

дермоидной кисты, расположенной в позвоночном канале, или ее воспаление могут привести к сдавлению спинного мозга, менингиту или эпидуриту. Операцию проводили с применением увеличительной оптики и микрохирургического инструментария.

Противопоказанием к операции были в одном случае только временным, отмечался активный воспалительный процесс в области свищевого хода. В этом случае только после ликвидации воспалительного процесса осуществляли «раннюю ревизию свища».

Хирургическое вмешательство выполнено у 11 (91,7%) детей. На операции часто отмечалось патологическая ткань, рубцовая ткань с кистой (36,4%), а также грубые спайки (27,3%). В 1 наблюдении вначале провели ликворошунтирующую операцию, потом операцию по иссечению дермального синуса. Общий объем операции зависело от глубины расположения дермального синуса. Оно включало иссечение канала врожденного дермального синуса. Если свищевой ход не проникал в позвоночный канал, заканчиваясь в подкожной клетчатке, мышцах или

связочном аппарате позвоночника, то его иссекали, не проводя ламинэктомию (2 случая). При прободении свищом задней стенки позвоночного канала выполняли ламинэктомию и ревизию канала. У 4 больных в послеоперационном периоде отмечалось осложнения проявившиеся инфекционно-воспалительным изменением послеоперационной области (1), расхождение краев раны (1), нагноением (1) и углублением неврологических нарушениях (1).

После хирургического лечения добились улучшения в 81,8%, стабилизацию – в 18,2%, ухудшение в 1 наблюдении.

Таким образом, клиническое течение дермального синуса прогнозировать невозможно. Осложнение может наступить в любое время, даже при наличии фистулы хорошо дренирующей внутрипозвоночную кисту. Оперативное лечение должно быть предпринято в ближайшее время после установления диагноза, независимо от возраста ребенка. Регресс неврологической симптоматики тесно связано с расположением дермального синуса в позвоночном канале и его сочетания.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ

*А.Е. Ерекешов, У.Е. Асилбеков, В.Д. Кузьмин, Х.Б. Кульманов
Городская детская больница №2, Астана, Казахстан*

Проанализированы история болезни 47 больных находившихся на стационарном лечении с 2006 по 2008 год в ГДБ №2 г.Астаны, что составило 1,8 % и от всех нейротравматологических больных. Среди больных преобладали мальчики 29(61,7%) ребенка, девочек 18(38,3%).

По возрасту от 0-7 лет составили 9 детей(19,1%), от 7-14 лет составил 38 детей (80,9%).

По механизму травмы: падение на спину 33 ребенка (70,2%), падение на ягодицы 10 детей (21,3%), механизм травмы не известен у 4 больных (8,5%).

Падение на спину является преобладающим и относится к сгибательному механизму насилия (клавишный механизм по В.Е. Беленькому).

Локализация переломов тел позвонков в различных возрастных группах

Возраст	верхне- средне- грудной	Нижне- грудной	Поясничный
0-7	2	7	0
7-14	7	23	8
Всего	9(19,1%)	30(63,8%)	8 (17,1%)

Основные жалобы при поступлении: боль в спине, затрудненное дыхание в момент травмы и иногда некоторое время после. Локально у всех больных отмечалась болезненность при пальпации и перкуссии остистых отростков, напряжение мышц спины, так же боль при осевой нагрузке. До 68 % больных отмечается психомоторное возбуждение при обращении к врачу, как общая реакция на травму. Детям при госпитализации проводился неврологический осмотр и общеклинические анализы. Всем пострадавшим, обратившимся с подозрением на перелом позвоночника произведены обзорная рентгенография позвонков в двух проекциях.

Для более детальной верификации диагноза нами применен современный метод диагностики - компьютерная томография (КТ). Метод основан на томоденситометрическом измерении плотности костной структуры тела позвоночника. При компрессионном переломе в 100% случаях отмечено повышение костной плотности поврежденного позвонка по сравнению со здоровым позвонком.

КТ производилась 33 (70,2%) детям с целью уточнения диагноза. Из 33 больных, которым производилась КТ-ое исследование, в 9 случаях

на КТ верифицированы не только компрессия тел, но и продольные переломы. У 5 больных выявлен оскольчатый перелом тел позвонков со смещением осколков без сдавления дурального мешка спинного мозга.

Вопрос о сроках консолидации поврежденных позвонков остается до сих пор открытым. И наши и зарубежные специалисты дают различные сроки. По данным различных авторов сроки консолидации при компрессионном переломе от 4 до 6 месяцев у взрослых. Мы придерживались срока стационарного лечения от 35 –до 45 суток. Для определения сроков консолидации поврежденного позвонка нами производились КТ в динамике. И при этом выявлено, что через 2,5 месяца при повторном обследовании разность плотности костных структур здорового и поврежденного позвонка уравниваются, что говорит о завершении репаративного процесса, то есть консолидации перелома позвонка.

Лечение:

1 этап стационарно.

2 этап амбулаторно.

Ранее, нами использовались традиционная терапия компрессионных переломов тел позвонков у детей: симптоматическая, общеукрепляющая терапия, 4 периода ЛФК по Иванову, массаж.

Учитывая данные КТ исследования нами усовершенствована методика лечения компрессионных переломов позвоночника у детей, где 1 период длится 12-14 дней, 2 период 14-18 дней, 3 период 12-16 дней стационарно, а 4 период амбулаторно.

В первом периоде учитывая реакцию на стресс проводилась антиоксидантная терапия (вит Е, аскорбиновая кислота, электрофарез с зуфиллином), обезболивающая терапия (анальгин, электрофарез с новокаином), десенсибилизирующая терапия (димедрол, супрастин), противовоспалительная терапия, физиолечение (УВЧ, магнитотерапия). Если имеется нарушения на ЭМГ, лечение расширяли с добавлением сосудистых препаратов, ноотропов и витаминов группы В.

В третьем периоде с 26 суток после травмы с целью интенсификации восстановительных процессов назначали массаж, электрофорез с 10% хлорид кальция и парафиновые аппликации 10 сеансов. А так же учитывая возрастной аспект, с целью ранней активизации в третьем периоде детям одевали полужесткий корсет и переводили в вертикальное положение.

После выписки из клиники рекомендовалось ЛФК по Иванову четвертый период не менее одного года. В течение 1 года освобождали от занятий физкультуры. Наблюдение в динамике, контрольная КТ показало, что консолидация перелома тел позвонка наступает раньше, чем мы предполагали.

Таким образом, рекомендуемая нами терапия способствует раннему восстановлению костной структуры тела поврежденного позвонка.

Проводимая контрольная КТ в динамике является основным методом для определения срока консолидации компрессионного позвонка.

АНАЛИЗ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

*А.К. Карабеков, Б.Ж. Нускабаев, А.О. Усербаев, Т.А. Бегманов,
Н.С. Мухангалиев, Д.М. Байгут, С.С. Кыдыралиев, М.О. Арыстанов
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент.
Областная детская больница, Шымкент, Казахстан*

Цель работы: Улучшение результатов комплексного хирургического и химиопротективного лечения детей с эхинококковыми кистами головного мозга.

Материалы и методы: Обследовано 16 больных с эхинококковыми кистами головного мозга, оперированных в областной детской больнице с 2006 по 2009 г.г., в возрасте от 4 до 12 лет. Больным проведено клинично-лабораторное, инструментальное обследование, включая компьютерную томографию головного мозга до и после оперативного лечения, рентгенографию грудной клетки, УЗИ печени.

Чаще всего встречались больные, 14 случаев, с одиночными кистами головного мозга. В

2 случаях имелись множественные паразитарные кисты головного мозга, расположенные в одном полушарии. Сочетанный эхинококкоз встречался в 3 случаях из 16 больных, у двоих обнаружен эхинококкоз печени, у одного – легких и печени.

Комплексное хирургическое лечение включало; предоперационную химиопротективную Бильтрицидом (Празиквантел), далее удаление кисты костно-пластическим методом, антипаразитарную интраоперационную обработку остаточной полости 80% глицерином в экспозиции 7 минут, в послеоперационном периоде проводилась химиопротектика рецидива препаратом Зентел, 3 курса по 28 дней, с 2 недельными перерывами.