

каудальных отделов позвоночника, комплекс которых условно объединяется термином миелодисплазия.

Оперативные вмешательства при врожденной патологии спинного мозга у детей с недержанием мочи были направлены на восстановление нормальных топографо-анатомических взаимоотношений элементов спинного мозга и проводникового аппарата, восстановлению целостности утраченных нервных сегментов и на снятие патологических супраспинальных влияний. Объем оперативного вмешательства у детей с пороками развития каудального отдела позвоночника, зависит от степени выраженности изменений позвоночного канала, распространенности и связи с корешками спинного мозга. Условно их можно разделить на две группы: операции, направленные на восстановление нормальных топографо-анатомических взаимоотношений элементов спинного мозга и проводникового аппарата и операции по снятию патологических ирритативных супраспинальных влияний.

Опыт наших собственных наблюдений (более 600 нейрохирургических вмешательств на проводниковом аппарате спинного мозга) позволил доказать, что невролиз корешкового аппарата устраняет сдавление спайками и кистами, т.е. осуществляет декомпрессию нервного волокна и, кроме этого, в ходе тщательного невролиза удастся восстановить внутреннее субдуральное пространство и нормальную ликвородинамику, что является одним из основных условий их нормального функционирования.

По нашему мнению, первичные герниопластики у детей со спинномозговыми грыжами в периоде новорожденности должны проводиться только по строгим показаниям. Такими показаниями могут служить – разрыв оболочек грыжи, ликворрея с возможностью инфицирования и развитием менингита, а также значительные размеры грыжевого мешка, приводящие к большим неудобствам ухода за ребенком. Оптимальным для оперативного вмешательства является возраст ребенка старше 6 мес. При осложненном течении (разрыв оболочек грыжевого мешка, ликворрея) показано экстренное оперативное пособие. При первичной герниопластике операции должны быть направлены на устранение первично-фиксированного спинного мозга.

Эффект приведенных оперативных вмешательств наступает практически сразу после выхода из наркоза, имеет стойкий характер и заключается в исчезновении патологических клонусов стоп, уменьшении спастичности нижних конечностей, значительном увеличении эффективного объема мочевого пузыря, падении внутрипузырного давления, появлении позыва на мочеиспускание.

Следует помнить, что у детей с пороками развития каудальных отделов позвоночника и спинного мозга и выраженными нарушениями иннервации тазовых органов и нижних конечностей подобные виды пластики являются операциями выбора.

### **Морфогенез дисплазии почек у детей с пороками развития мочевой системы**

*Николаев С.Н., Севергина Э.С., Меновицкова Л.Б., Лодыгина Е.А.*

Кафедра детской хирургии РГМУ. Кафедра патологической анатомии ММА им. И.М.Сеченова. г.Москва

Инициация разнообразных эмбриопатий мочевой системы под действием тератогенных факторов происходит от 7-10 недель внутриутробного развития. Этот период считается критическим для почечной структуры, поскольку при неблагоприятном воздействии в это время появление нефронов может быть заторможено (дисплазия) или прекращено (гипоплазия). Причина в патологическом росте вольфова протока и индукции разнообразных нарушений в формировании метанефрогенной бластемы и в последующем окончательной почки. Данные изменения могут проявляться как на клеточном уровне, так и на уровне органной патологии.