

лей пальцев кисти функция в полном объеме и силе восстановилась через 1,5-3 месяца. У пациентов с повреждением сухожилий сгибателей пальцев кисти - 23 ребенка - полные сила и объем движений восстановились лишь у 70% детей (через 8 - 12 месяцев).

Выводы: пластика сухожильным швом по Кюнео дает наиболее удовлетворительные результаты при повреждении сухожилий разгибателей кисти. При повреждении сухожилий сгибателей кисти, на наш взгляд, наиболее оптимальна микрохирургическая техника.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ЛЕГГА-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

А.В. Баранов, Е.Ю. Баранова
Смоленская государственная медицинская академия,
Смоленск, Российская Федерация

В лечении остеохондропатии Легга-Кальве-Пертеса на сегодняшний день применяются как консервативные, так и оперативные методы лечения. Целью нашего исследования было изучение эффективности консервативного и оперативного методов лечения данного заболевания.

Нами проводился катамнестический мониторинг двух групп больных, лечившихся в травматолого-ортопедическом отделении детской хирургической клиники СГМА за последние 10 лет. Первая группа (81 ребенок) получала традиционное комплексное консервативное лечение, состоящее из полной длительной разгрузки пораженной конечности, ЛФК, массажа, физиотерапевтической и медикаментозной терапии, направленной на улучшение и восстановление кровообращения в области тазобедренного сустава и всей конечности, стимуляции рассасывания некротической костной ткани в очаге поражения с сохранением функции тазобедренного сустава. Во второй группе (42 ребенка) проводилось оперативное вмешательство. Операция заключалась в межвертельной деторсионно - варизирующей остеотомии бедра с туннелизацией его шейки и головки по Беку, отсечении малого вертела. Критерием хорошего результата лечения считали клинко-рентгенологическое выздоровление (отсутствие жалоб, хромоты, мышечной атрофии, укорочения конечности, симптома Тренделенбурга и признаков коксоартроза на рентгенограммах). Длительность лечения больных первой группы исчислялась годами, что существенно сказывалось на качестве жизни ребенка, особенно его двигательной активности и учебе. Во второй группе пребывание в стационаре занимало 2 - 2,5 недели. Затем с облегченным деротационным сапожком ребенок выписывался на амбулаторное лечение. Постельный режим в домашних условиях продолжался 1 месяц, после чего разрешалась ходьба с костылями без нагрузки на больную ногу. Через три месяца после контрольной рентгенографии больным разрешалась полная нагрузка на ноги и возврат к обычной жизни, что происходило в интервале от 6 до 12 месяцев. Прогрессирование заболевания среди оперированных отмечено у 1 больного, в то время как при консервативном лечении - у 9 пациентов.

Таким образом, при стандартизации выбора метода лечения детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса по качеству жизни, анатомическому и функциональному прогнозу пораженного сустава предпочтение имеет лечение, включающее оперативное вмешательство.

АНАЛИЗ РАННИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

О.И. Борисова, М.А. Чуйков
Красноярский государственный медицинский университет,
Красноярск, Российская Федерация

Среди повреждений дистального отдела плечевой кости у детей чрезмыщелковые переломы встречаются с наибольшей частотой. По данным различных авторов эти повреждения составляют 77,8% (Меркулов, 2008 г.). Цель исследования: провести анализ ранних и отдаленных результатов лечения чрезмыщелковых переломов дистального отдела плечевой кости.

Материал и методы. Анализ результатов обследования и лечения 161 ребенка с диагнозом чрезмыщелковый перелом плечевой кости со смещением (ЧППК). Больные были разделены на 2 группы: 55 детей входили в исследуемую группу, а 106 - в контрольную группу. Для оценки полученных анатомофункциональных результатов лечения применялось сравнительное исследование состояния больной и здоровой рук по интегрированной схеме С.П. Миронова (2000 г.).

Результаты. ЧППК у исследуемых больных были систематизированы: по тяжести повреждения и по типу расстройств регионарного кровообращения. I степень тяжести ЧППК - 49,1%; в контрольной группе - 67,9% больных. II степень тяжести - 40%; в контрольной группе - 24,5% больных. III степень тяжести - 10,9%, в контрольной группе - 7,6% больных. Было выявлено, что наиболее частыми смещениями костных отломков в группе исследуемых больных являлись: в сагитальной плоскости - у 86,3% больных; во фронтальной плоскости - у 65,2%; ротация - 65,2% случаев. Также были отмечены особенности ротационного смещения отломков при ЧППК. Преобладает внутренняя ротация дистального отломка. В процессе исследования определены 2 типа регионарных расстройств кровообращения в поврежденной конечности: I тип - у 21,7% больных, и II тип - у 49,7% больных. При оценке полученных объемов движений в суставе у больных, оперированных до 6 часов, выявлено, что дефицит сгибания - $1,6 \pm 0,5$, дефицит разгибания - $2,3 \pm 0,5$. Оценка полученных объемов движений у больных, оперированных после 6 и более часов, - дефицит сгибания $5,4 \pm 1,1$, дефицит разгибания - $4,2 \pm 0,8$. В исследуемой группе конечный результат был расценен как отличный в 20%, хороший - 52,7%, удовлетворительный - 21,8% и как неудовлетворительный - 5,5% случаев.

Выводы: степень тяжести ЧППК у детей увеличивается в зависимости от времени, прошедшего с момента травмы. Хирургическое лечение позволяет добиться полной ликвидации смещения отломков и снижения послео-

перационных осложнений. У больных, поступивших позже 6 часов, наблюдается более длительная реабилитация и снижается количество хороших результатов.

НЕКОТОРЫЕ РЕНТГЕНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ С ДИАСТЕМАТОМИЕЛИЕЙ I ТИПА

Ю.А. Воеводова

**Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия,
Санкт-Петербург, Российская Федерация**

Диастематомиелия нередко сопровождается деформациями позвоночника, которые иногда требуют оперативной коррекции. Это определяет необходимость знания рентгеноанатомии позвоночника у детей с данной патологией. Изучены рентгенограммы 15 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 14 лет, средний возраст составил 5,5 лет.

Материал и методы: исследовали величину деформации позвоночника, наличие сопутствующих пороков позвонков, состояние дисков, ширину позвоночного канала, площадь основания дуг позвонков.

Результаты. Все пациенты имели диастематомиелию I типа с локализацией в нижнегрудном отделе (8 человек), в поясничном (6 человек) и в шейном отделе - 1. Сколиотическая деформация I-III степени по Чаклину наблюдалась у 74%, кифотическая - у 27% больных. У большинства детей вершина деформации наблюдалась выше уровня перегородки. Сопутствующие пороки позвоночника наблюдались у всех больных, при этом на первом месте было нарушение слияния тел позвонков (100%), на втором - нарушение сегментации (75%), на третьем - нарушения формирования позвонков. Многие межпозвоночные диски в ближайших отделах от перегородки и в вершине деформации были рудиментарные.

Ширина позвоночного канала определяемая по интерпедикулярным расстояниям была наибольшей в зоне перегородки и постепенно приходила к норме через несколько сегментов выше и ниже неё. Среднее количество сегментов с расширением позвоночного канала в грудном отделе - 5, в поясничном - 3. При сравнении этих данных с рентгеноанатомическими нормами установлено, что расширение позвоночного канала было в среднем на 53%.

Для выяснения возможностей проведения транспедикулярных винтов была изучена площадь основания дуг позвонков в зоне перегородки и на 2-3 сегмента выше и ниже неё.

Полученные рентгеноанатомические данные должны учитываться при хирургической коррекции деформации позвоночника на фоне диастематомиелии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КРИВОШЕИ У ДЕТЕЙ

С.С. Давудов, М.М. Нурмагомедова, Н.Ш. Якубилмагомедова
**Дагестанская государственная медицинская академия,
Махачкала, Российская Федерация**

Нами проведен анализ результатов лечения 198 детей с кривошеей различной этиологии, находившихся в стационарах г. Махачкалы за последние 5 лет (2004 – 2008 г.). В ортопедических кабинетах городских поликлиник было пролечено более 300 детей с врожденной мышечной кривошеей, а в ортопедическом отделении клиники детской хирургии Даггосмедакадемии оперированы 184 ребенка в возрасте от 1 до 6 лет. Показанием к операции служили несвоевременное и неполноценное консервативное лечение на ранних этапах жизни, позднее поступление больных и отсутствие эффекта от консервативного лечения. Методом выбора является операция Микулича, в отдельных случаях выполнялась операция по Зацепину.

По выходу из наркоза ребёнка укладывали на койку со шитом и приподнятым на 130 см головным концом. С помощью петли Глиссон проводили вытяжение по наклонной плоскости в положении гиперкоррекции с наклоном в здоровую сторону и поворотом в больную в течение 4-х недель.

После снятия швов (9 - 10 сутки) проводили лечебную гимнастику, массаж мышц шеи и физиотерапевтические процедуры, направленные на профилактику рубцового процесса. В последующем на 1 месяц рекомендовали воротник Шанца из поливика или специальный шейный бандаж в положении гиперкоррекции.

У детей старшего возраста голову фиксировали гипсовым полукорсетом в течение 6-7 недель. Лечебную гимнастику, массаж, физиотерапевтические процедуры под наблюдением детского ортопеда продолжали в течение 2-3 месяцев. Отдаленные результаты изучены у 136 больных. В 112 случаях результаты лечения расценены как отличные и хорошие.

Удовлетворительные результаты получены у 24 больных старшей возрастной группы. В 3 случаях имел место рецидив, дети оперированы повторно. Основные причины рецидива - несоблюдение послеоперационных рекомендаций и неявки на контрольный осмотр или нерадикальное выполнение оперативного вмешательства.

С дермальной формой кривошеи наблюдались 3 детей, перенесших тяжелые термические ожоги грудной клетки, шеи и лица.

Во всех случаях неправильная установка головы была обусловлена келоидными послеожоговыми рубцами. У 1 ребенка удалось добиться успеха после внутрикожных инъекций кенолока и электрофореза с лидазой, а 2 детям была выполнена кожная пластика.

С установочной кривошеей на почве офтальмологической или неврологической патологии обратились 9 детей. Все дети были направлены в соответствующие лечебные учреждения.

Таким образом, кривошея у детей полиэтиологична, требует дифференцированного подхода, а успех лечения преимущественно определяется его своевременностью.