выбора лечебной тактики.

По данным дооперационного клиничко-анатомического обследования пациентов с врожденными спинномозговыми грыжами, представленных на рисунке 6 было, что среди 384 обследованных детей

преобладающей формой порока являлось менингомиелоцеле, диагностированное у 303 (78,9%) пациентов. Значительно реже встречалось менингоцеле — у 71 (18,5%) ребенка. Наиболее тяжелая форма порока — миелошизис — выявлена у 10 (2,6%) больных. Полученные данные свидетельствуют о преобладании клинически более сложных вариантов заболевания, сопровождающихся вовлечением нервных структур спинного мозга.



Рисунок 6. Дооперационная клиничко-анатомическая характеристика пациентов с врожденными спинномозговыми грыжами (n=384), в %

При оценке уровня локализации грыжевого дефекта установлено, что наиболее часто поражались каудальные отделы позвоночника. Пояснично-крестцовая локализация отмечена у 180 (46,8%) пациентов, поясничная — у 134 (34,8%) детей. Таким образом, суммарно более 80% наблюдений приходилось на поясничный и пояснично-крестцовый отделы позвоночника. Значительно реже встречались грудно-поясничные формы — 37 (9,6%) случаев, крестцовые — 19 (4,9%), грудные — 9 (2,4%) и шейные — 5 (1,3%). Подобное распределение соответствует современным представлениям о преимущественном поражении нижних отделов позвоночного столба при данной патологии.

Сопутствующая гидроцефалия была выявлена у 197 (51,3%) пациентов, тогда как у 187 (48,7%) детей признаков гидроцефалии не отмечалось. Следует подчеркнуть, что наиболее часто гидроцефалия наблюдалась у больных с поясничной и пояснично-крестцовой локализацией порока, что, вероятно, связано с более выраженными нарушениями ликвородинамики и частым сочетанием с аномалией Арнольда–Киари II типа.

Обсуждение: проведенное исследование показало, что врожденные спинномозговые грыжи у детей характеризуются высокой частотой ранней клинической манифестации, поскольку

большинство пациентов (72,9%) поступали в возрасте до 1 месяца жизни. Это подчеркивает необходимость раннего выявления порока уже в неонатальном периоде и своевременного направления пациентов в специализированный стационар.

Полученные данные свидетельствуют о преобладании тяжелых клинко-анатомических форм заболевания. Наиболее часто диагностировалось менингомиелоцеле (78,9%), сопровождающееся вовлечением в патологический процесс вещества спинного мозга и нервных корешков. Это объясняет высокую частоту двигательных нарушений (74,2%) и дисфункции тазовых органов (64,3%) у обследованных детей. Напротив, при менингоцеле неврологические нарушения встречались значительно реже, что подтверждает более благоприятное течение данной формы порока.

Анализ локализации дефекта показал, что более чем в 80% случаев поражаются поясничный и пояснично-крестцовый отделы позвоночника. Именно эти уровни наиболее тесно связаны с нарушением функции нижних конечностей, тазовых органов и высокой частотой сопутствующей гидроцефалии. Последняя выявлена у 51,3% пациентов, преимущественно при каудальной локализации грыжи, что, вероятно, обусловлено нарушениями ликвородинамики и частым сочетанием с аномалией Арнольда–Киари II типа.

Особое клиническое значение имело состояние кожных покровов грыжевого мешка. У 77% пациентов выявлены патологические изменения кожи, включая истончение, язвенные дефекты, ликворею и ликворные фистулы. Наличие подобных осложнений требует срочного хирургического вмешательства и одновременно служит важным критерием тяжести заболевания.

Результаты исследования подтверждают, что диагностика врожденных спинномозговых грыж не должна ограничиваться только клиническим осмотром. Наиболее рациональным является поэтапный подход с использованием современных методов визуализации. Ультразвуковое исследование целесообразно применять как первичный скрининговый метод у новорожденных. Рентгенография позволяет определить уровень костного дефекта позвоночника. Магнитно-резонансная томография является наиболее информативным методом для оценки состояния спинного мозга, корешков и содержимого грыжевого мешка. Компьютерная и мультиспиральная компьютерная томография дают возможность детально изучить костные структуры и провести морфометрию дефекта, что особенно важно при планировании хирургического лечения.

Заключение

Врожденные спинномозговые грыжи у детей в большинстве случаев манифестируют в раннем неонатальном периоде, что требует своевременной специализированной диагностики. Преобладающей формой порока является менингомиелоцеле, сопровождающееся высокой частотой неврологических нарушений и дисфункции тазовых органов. Наиболее частой локализацией являются поясничный и пояснично-крестцовый отделы позвоночника, при которых чаще выявляется сопутствующая гидроцефалия. Патологические изменения кожных покровов грыжевого мешка являются важным критерием срочности хирургического лечения. Оптимальный диагностический алгоритм должен включать клиническое обследование, УЗИ, рентгенографию, МРТ и КТ/МСКТ по показаниям, что позволяет повысить точность диагностики и улучшить результаты лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гайбиев А.А., Файзимуродов Ф.Т., Вязикова Н.Ф. Factors influencing the formation of congenital spinal hernias combined with brain malformations. *World Bulletin of Public Health*. 2024;36:6–12.
2. Рошаль Л.М., Разумовский А.Ю., Морозов Д.А., Юсупов Ш.А. Профессор Азамат М. Шамсиев — выдающийся ученый и детский хирург. *Детская хирургия*. 2025;29(4):285–289.
3. Шамсиев А.М. Морфологическая характеристика врожденных спинномозговых грыж у детей. *Российский педиатрический журнал*. 2016;19(4):45–52.
4. Шамсиев А.М., Алиев Б.П., Алиева Ф.Б., Юсупов Ш.А. Современные подходы к диагностике и хирургическому лечению врожденных спинномозговых грыж у детей (обзор литературы). *Innovative Surgery on the Silk Road*. 2026;3(1):227–234.
5. Шамсиев А.М. Детская хирургия в Самарканде: научная школа, современные технологии и перспективы развития. Самарканд: СамГМУ; 2024.
6. Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М. Современные методы хирургического лечения врожденных пороков развития у детей. Самарканд: СамГМУ; 2023.
7. Adzick NS, Thom EA, Spong CY, et al. A randomized trial of prenatal versus postnatal repair of myelomeningocele. *N Engl J Med*. 2011;364:993–1004. doi:10.1056/NEJMoa1014379
8. McLone DG, Dias MS. The Chiari II malformation: cause and impact in children with myelomeningocele. *Pediatr Neurosurg*. 2003;39(1):1–7. doi:10.1159/000069807

Поступила 20.03.2026