

закрытая травма живота с повреждением полых органов — 11 (9,8 %), огнестрельные ранения брюшной полости — 4 (3,6 %), язвенно-некротический энтероколит — 4 (3,6 %), инвагинация — 1 (0,9 %), перфоративная язва желудка — 1 (0,9 %), гастродуоденит — 2 (1,8 %). Дети с распространенным перитонитом были разделены на две группы, в первую вошли дети, оперированные с применением лапаростомии, во вторую были отнесены дети, оперированные с дренированием брюшной полости. В первой группе было 54 ребенка, с наиболее тяжелыми формами перитонита, более длительными сроками заболевания, во вторую было 58 детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В первой группе количество программированных плановых санаций составило от одной до четырех. Восстановление функции кишечника отме-

чалось на 3—4 сутки. Средняя длительность стационарного лечения составила 28 дней. Проведенные нами сравнительные исследования показали, что применение открытого (лапаростомия) метода лечения распространенного перитонита у детей обеспечивает меньшую продолжительность эндотоксикоза, раннее купирование болевого синдрома и восстановление функции желудочно-кишечного тракта. Однако во второй группе средние сроки госпитализации составили 21 день, а количество послеоперационных осложнений было меньше. Летальных исходов при лечении перитонита не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при тяжелых формах перитонита оправдано применение лапаростомии, в более легких случаях показан закрытый метод лечения.

А.Д. Ефременко, С.Н. Николаев, *К.В. Ватолин, *А.Г. Пинигин

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПИННОМОЗГОВОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ

Детская краевая клиническая больница (Хабаровск)

**Российский государственный медицинский университет (Москва)*

До сегодняшнего дня остается открытым вопрос показаний и сроков оперативного лечения детей со спинномозговыми грыжами. Ошибки в диагностике и тактике лечения в некоторых случаях приводят к необратимым неврологическим осложнениям. За период с 1994 по 2004 гг. проведено исследование 41 ребенка, находившегося на лечении, со спинномозговой грыжей. Мальчиков было 21, девочек 20. Возраст поступавших детей колебался от 2-х часов жизни до 16 лет. В комплекс диагностических мероприятий применялись методы современной диагностики (УЗИ, МРТ, КТ).

Локализация по отношению к отделам позвоночника проявлялась: грыжей шейного отдела — 1, грудного отдела — 1, груднопоясничного — 4, поясничного отдела — 10, пояснично-крестцового отдела — 20, крестцового — 5. По характеру грыжевого выпячивания диагностированы следующие виды грыж: рachiшизис — 1, менингоцеле — 4, менингомиелоцеле — 6, менингодикулоцеле — 20, менинголипомиелоцеле — 8 отщипнувшаяся грыжа — 1, дермальный синус — 1. Сопутствующая патология распределялась следующим образом: тугоухость, глухонмота — 1, почечная патология — 1, нарушение функций тазовых органов — 12, атония кишечника — 1, долихосигма — 3, вальгусная деформация конечностей, косолапость — 5, сколиоз — 8, парезы и параличи нижних конечностей — 11, кардиопатии — 3. Проявления разной степени гидроцефалии отмечено в 42,5 % случаев, мальформация Арнольда-Киари-П в 35,3 %. Основной метод оперативного лечения у

данных больных — мышечно-фасциальная пластика грыжевых ворот по методу Байера. В последние годы предпочтение отдается методу Чека. При этом выполняется декомпрессивная ламинэктомия, го-мопластика консервированной плацентой.

При изучении ближайших и отдаленных результатов пластики грыжевых ворот отмечались единичные случаи послеоперационного нагноения, расхождения швов. Однако проблема оперативного лечения спинномозговых грыж не является решенной, так как клиническая картина оперированных зачастую не является удовлетворительной. Так как простое иссечение спинномозговой грыжи и пластика дефекта вертебрального канала у маленького ребенка позволяют лишь устранить косметический дефект. Это в большинстве случаев, не решает фатальных проблем неврологических выпадений, не обеспечивают функционального восстановления органов малого таза и нижних конечностей. Вместе с тем, существует возможность частичного восстановления утраченных функций проводникового аппарата спинного мозга и происходит оно более благоприятно после устранения сдавления спинного мозга и восстановления ликвородинамики. На наш взгляд первичная операция должна быть направлена на устранение первично фиксированного и профилактику вторично фиксированного спинного мозга. Для успешного оперативного лечения необходим также комплекс диагностических мероприятий включающий в себя и эффективные методы современной диагностики (УЗИ, МРТ, КТ).