

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 химиопротективная рецидива препаратом Зентел, 3 курса по 28 дней, с 2 недельными перерывами.

У 14 детей получены хорошие послеоперационные результаты с полным регрессом неврологической симптоматики. У 2 больных с множественными кистами наблюдался рецидив, один из которых закончился летальным исходом, у второго пациента на контрольном КТ головы образовалась гигантская остаточная полость без прогрессирования ее объемов, и

стойким неврологическим дефицитом. У обоих больных не было возможности приема препарата Зентел.

Заключение: На основании данного анализа можно предположить, что комплексное хирургическое и химиопрофилактическое лечение является эффективным и обязательным при лечении эхинококковых кист головного мозга.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРЕПАНАЦИИ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ У ДЕТЕЙ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ СУБТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*А.В. Ким, О.В. Голубова, Я.А. Кундиренко,
К.Э. Лебедев, К.И. Себелев, А.А. Витик, М.Р. Рабандияров
ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург, Россия
АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», Астана, Казахстан*

Пациенты с опухолями задней черепной ямки в послеоперационном периоде составляют известную группу риска по развитию ряда осложнений, в том числе, связанных с зоной хирургических манипуляций: псевдоменингоцеле, ликворея, инфицирование и/или несостоятельность раны. В большинстве таких случаев заболевание осложняется развитием или усугублением гидроцефально-гипертензионного синдрома, который требует дополнительной хирургической коррекции. При любом подобном варианте течения патологического процесса удлиняется длительность послеоперационного периода, возникает необходимость в повторной операции, что нередко сопровождается возникновением неврологического дефицита и инвалидизации больного.

Одним из дискутируемых в настоящее время в литературе факторов, которые могут влиять на формирование вышеперечисленных осложнений и тем самым определять эффективность лечения пациентов с новообразованиями субтенториальной локализации, является особенность краниотомии задней черепной ямки. Учитывая то, что у детей более половины опухолей головного мозга расположены ниже тенториума, обуславливает актуальность данной проблемы.

Долгое время единственным традиционным в хирургии задней черепной ямки методом краниотомии являлась резекционная трепанация чешуи затылочной кости и большого затылочного отверстия без последующей пластики костного дефекта. Данный вид трепанации позволял формировать достаточно большое трепанационное окно в зависимости от локализации патологического очага и выбора

хирургического доступа. А отсутствие костного лоскута расценивалось как дополнительный фактор декомпрессии, облегчающий течение послеоперационного периода на фоне отека мозжечка и ствола мозга, возникающего у большинства больных. Считалось, что наличие мощного мышечно-фасциального каркаса является достаточным защитным фактором и не требует в дальнейшем дополнительной костной пластики. Однако, неизбежным последствием подобного подхода является формирование грубых сращений между мягкими тканями, оболочками мозга и сосудисто-невральными элементами, существует потенциальный риск повреждения структур задней черепной ямки в виду их незащищенности ригидными костными структурами, а у части больных развивается стойкий посттрепанационный синдром. Данные проблемы особенно актуальны для пациентов детского возраста в виду отсутствия или недоразвития мышечного слоя краниовертебральной области.

Цель работы: Провести сравнительный анализ способов краниотомии задней черепной ямки у пациентов детского возраста с субтенториальными новообразованиями.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ течения послеоперационного периода у 43 пациентов в возрасте от 3 мес. до 17 лет с опухолями задней черепной ямки, оперированных в ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова (Санкт-Петербург) за период с января 2007 по март 2009 гг. Всем больным осуществлялось стандартное клинко-интроскопическое и электрофизиологическое обследование до и после операции.

Все больные были разделены на две группы: