

нижним парапарезом и 85% нарушением функций тазовых органов. Клиническое течение СМГ осложняется инфицированием грыжи 15%, ликвореей с риском восходящей инфекции - 12,5%. В 27,5% требуется экстренное оперативное вмешательство, 72,5% оперируются в плановом порядке.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

К.А. Пушкарёв

**Казахский национальный медицинский университет, ДГКБ №1,
Алматы, Казахстан**

Сосудистые заболевания головного мозга становятся в последние годы одной из важных медико-социальных проблем. Они наносят огромный экономический ущерб обществу, являются частой причиной экстренной госпитализации, занимают третье место среди причин смертности и инвалидизации детского населения. На сегодняшний день нет достоверных данных об уровне заболеваемости, летальности и последствиях церебральных инсультов у детей.

Целью работы было выявить возможные причины и частоту возникновения, а также летальность нетравматических острых нарушений мозгового кровообращения у детей до 1 года жизни, определить тактику хирургического лечения нейроинсультной патологии.

Проведен анализ 287 историй болезни детей в возрасте от периода новорожденности до 14 лет, находившихся на стационарном лечении ДГКБ №1 Алматы с 1999 по 2008 г. Диагностика нейроинсультной патологии у детей основывалась на результатах комплексного обследования: анамнез, клиническо-неврологические данные, нейросонография, КТ, офтальмоскопия, гемостазиограмма, ИФА.

Выявлена прогрессирующая динамика роста частоты возникновения церебральных инсультов: в 1999 году частота составила 0,9% (19 больных), а 2008 году достигла 32,4% (59 больных) от общей группы нейрохирургических больных. Выявлены показатели летальности анализируемой группы больных: в 1999 году - 29% (4 больных), в 2008 году - 45,5% (15 больных).

На наш взгляд, причинными факторами являлись: ВУИ 90%, нарушения гемостаза 8%, перинатальные поражения ЦНС 2%, которые реализовались в фазе декомпенсации основных заболеваний.

В экстренном порядке оперированы 20,4% больных. Были проведены дифференцированные хирургические манипуляции: пункции субдурального пространства, боковых желудочков с последующим дренированием, малотравматичные краниотомии с удалением гематом, разгрузочные люмбальные пункции и другие хирургические вмешательства.

Таким образом, нейроинсультная патология наиболее часто возникает у детей в первые три месяца жизни, что составляет 84,7% от общего количества обследуемых детей. Выявлены причинные факторы, вызывающие цереброваскулярную патологию (ВУИ, нарушение гемостаза, перинатальное поражение ЦНС). Хирургическое лечение в данной группе показано 20,4% больных.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ПЛАСТИКИ ЛОКАЛЬНОГО ДЕФЕКТА КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У ДЕТЕЙ

З.Х.Танат

**Казахский национальный медицинский университет, ДГКБ №1,
Алматы, Казахстан**

В настоящее время увеличилось число травм у детей, связанных с повреждением и дефектом кожных покровов. В основном это скальпированные раны, ожоги IIIАБ – IIIБ степени, гранулирующие раны, что составляет около 65% от всех повреждений кожи. В свою очередь, перед хирургом встает вопрос о выборе метода пластики дефекта кожного покрова, не вызывающий трудности в ходе операции и исключающий послеоперационные осложнения.

Нами поставлена цель упростить метод пластики локальных дефектов кожного покрова.

Проанализированы 63 истории болезни детей за 2008 год с локальным дефектом кожного покрова различной локализации. Проведена первичная пластика дефекта местными тканями – 15 больным, 9 - пластика дефекта 2-х этапной итальянской пластикой, 32 - с применением аутоотрансплантата. Все вышеуказанные операции были проведены под общим обезболиванием. Выявлено, что практически у всех больных отмечался частичный, а в некоторых случаях - полный некроз местной ткани, что приводило к длительному заживлению и пребыванию в стационаре. В связи с этим на клинической базе кафедры ДГКБ №1 семерым больным была произведена пластика с применением «Коллост-мембраны»: 1 ребенку – без применения пластики местными тканями, 1 – после локального электроожога IIIБ степени, 1 ребенку – без применения 2-х этапной итальянской пластики, 4-м – пластика гранулирующих ран без применения аутоотрансплантата.

При применении данного метода пластики сокращалось время операции (до 30 минут), при пластике гранулирующих ран использовалась местная анестезия. В послеоперационном периоде дети находились в стационаре 5-7 дней, и полное заживление ран наблюдалось на 15-20 сутки, а заживление при традиционных методах – от 30 до 45 дней.

Таким образом, при данном методике с применением «Коллост-мембраны» сокращается длительность операции, отсутствует необходимость в донорских ранах, которые, в свою очередь, могут привести к образованию рубцов, сокращается длительность операции. Данный метод может применяться в амбулаторных условиях.