

ОБ ОПЫТЕ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Маханова Н.Ю., Олиферчук М.К., Чунарев В.Ф.

*НУЗ «Отделенческой больницы» на ст. Кемерово ОАО «РЖД»;
Кемеровская государственная медицинская академия*

Реабилитационные технологии занимают особое место в периоде раннего детского возраста. Отделение реабилитации детей раннего возраста на базе «Отделенческой больницы» на ст. Кемерово было открыто в 2003 г. как коммерческое подразделение. В штат отделения входят врачи — педиатры, невролог, отоларинголог, врач ЛФК, физиотерапевт, инструкторы ЛФК, массажисты, медицинский психолог и педагог раннего развития. Деятельность осуществляется в трех направлениях: лечебное, реабилитационно-восстановительное и профилактическое (25%, 50%, 25% соответственно от общего объема услуг). Отделение принимает детей с перинатальными поражениями ЦНС и их последствиями, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, ослабленных и часто болеющих, с бронхиальной астмой в стадии ремиссии и практически здоровых. Пропускная способность составляет до 50 человек в сутки. Реабилитационные программы включают массаж, ЛФК, гидрокинезотерапию, лечебное и оздоровительное плавание, саунотерапию, избирательную гидротермотерапию, физиопроцедуры, кислородные коктейли и фиточаи, психолого-педагогическое сопровождение семьи, коррекционную педагогику, занятия педагога по программам раннего развития с широким применением подвижных игр (в соответствии с навыками, возрастом, и уровнем физического развития), для родителей — школы и лекции, которые переходят в регулярные клубные занятия с элементами оздоровления.

Было осуществлено наблюдение за состоянием здоровья и развитием 120 детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет. 40 детей занимались регулярно более 6 мес. Дети этой группы имели более высокие показатели физического развития (90-95 перцентили), ускоренные темпы нервно-психического развития (дети на 1–2 мес. раньше начинали ходить и говорить по сравнению со своими сверстниками), устойчивую психоэмоциональную связь с матерью, повышенную выносливость, респираторные заболевания протекали у них в более легкой форме и с меньшей частотой осложнений. Кроме того, они были хорошо адаптированы к воде и показывали высокие спортивные результаты (плавали и ныряли без страха).

Таким образом, дополнение классических схем реабилитации детей раннего возраста лечебным и оздоровительным плаванием стимулирует физическое и нервно-психическое развитие и позволяет добиться положительных результатов в состоянии их здоровья.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО И НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ГЕПАРИНОВ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Махова Е.Г., Выходцева Г.И., Волкова Ю.В., Скударнов Е.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Важную роль в патогенезе нарушений в системе гемостаза при гломерулонефрите отводят нарушениям в системе естественных антикоагулянтов, главным образом дефициту АТ III, в связи с протеинурией отмечается исходный дефицит АТ III.

Гепарин ускоряет инактивирование тромбина АТ III, при этом последний потребляется. Таким образом, определение активности АТ III необходимо для контроля терапии нефракционированным и низкомолекулярным гепаринами.

Показаниями к назначению антикоагулянтов у больных с острым постстрептококковым гломерулонефритом (ОПСГН) было наличие гиперкоагуляции по АПТВ, высокая тромбинемия (по РФМК — ОФТ-

тест). Эффективность терапии оценивалась данными гемостаза: АПТВ, ОФТ, АТ III и клинической динамикой основного заболевания.

Нами было обследовано 6 больных, находившихся на лечении в клинике педиатрии АГМУ с ОПСГН в возрасте от 2 до 7 лет, получавших гепарина в дозе 150–200 МЕ/кг подкожно, или внутривенно с целью профилактики внутрисосудистого свертывания. Продолжительность гепаринотерапии 2–4 недели, с постепенным снижением дозы и отменой. Клексан (низкомолекулярный гепарин) назначался в дозе 1 мг/кг 1 раз в сутки подкожно в околопупочную область.

На фоне применения гепарина и клексана у детей с ОПСГН было отмечено: на 3–5 день лечения антикоагулянтами достигалось уменьшение гиперкоагуляции при сохранении активности АТ III в пределах активной нормы, снижение уровня протеинурии и стабилизация АД, что может свидетельствовать о целесообразности проводимой терапии и адекватно подобранной дозе препарата.

Таким образом, комплексная терапия с включением антикоагулянтов приводит к быстрой нормализации показателей гемостаза и клиническому улучшению основного заболевания. Рецидивов гиперкоагуляции и геморрагических осложнений не отмечалось, контролируемое количество тромбоцитов было у всех больных в пределах нормы. Все наблюдавшиеся нами больные получали антибактериальную, антиагрегантную, симптоматическую терапию.

НЕЙРОБЛАСТОМА У ДЕТЕЙ ЧИТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мацеха Е.П., Лепаловская О.А., Бишарова Г.И.

*Филиал Государственного учреждения здравоохранения Научный центр
медицинской экологии Восточно-Сибирского Научного центра Сибирского
отделения Российской АМН, Чита*

Цель работы: Анализ заболеваемости, распространенности и результатов терапии пациентов до 15 лет с нейробластомой за период с 1996 по 2004 годы в Читинской области.

Материалом для исследования послужили данные регионального Регистра болезней крови, иммунной системы и онкологических заболеваний у детей и подростков. За период с 1996–2004 годы в Читинской области было зарегистрировано 212 детей со злокачественными новообразованиями в соответствие с международной классификацией детского рака (ICCC). Из общего количества заболевших 7 детей были с нейробластомой.

Нейробластома — это эмбриональная злокачественная опухоль, происходящая из клеток-предшественников симпатической нервной системы. В структуре заболеваемости детей злокачественными новообразованиями нейробластома составляет по данным разных регистров 3–10%. Средний «грубый» показатель заболеваемости детей нейробластомой за исследованный период составил 0,26 на 100 000 детского населения, что значительно ниже среднемирового уровня — 0,9 на 100 000 детского населения. В структуре заболеваемости онкологической патологией у детей Читинской области нейробластома встречалась в 3,3%, что также является довольно низким показателем. Возраст заболевших больных отличался от российских и мировых данных — детей до 3 лет среди заболевших не было (в мире по разным данным число детей до 3 лет составляет от 60 до 80% заболевших), дети от 3–9 лет 4 человека, дети 10–11 лет — 3 детей. Общая 5-ти летняя выживаемость составила 42,8%. В структуре морфологических вариантов нейробластомы у 5 детей (71,4%) имела место опухоль из наименее дифференцированных клеток-предшественников — симпатогониома. Среди детей с этим морфологическим вариантом жив 1 ребенок, период наблюдения без признаков рецидива 17 мес. У 2 детей (28,6%) морфологически верифицирована наименее злокачественная опухоль из группы нейробластомы — ганглионейробластома. Оба ребенка живы после проведенного комплексного лечения, период наблюдения более 5 лет. По локализации поражения картина характерная для данного вида злокачественного образования у детей: 71,4% — забрюшинное пространство (все опухоли забрюшинного пространства относились к симпатогониомам). У 1 ребенка отмечалось поражение средостения, у 1 — поражение носоглотки, в обоих случаях имела место ганглионейробластома. У 3 детей заболевание выявлено в III стадии, у 2 детей — IV стадия, у 2 (ганглионейробластома) — II стадия.

ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ФИЗИЧЕСКОЕ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Маюн Л.Б., Максимова О.Г., Баранова Т.И., Петрухина И.И.

Читинская государственная медицинская академия

Целью настоящего исследования явилась оценка динамики физического (ФР) и нервно-психического развития (НПР) детей первого года жизни, проживающих в Читинской области в зависимости от вида вскармливания. ФР оценивалось с помощью центильных шкал с определением соматотипа и гармоничности развития. Оценка НПР осуществлялась по бальной системе: 3 балла соответствовало I группе НПР, 2 балла — II группе НПР и 1 балл — III группе НПР. Всего обследовано 326 детей (166 девочек и 160 мальчиков) методом случайной выборки, имевших при рождении нормальные показатели массы и длины тела, без выраженной перинатальной патологии центральной нервной системы. Все обследованные были разделены на 3 группы: 1 — дети, находящиеся на вскармливании грудным молоком более 9 месяцев; 2 — дети, находящиеся на смешанном вскармливании с 3 месяцев; 3 — дети, переведенные в 3 месяца на искусственное вскармливание. Проведенный анализ показал, что около 70% детей первого года жизни в Читинской области в 2004–2005 гг. находились на естественном вскармливании, большинство из них проживало в сельской местности. Для искусственного вскармливания в 91,7% случаев использовались современные адаптированные молочные смеси, и только в 8,3% — коровье молоко; прикормы вводились своевременно в 75,6%, у остальных детей — раньше. Дети, находившиеся на естественном и смешанном вскармливании, имели мезосоматический тип и гармоничное развитие. При этом 83,6% детей, получавших грудное молоко, 78,5% младенцев, находившихся на смешанном вскармливании, и 66,3% детей, имевших искусственное вскармливание, отнесены к I группе НПР. Среди детей, имеющих I группу НПР, преобладали младенцы с макро- и мезосоматическим типом ФР (88,8 и 80,5% соответственно). У детей с микросоматотипом в 25,5%, с мезосоматотипом в 19% и макросоматотипом в 11,1% случаев выявлена II группа НПР. III группа НПР среди обследованных нами не обнаружена.

Таким образом, полученные нами данные подтверждают положение о том, что грудное вскармливание способствует более гармоничному физическому развитию детей, формированию мезосоматического типа телосложения и высокому уровню нервно-психического развития.

ЗНАЧЕНИЕ САЛИВАРНОГО ГОМЕОСТАЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВАЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

**Маянская И.В., Шабунина Е.И., Толкачева Н.И., Потехин П.П.
Ашкинази В.И., Горник С.М.**

Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии

В настоящее время является общепризнанным, что иммунная защита полости рта представлена компонентами из двух источников: местно синтезируемыми факторами (s IgA, лактоферрин, лизоцим, муцин, С3 фактор комплемента и другие) и поступающими через кровь преимущественно через десневую борозду.

В представленной работе состояние слюварного гомеостаза, кроме известных показателей, изучали по содержанию цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ -4, ФНО α). Под наблюдением находилось 73 ребенка с целиакией, группу сравнения составляли 60 детей с атопической бронхиальной астмой (БА) с различной формой течения заболевания (легкой, среднетяжелой, тяжелой). Возраст детей 8–15 лет. Контрольную группу составляли 32 ребенка того же возраста.

Установлены границы нормы показателей каждого из изучаемых цитокинов, принципиально, что их слюиварная концентрация была примерно одинакова. Дети с целиакией имели в 100% случаев достоверное увеличение показателей цитокинов, Причем, стадия морфологически выраженного воспаления в тонкой кишке имела наиболее высокие показатели ИЛ-1 β (1086 \pm 215,3 пг/мл).

В группе детей с бронхиальной астмой в острой фазе заболевания содержание всех трех цитокинов существенно возрастало. Наиболее значительное повышение отмечено для ИЛ-1 β . Его содержание было в 8,9 раз больше, чем у здоровых; повышенные показатели имели 93,3% больных детей. Для ФНО α и ИЛ-4 эти цифры были заметно меньше. У больных с тяжелым течением заболевания показатели выше, чем при среднетяжелой и легкой формах. Стабильность повышенного содержания ИЛ-1 β и ФНО α в слюне говорит об относительности ремиссии, отражая патогенетическую незавершенность терапии.

Полученные данные свидетельствуют о том, что слюиварные цитокины (как компоненты слюиварного гомеостаза) участвуют в реактивной перестройке, отражая активность иммунной системы в зависимости от функциональной специфики. Это говорит о перспективности использования слюиварного профиля цитокинов для суждения о патогенетическом своеобразии заболеваний.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ В РАМКАХ ПРОЕКТА «КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА "ЗДОРОВЬЕ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ»

Медведь Л.М., Маркова А.И., Ляхович А.В.

*НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением
ММА им. И.М. Сеченова, Москва*

Школьное сообщество требует особого внимания и создания разнонаправленных программ. В разработанной нами и внедренной в ряде школ ЮЗАО г. Москвы программе обозначены все компоненты новых обучающих технологий. Программа содержит цель, задачи, пути достижения цели, обеспечение, ожидаемый результат, оценку эффективности, обобщение и распространение опыта экспериментальных разработок. В базовой общеобразовательной школе № 539 созданы медицинский центр (педиатр, стоматолог, невропатолог, врач ЛФК) и учебно-методический комплекс, обеспеченный методологией по обучению здоровью школьников, разработанными учебными программами, лекционными и видеоматериалами по ЗОЖ, компьютерными с тестированием знаний программами и другими средствами обучения здоровью. В рамках исследования был проведен социологический опрос 254-х школьников.

Цель — выявление исходного уровня знаний о понятии здоровья, о факторах влияющих на здоровье. Были выявлены основные аспекты здоровьесберегающего поведения школьников, самооценка здоровья, сформированность гигиенических навыков, наличие хронических заболеваний. Проанализированы трудности осмысления школьниками ряда проблем, связанных со здоровьем, что учитывается в процессе их обучения. Показана позиция подростков в решении вопроса о том, должны ли они сами заботиться о своем здоровье. Более 90% школьников признают необходимость заботиться о собственном здоровье самим. Школьники ставят поведение человека на 1-е ранговое место по степени влияния на здоровье, на втором месте — окружающая среда, 3–4 места занимают воспитание в семье и медицинская помощь. По мнению опрошенных школьников, воспитание в школе отодвигается на последнее место. На начальном этапе работы у учащихся средних классов еще не сформировано представление о школе как о важном участнике процесса обучения здоровью. В значительном проценте случаев школьники не соблюдают навыки личной гигиены. Особенно мальчики — 40–45%. Режим дня соответствует — 26,36%, режима питания — 43,06%, двигательной активности — 24,54%. Постоянно не высыпаются — 42,57% девочек и 31,82% мальчиков. Таким образом, в поведении школьников выявлены нарушения гигиенических норм, обусловленные субъективными факторами. Поскольку в структуре причин неадекватного поведения школьников преобладают управляемые факторы, нами разработаны обучающие программы для всех участников воспитательно-образовательного процесса в школе (учащихся, педагогов, родителей).

ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Мельникова М.Б., Делягин В.М., Беляева Т.Ю.

Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии; Москва; Российская детская клиническая больница, Москва,

Цель: представить состояние глаза при генерализованной инфекционной патологии у детей.

Методы: наблюдали поражение глаза при туберкулезной (25), хламидийной (115), токсоплазменной (25), микоплазменной (75), цитомегаловирусной (ЦМВИ) (11), герпетической (37) и грибковой (6) инфекциях.

Результаты: у детей с туберкулезом выявляли фликтены (5) и иридоциклиты (20), последние проявлялись типичными крупными «сальными преципитатами». Все случаи выявлены у детей 3–7 лет. Для хламидиоза и микоплазмоза был характерен фолликулярный конъюнктивит. Дифференциальный диагноз основывался на клинико-лабораторной картине (микоплазменной инфекции были свойственны пневмонии с коклюшеподобным кашлем; хламидиозам — артриты, синуситы и поражение верхних дыхательных путей). ЦМВИ глаза наблюдали на фоне посттрансплантационной иммуносупрессии (2), первичного иммунодефицита (ИД) (2) или как исход внутриутробно перенесенного хориоретинита (7). Герпетическая инфекция глаз наблюдалась у детей 3–6 лет (с началом посещения детского сада), и у детей с ИД. Проявлялась преимущественно характерными древовидными кератитами. Особенностью герпетической инфекции на фоне ИД были поражения век с последующим нарушением роста ресниц, глубокие кератиты с частыми рецидивами. Грибковые поражения глаз наблюдали у детей со СПИДом (1), на фоне иммуносупрессивной терапии (1) и при синдромах первичного ИД (4). Грибковые очаги располагались на веках, на глазном дне, имели неправильную форму, выступали над поверхностью, цвет — грязновато-желтоватый, сероватый с геморрагическим венчиком. Инфекционные хориоретиниты (цитомегаловирусные или грибковые) протекали с одновременным обсеменением ликвора.

Выводы: генерализация инфекции с поражением глаза была свойственна преимущественно детям раннего возраста и пациентам с синдромами ИД. Офтальмологическая патология в ряде случаев настолько специфична, что может являться диагностическим критерием.

БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ ОКОЛОСУСТАВНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Меркулов В.Н., Супрунов К.Н., Гаврюшенко Н.С.

*Федеральное государственное учреждение Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Москва*

Околосуставные деформации коленного сустава приводят к перегрузке одного из мышечков в зависимости от вида и степени деформации.

На универсальной испытательной машине Zwick 1464 (Германия) нами проведено экспериментальное исследование. В качестве экспериментального материала использовали бедренные и большеберцовые кости, изъятые у четырех трупов детей и подростков в возрасте 8, 11–13 лет, смерть которых не была связана с повреждением нижних конечностей. Изучены удельные нагрузки в области контакта суставных поверхностей мышечков бедренной и большеберцовой костей при осевой дозированной нагрузке 330 и 500 Н по биомеханической оси конечности в условиях искусственно созданной фронтальной и сагиттальной деформаций коленного сустава разной степени. Ошибка измерения составляла +/- 1% от шкалы измерения.

Проводили четыре возрастные серии по 17 экспериментов; сначала с моделью деформации коленного сустава за счет бедренной (68 экспериментов), затем — большеберцовой кости (68 экспериментов). Всего проведено 136 экспериментов.

По достижению определенной угловой деформации *дистального отдела бедренной кости*: фронтальной и сагиттальной свыше 10°; *проксимального отдела большеберцовой кости голени*: варусной свыше 5°, вальгусной свыше 10°, антекурвационной свыше 10°, рекурвационной свыше 15°, в коленном суставе наступает критическая перегрузка (до 10 МПа). Она является «повреждающей» для суставного хряща.

Выводы.

1. При деформации коленного сустава увеличение контактного давления в области суставных поверхностей меняется в зависимости от вида, степени деформации и возрастного показателя.

2. При «повреждающих» деформациях *голеи*: свыше 5° варусной деформации; свыше 10° вальгусной деформации; свыше 10° антекурвационной деформации; свыше 15° рекурвационной деформации; *бедра*: свыше 10° фронтальной и сагиттальной деформаций следует производить коррекцию оси нижней конечности с целью нормализации удельного давления в коленном суставе.

СУХОЖИЛЬНАЯ АЛЛОПЛАСТИКА В ДЕТСКОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ

Меркулов В.Н., Чеканов М.С., Ельцин А.Г.

ЦИТО им. Н.Н. Приорова, Москва.

Практика показывает, что при различных изолированных и комбинированных травмах у детей и подростков повреждаются сухожилия верхних и нижних конечностей, а для детей 12–14-летнего возраста характерны полные разрывы и отрывы связок крупных суставов, что в свою очередь ведет к тяжелым нарушениям функции конечностей.

В связи с развитием детской ортопедии и травматологии и расширением поля деятельности восстановительно-пластических операций на опорно-двигательном аппарате, возрастает спрос на сухожильные имплантаты. Следует отметить, что одной из актуальных проблем современной медицины является трансплантация органов и тканей, в которой значительное место принадлежит именно пересадке сухожилий. Успех имплантации сухожилий, особенно у детей, во многом зависит от подбора пластического материала и метода консервации, гарантирующего жизнеспособность пересаживаемой ткани.

Так, при аутотрансплантации, несмотря на то, что она рассчитана на истинное приживание имплантатов возможны следующие исходы:

1) угроза нарушения функции донорской конечности; 2) дополнительная травматизация пациента при заборе аутоимплантата; 3) удлинение операционного времени и времени наркоза; 4) болевой синдром в области забора имплантата в послеоперационном периоде; 5) косметические дефекты, вызванные послеоперационными рубцами; 6) некроз имплантата, вследствие недостатка кровоснабжения после пересадки; 7) рассасывание аутоимплантатов; 8) необходимость проведения дополнительных операций, которые иногда по своей травматичности не уступают или превосходят основную; 9) ослабление той части организма, откуда был взят имплантат.

Аллотрансплантация же создает широкую возможность забора и консервации тканей, что позволяет обеспечить их длительное хранение в условиях специализированных тканевых банков. К преимуществам этого вида материалов относят: простоту обработки и стерилизации трупного материала, низкое число местных и общих реакций организма реципиента, высокую устойчивость к инфицированию и, хороший косметический эффект.

Таким образом, наиболее перспективным следует считать использование аллоимплантатов.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Меркулов В.Н., Дорохин А.И., Стужина В.Т.

Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва

Множественные повреждения скелета у детей составляют от 2,8% до 8% от всех видов переломов. По данным статистики отмечается рост числа пострадавших с множественной травмой.

В отделении детской травмы проходили лечение 173 пациента с 267 переломами длинных сегментов конечностей. Пациенты с повреждениями внутренних органов и тяжелой черепно-мозговой травмой были единичными.

Повреждения верхних конечностей составили 149 наблюдений (55%), а нижних 118 (45%). Первое место составляли симметричные переломы и остеоэпифизиолиты дистального конца лучевой кости.

У больных с множественной травмой имелись следующие особенности:

- возрастание тяжести повреждений у госпитализируемых больных, у 28 пострадавших имело место 45 переломов длинных сегментов,
- изменение соотношения повреждений верхних и нижних конечностей — 19 (42%) верхние и 26 (58%) нижние конечности,
- рост количества оперируемых больных, до 1995 года соотношение было 39 (19%) к 177 (81%), в последние семь лет оно составило 19 (42%) к 26 (58%).
- возросло число пострадавших, которым применялся чрескостный остеосинтез.
- при сочетании множественных переломов с повреждениями крупных суставов, шире использовался метод артроскопии.

Таким образом, отмечались следующие изменения в тактике лечения больных с множественной травмой:

1. Увеличение числа больных пролеченных оперативными методами.
2. Возрастание доли чрескостного остеосинтеза при лечении переломов нижних конечностей и таза, металлоостеосинтеза пластинами при лечении переломов бедренной кости.
3. Преимущественно консервативное лечение переломов верхних конечностей с метафизарной локализацией и оперативное лечение переломов диафизарной и внутрисуставной локализации
4. Привлечение артроскопических методов лечения при сочетании множественной травмы с повреждением крупных суставов.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Меркулов В.Н., Дорохин А.И., Стужина В.Т., Соколов О.Г.

Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва

В настоящее время регистрируется увеличение числа пациентов с тяжелыми травмами. Так отмечается увеличение числа посттравматических осложнений. Наиболее трудным в лечении и приводящим к инвалидности ребенка являются посттравматические дефекты длинных костей.

В отделении детской травматологии ЦИТО за последнее 15 лет проходили лечение 52 пациента с дефектами длинных костей, девочек было 14, мальчиков — 38. К дефектам длинных костей относились пациенты, имеющие дефекты костной ткани от 3 и более см. Ряд дефектов возник в момент травмы вследствие потери костного фрагмента, другой ряд, как осложнение лечения переломов вследствие нагноений.

Распределение по сегментам было следующим: плечо — 3 больных, предплечье — 15, бедро — 2, голень — 32. 22 пациентов поступили в острый период травмы, 30 в отдаленный период. В 39 случаях имелись полиструктурные повреждения сегментов конечностей.

В отделении разработана технология лечения в зависимости от давности травмы, повреждения других структур конечности и величины дефекта кости.

При изолированных посттравматических костных дефектах, применялись в основном два вида лечения — костная пластика дефекта с использованием различных видов и комбинаций костных трансплантатов или билочальное (полилокальное) восстановление целостности кости по Илизарову, так же с применением в показанных случаях костной пластики регенератов и места стыка фрагментов.

При лечении полиструктурных дефектов лечение проводилось в острых случаях одноэтапно или в два этапа, разделенных на непродолжительный отрезок времени, что позволяло восстановить поврежденные структуры в период естественной органо-тканевой репарации.

В период сформировавшихся неполноценных структур лечение было многоэтапным. Последовательно восстанавливались кожные покровы, костные структуры, нервы, сухожилия, устранялись нейрогенные деформации.

Результаты лечения были следующими хорошие — 33 случая, удовлетворительные — 21. Полученные результаты свидетельствуют о преимуществах проводимого лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Меркулов В.Н., Соколов О.Г., Ельцин А.Г., Требухин К.Ю., Самбатов Б.Г.

Федеральное государственное учреждение Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова, Москва

В отделении детской травматологии ЦИТО артроскопические вмешательства на крупных суставах опорно-двигательного аппарата выполняются с 1991 года.

При лечении различной внутрисуставной патологии коленного, локтевого и плечевого суставов у детей и подростков в возрасте от 3 до 18 лет с 2004 г. мы применяем радиочастотную абляцию.

Мы использовали абляцию у 42 пациентов при резекции менисков, гипертрофированного жирового тела, при иссечении медиопателлярной складки, при обработки зон хондромалиций и трансхондральных переломов, при рассечении латеральной поддерживающей связки надколенника при его стабилизации, при резекции культы передней, задней крестообразных связок. Кобляцию проводили при артроскопическом артролизе тазобедренного и локтевого суставов, при артроскопической стабилизации плечевого сустава.

Гемостатический эффект при использовании радиочастотной абляции обуславливал уменьшение выраженности гемартроза, что позволяло начинать восстановительное лечение в более ранние сроки, и сокращало общий срок реабилитации пациентов.

Температурное воздействие на окружающие ткани при абляции составляет от 40°C–70°C. Толщина слоя плазмы равна 50–100 мкм, что исключает термическое поражение глубоких участков ткани.

Предварительные результаты использования радиочастотной абляции при артроскопическом лечении заболеваний и травм крупных суставов опорно-двигательного аппарата у детей и подростков свидетельствуют о его благоприятном влиянии на результаты лечения и целесообразности его применения.

ПРИМЕНЕНИЕ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА В ТЕРАПИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГИАЛИНОВОГО ХРЯЩА КРУПНЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ

Меркулов В.Н., Соколов О.Г., Ельцин А.Г., Самбатов Б.Г., Требухин К.Ю.

ФГУ ЦИТО им. Н.Н. Приорова, Москва

По современным представлениям проблема повреждения суставного хряща у детей остается одной из актуальных в детской травматологии. Это обусловлено высокой распространенностью данной патологии и частым развитием деформирующих артрозов в старшем возрасте. Повреждение суставного хряща коленного сустава составляют от 5% до 7% в детской травматологической практике и 18% от повреждений нижних конечностей. По данным В.Н. Меркулова и соавт. (1996), повреждения суставного хряща составляют до четверти от всех травм коленного сустава у детей.

В отделении детской травмы ЦИТО с 1994 г. по 2005 г. проведено лечение 186 пациентам с различными повреждениями хрящевой ткани

Диагностический алгоритм у данных пациентов включал в себя клинический, рентгенологический, ультразвунографический методы, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию (по показаниям) и артроскопическое исследование суставов. Комплексная терапия при повреждениях хряща у детей, включала в себя в послеоперационном периоде ЛФК, массаж, физиотерапию, прием хондропротекторов.

Важное значение при лечении повреждения хряща мы уделяем внутрисуставному введению озono-кислородной смеси.

Используется противовоспалительный эффект воздействия озонa, стимуляция репаративных процессов, нормализация процессов микроциркуляции.

Введение газообразной смеси в послеоперационном периоде благотворно сказывается на профилактике раннего спаечного процесса в суставе, расправляя все сумки и завороты синовиальных оболочек. Проведение курса озонотерапии может сочетаться с назначением лекарственных препаратов или методов физиотерапии.

Нами проведена оценка отдаленных результатов лечения у 58 больных с повреждениями хряща в сроки от 1-го до 8 лет.

У пациентов, которым проводилось введение озono-кислородной смесью эффективность терапии была выше как в ближайшие (через 1 месяц — на 12 %, через 2—3 месяца на 15,4 %, так и в отдаленный (от 1 до 8 лет — 28%) периоды наблюдения.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СНИЖЕНИЯ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Меркулов В.Н., Морозов А.К., Мининков Д.С., Мунина Л.И.

*Федеральное государственное учреждение Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Москва*

В последнее время появляется все больше работ указывающих на достаточное распространение ювенильного остеопороза (до 30—35%). Снижение плотности костной ткани у детей и подростков нарушает формирование пика костной массы, увеличивает риск развития переломов костей скелета, влияет на сроки консолидации. Достоверным методом диагностики состояния минеральной плотности костной ткани (МПКТ) является двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия. В связи с тем, что данная методи-

ка не входит в число распространенных общедоступных методов исследования, для своевременного назначения лекарственной терапии необходимо выявить факторы, снижающие плотность костной ткани.

Материалы и методы: Обследовано 123 ребенка от 6 до 16 лет, госпитализированных в отделение детской травматологии ФГУ ЦИТО за период 2004–2005 гг. с переломами длинных трубчатых костей. Все больные обследованы по единой схеме: сбор анамнеза и анкетирование (количество потребляемого кальция, наличие переломов, хронических заболеваний, уровень физической активности), рентгенография поврежденного сегмента, денситометрия. Оценка плотности костной ткани проводилась в поясничном отделе позвоночника и проксимальных отделах бедренных костей. Критерием остеопении считали снижение МПКТ от 1,0 до 2,5 SD, а снижение $SD > 2,5$ расценивали как остеопороз.

Результаты: По данным обследования, нормальные показатели МПКТ имели 66 (53,6%) детей, остеопения была выявлена у 48 (39,0%) обследованных, а остеопороз у 6 (7,3%). Степень дефицита минеральной плотности костной ткани коррелировала с количеством потребляемого кальция, уровнем физической активности и количеством переломов в анамнезе.

Выводы: При переломах длинных трубчатых костей детям с недостаточным потреблением кальция (< 500 мг/сут), с низким уровнем физической активности и наличием более двух переломов в анамнезе коррекция метаболизма костной ткани может быть назначена даже без предварительного проведения денситометрии.

ОСЛОЖНЕННЫЕ ТЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Меркулов В.Н., Стужина В.Т., Дорохин А.И., Шарадзе Д.З.

ФГУ ЦИТО, Москва

В клинику детской травматологии ФГУ ЦИТО за период 1966–2004 гг. госпитализирован 781 пациент с последствиями повреждений локтевого сустава. Из них:

1. Посттравматические контрактуры — 262 пациента. 2. Застарелые повреждения Монтеджия — 199 пациента. 3. Посттравматические деформации — 187 пациента. 4. Посттравматические анкилозы — 85 пациента. 5. Ложные суставы дистального мезаэпифиза — 48 пациента.

В зависимости от того, на каком этапе лечения допущены те или иные ошибки, их можно разделить:

1. Диагностические ошибки, обусловленные: а) недостаточным клинико-рентгенологическим обследованием больных; б) незнанием рентгенологических особенностей растущей кости. 2. Ошибки, допускаемые при выборе метода лечения. 3. Ошибки, допущенные во время лечения (технические ошибки).

Наибольшее количество ошибок допускается при выборе метода лечения следующих видов повреждений: переломы головки мыщелка плечевой кости, головки и шейки лучевой кости, блока и внутреннего надмыщелка плечевой кости.

Все осложнения при повреждениях локтевого сустава сгруппировали и распределили по степени их тяжести следующим образом: 1. Посттравматические расстройства кровообращения. 2. Повреждение периферических нервов. 3. Ограничение движения и деформации локтевого сустава.

Посттравматические расстройства кровообращения — наиболее грозное осложнение, сопровождающееся различными по глубине изменениями во всех тканях, вплоть до гангрены. Нередким осложнением является повреждение периферических нервов в области локтевого сустава. Чаще всего происходит повреждение периферических нервов при чрез- и надмыщелковых переломах. Одним и наиболее частых и тяжелых осложнений является ограничение функции локтевого сустава. Которые бывает не только при переломах костей составляющей локтевой сустав, даже после повреждения мягких тканей.

Профилактикой ошибок и осложнений являются:

1. Четкое знание рентгена анатомии.
2. Выбор адекватного тактики лечения
3. Проведение полноценной реабилитации.