

Хирургическое лечение нами произведено у 30 (88,2%) детей. В 5 случаях удаление липомы сочетались с ликворорунтирующими операциями. В 14 (46,7%) случаях отмечались послеоперационные осложнения проявившиеся ликвореей (3), расхождением краев раны (1), обострением хронических заболеваний (4), нагноением (1) и аллергической реакцией (1). Послеоперационные осложнения при липоменингомиелоцеле обусловлены большой травматичностью удаления огромных липоматозных разрастаний, наличием значительных дефектов твердой мозговой оболочки. В нашем исследовании у 5 больных проведено повторные операции при липомах. Существенным моментом, сдерживающим распространение хирургических методов лечения липоменингоцеле у детей младшего возраста, было углубление неврологического дефицита после операций. Углубление неврологических нарушений нами отмечено в 4 (13,3%) наблюдениях. Его можно избежать по нашему мнению, благодаря

внедрению и применению увеличительной оптики, микроинструментария и всего комплекса микрохирургической техники.

Катамнез исследован нами у 15 больных в периоде от 1 года до 5 лет после операции. Регресс неврологических нарушений выявлен у 7 (46,7%) детей, полное восстановление функции тазовых органов отмечено в 2 наблюдениях.

Таким образом, профилактическая направленность операций у детей раннего возраста обеспечивало благоприятное течение заболевания, снижало степень инвалидизации и при внедрении микрохирургии, увеличительной техники, ультразвуковых аспираторов и операционного монитора не углубляло неврологических, урологических и ортопедических нарушений. Если у больных имели место грубые неврологические нарушения в виде нижней параплегии, грубые тазовые и ортопедические нарушения или длительно прогрессирующий синдром фиксированного спинного мозга, то они не позволяют надеяться на улучшение состояния после операции.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЕРМАЛЬНЫМ СИНУСОМ

**Г.М. Еликбаев, *В.А. Хачатрян, **М.Р. Рабандияров*

**Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова, Санкт – Петербург, Россия*

***Республиканский научный центр нейрохирургии, Астана, Казахстан*

Дермальный синус является дефектом развития в виде канала выстланного эпителием по средней линии позвоночника и распространяющегося от поверхности кожи внутрь позвоночного канала до твердой мозговой оболочки, подпаутинообразного пространства спинного мозга, приводящий к фиксированному спинному мозгу, а также соединяющий содержимое его с поверхностью тела.

Изучены результаты обследования и лечения 12 детей с дермальным синусом, пролеченных в ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова с 2000 по 2008 гг. Возраст больных колебался от 6 месяцев до 12 лет.

Кожное отверстие дермального синуса в 5 наблюдениях сочеталась с зоной кожной пигментации, капиллярной гемангиомой, пучком грубых волос. В 9 (75%) случаях кожные проявления служили основными жалобами больных. Дермальный синус сочетался в 5 (41,5%) случаях со spina bifida occulta, в двух наблюдениях с липомой и синдромом фиксированного спинного мозга. В 2-х случаях встречалось сочетание диастематомии с дермальным синусом, что определяло необходимость тщательного исследования

позвоночника на всем протяжении у больных с дермальным синусом.

Неврологическая симптоматика у больных с дермальным синусом всегда была обусловлена тремя причинами: врожденной дисплазией спинного мозга (миелодисплазией), наличием объемного образования в позвоночном канале и воспалительным процессом.

Двигательные нарушения проявлялись нижним вялым парезом (58,3%), тетрапарезом (8,3%) с гипестезией нижних конечностей (25%). Нарушение функции тазовых органов выявлено у 50% детей, проявляющиеся сочетанием недержанием мочи и кала. У 6 больных отмечено ортопедические нарушения в виде искривление позвоночника, косолапости с нарушением походки.

Среди лучевых методов диагностики нами у 10 (83,3%) пациентов проведено МРТ исследование, у 2 выполнено КТ. Среди интраоперационных методов применялись спондилография (4), фистулография (4), электронейромиография (2) и УЗИ (2). Уродинамическое исследование проведено у двух больных.

Операцию выполняли сразу после установления диагноза, так как известно, что рост

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 проявлявшиеся 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