

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов,
Б.П. Алиев, Х.Ё. Гафаров

Самаркандский ф-л ДХ РСНПМЦ педиатрии
г. Самарканд, Узбекистан

В настоящее время одной из актуальных проблем детской хирургии являются вопросы диагностики и хирургического лечения таких тяжёлых пороков развития центральной нервной системы, как спинномозговые грыжи у детей – выпячивание элементов спинного мозга через дефекты дужек позвонков.

В Самаркандском филиале детской хирургии РСНПМЦ педиатрии в 2004-09 гг. в отделении хирургии новорожденных находились 88 больных со спинномозговыми грыжами в возрасте от 1 до 6 мес. С грыжами поясничного отдела позвоночника было 50%; грудно-поясничного отдела – 29,5%; пояснично-крестцового отдела – 10,2%; шейного – 5,7%; грудного – 4,6% больных. Менингоцеле отмечалось у 48,9%; менингомиелоцеле – у 30,7%; менингоцистоцеле – у 17,0% детей, и у 3,4% – отмечался рахизис. Осложнения в виде разрыва оболочек и вторичного менингоэнцефалита отмечались у 13,6% новорожденных, у 37,5% наблюдались признаки гидроцефалии. В 47,9% случаях отмечалось нарушение функции тазовых органов и нижний парапарез. В 2 случаях – сочетание грыжи с другими пороками развития органов и систем (косополость верхних и нижних конечностей). Всем больным проведено общепринятые методы обследования, и целенаправленное ультразвуковое и рентгенологическое исследования. УЗИ проведено на аппарате ALOKA SSD 1400 при этом определяли толщину кожи спинномозговой грыжи, дефект дужек позвонков, грыжевое содержимое и размеры грыжевых ворот. С помощью рентгенологических исследований определены состояние позвонков вовлеченных в патологический процесс, фронтальные размеры позвонков и наличие аномальных отклонений в них. 86 больным произведена герниотомия с миофасциальной пластикой, 2 больных с рахизисом из-за несовместимости данной патологии с жизнью экзектировали. Летальные исходы наблюдались в 5,6% случаях, причинами которых явились вторичный менингоэнцефалит и прогрессирующая внутричерепная гипертензия.

Таким образом, результаты лечения показывают необходимость наиболее раннего оперативного вмешательства до развития различных осложнений у новорожденных. Примененные ультразвуковые и рентгенологические методы обследования позволили выбрать оптимальный вариант оперативного вмешательства.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов,

М.Д. Бургатов, Р.Х. Исрофилов

Самаркандский ф-л ДХ РСНПМЦ педиатрии
г. Самарканд, Узбекистан

Диагностика и лечение абдоминальной травмы остаётся актуальной проблемой неотложной хирургии детского возраста.

В клинике с 1995 по 2007 г. пролечено 257 детей с закрытой травмой живота в возрасте от 6 месяцев до 16 лет. Из них мальчики – 70%, девочки – 30%. Большинство травм (69%) регистрировались в летне-осенний период. В 67% случаях отмечена бытовая травма, в 17% – автотравма, в 15% – спортивная травма, «жестокое обращение с ребенком» – в 1% случаях.

У 72% диагностирован ушиб мягких тканей передней брюшной стенки; у 28% – различные повреждения органов брюшной полости. Из них у 36 (51%) пострадавших диагностированы повреждения паренхиматозных органов: у 26 повреждение селезенки; у 10 – печени. Изолированные повреждения были у 21 ребенка, множественные – у 2. У 13 пострадавших было сочетанное повреждение: у 2-х – разрыв селезенки и почки. В 7 случаях повреждение паренхиматозных органов сочетались с черепно-мозговой травмой, в 4 – с переломами костей.

Диагностика травмы основывалась на данных клинико-лабораторных, рентгенологических исследований, ультразвуковой сонографии, лапароскопии, лапароцентеза, а при сочетании с другими повреждениями – экскреторной урографии, краниографии, ЭХО-энцефалографии, при необходимости – компьютерной томографии. Основными факторами, обуславливающими тяжесть состояния ребенка после травмы явились шок и кровопотеря, причем шок диагностирован у 10 пострадавших с сочетанной травмой и у 7 с изолированной.

Оперировано 31 пострадавших детей. 12 больным с повреждением селезенки 2-3 степени и продолжающимся кровотечением произведено ушивание разрыва селезенки, в 9 случаях при повреждении селезенки 3-4 степени произведена спленэктомия, которая в 5 случаях дополнялась с имплантацией селезеночной ткани в сальник, 5 больных с повреждением селезенки 1-2 степени при стабильной гемодинамике вылечены консервативно. Ушивание разрыва печени выполнено 8 больным, дренирование гематомы печени – в 2 случаях. Летальный случай был у 1 (2,2%) ребенка с сочетанной тяжелой черепно-мозговой травмой.

Таким образом, комплексный подход к диагностике, неотложная рациональная хирургическая тактика и интенсивная терапия в условиях специализированной детской хирургической клиники позволяет добиться хороших результатов в лечении данной категории больных.

ФАКТОРЫ РИСКА У ПОЛИМОРБИДНЫХ ДЕТЕЙ

М.М. Юсупова, М.Р. Рустамов,
А.А. Абдусаламов, М.Ж. Аширова

Самаркандский ГМИ, СФ РНЦЭМП, Узбекистан