образной деформации грудной клетки. Степень воронкообразной деформации определялась по классификации Gizyska I. (1962). Для скрининг-диагностики синдрома дисплазии соединительной ткани использовался критерий Т. Милковска-Димитровой и А. Каршевой (1985).

Результаты. Детей с I степенью воронкообразной деформации грудной клетки без других фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани было 62,5%, с легкой степенью дисплазии - 25%, со средней - 12,5%.

У 22,4% детей со II степенью воронкообразной деформации грудной клетки другие фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани отсутствовали, легкая дисплазия выявлена у 55,3%, средняя - у 22,4%. Среди детей с III степенью воронкообразной деформации грудной клетки детей без других фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани не выявлено, легкая дисплазия отмечалась у 25%, средняя - у 75%.

Данных о тяжелой степени дисплазии соединительной ткани у обследуемых с воронкообразной деформацией грудной клетки не было.

Выводы. У детей с воронкообразной деформацией грудной клетки с увеличением степени деформации отмечается увеличение фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани.

Заключение. Исследование фенотипических проявлений дисплазии соединительной ткани может быть использовано для ранней диагностики степени воронкообразной деформации грудной клетки.

СВОБОДНАЯ АУТОДЕРМОТРАНСПЛАНТАЦИЯ

Н.В. Козулина, А.С. Железнов, Ю.П. Бирюков

Нижегородская государственная медицинская академия, Областная детская клиническая больница, Нижний Новгород, Российская Федерация

В последние годы увеличивается число детей с тяжелыми травмами, преимущественно после дорожно-транспортных происшествий, в том числе - и с обширными дефектами мягких тканей. Свободная кожная пластика - один из основных способов лечения таких пациентов.

За 2000-2008 г. в отделении гнойной хирургии Нтжегородской областной детской клинической больницы свободная кожная пластика была выполнена 24 детям с ранами различной локализации и генеза. Большинство пациентов составили мальчики-подростки, возраст 21 ребенка был от 8 до 14 лет, по одному - в возрасте 1 год, 4 и 5 лет. Причинами обширных ран у 20 пострадавших явились дорожно-транспортные происшествия, в трех случаях - термические ожоги III степени и в одном случае - нападение животного.

Сроки пребывания больных в стационаре во многом определялись длительностью предоперационной подготовки, которая составила в среднем 23 дня и была направлена на обеспечение основных условий успешной аутодермотрансплантации - наличия гранулирующей раневой поверхности и отсутствия признаков активного воспаления в ране.

С этой целью применялись антибиотикотерапия, местное лечение, ультрафиолетовое облучение раневой поверхности. Свободную кожную пластику выполняли методом расщепленного кожного лоскута по Тиршу. Донорской поверхностью во всех случаях служила передняя поверхность бедра, взятие лоскута толщиной 0,2-0,3 мм производили круговым электродерматомом Колокольцева. После взятия лоскута на донорскую поверхность накладывали асептическую повязку, а на трансплантат после укрытия им раневой поверхности - мазевую повязку с последующей иммобилизацией конечности гипсовой лонгетой. Первую перевязку выполняли на 3 сутки после операции с последующей сменой повязок 1 раз в день. Послеоперационный койко-день составил 26,1.

Использование данной методики позволило достигнуть приживления трансплантата во всех наблюдениях, у 6 больных было отмечено рубцевание на площади до 30 % пересаженного фрагмента, что было обусловлено продолжающимся экссудативным процессом в ране. Со стороны донорской зоны осложнений не зарегистрировано. Дети поступали на контрольное обследование и проведение курса ЛФК, направленного на восстановление функции объема движений в суставе через 1 месяц после выписки. Высокая эффективность данного метода и доступность его проведения в условиях хирургического отделения позволяют рекомендовать его как оптимальный способ закрытия обширных раневых дефектов мягких тканей у детей различного возраста.

К ЛЕЧЕНИЮ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Н.Б. Киреева, Л.А. Хафизова, М.Ю. Заугаров, С.В. Гагушин

**Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижний Новгород, Российская Федерация**

С 2003 по 2008 год в клинике детской хирургии НГМА на базе Нижегородской областной детской клинической больницы было прооперировано 130 детей с проксимальными и дистальными формами гипоспадии в возрасте от года до 17 лет (средний возраст 5 лет).

Пациентам выполнено 240 операций. Осуществляли принцип индивидуального подхода к каждому больному в зависимости от формы гипоспадии, степени искривления кавернозных тел, наличия ротации полового члена. При венечных формах гипоспадии применяли операцию MAGPI, у больных с субвенечной и дистальной стволовой формами гипоспадии - пластику уретры перимеатальным лоскутом - операцию Mathieu, а также операцию продвижения уретры по Векс. У пациентов со среднестволовой формой гипоспадии выполняли пластику уретры с использованием поперечного лоскута крайней плоти на сосудистой ножке - операцию Duckett. Лечение проксимальных форм гипоспадии осуществляли в 2-3 этапа с интервалом не менее 6 месяцев. Искривление полового члена устраняли путём иссечения хорды с расширенной вентральной диссекцией соединительнотканых тяжей до его корня. Закрытие раневой поверхности проводили по Смит-Блекфильду-Савченко, Омбрелдану. На втором этапе выполняли пластику уретры по Дюплею. Одновременно осуществляли формирование наружного отверстия уретры на головке или в максимальной близости от неё. В качестве шовного материала использовали PDS 5-6/0. Для уменьшения отёка тканей в послеоперационном периоде накладывали циркулярную марлевую повязку.

ку с глицерином. Для предупреждения уретритов проводили периоперационную антибактериальную терапию. Деривацию мочи у 90 пациентов (108 операций) осуществляли путём пункционной цистостомии одноразовыми пункционными цистостомическими наборами фирмы «Rush». Осложнения цистостомии в виде кровотечений с тампонадой мочевого пузыря наблюдали у 2 пациентов (1,8%), у 7 детей в течение 2-3 дней сохранялась макрогематурия. Цисталгий, подтекания мочи по уретре, нагноения ран не отмечали. В послеоперационном периоде у 4 больных развились вторичные деформации полового члена, у 7 - меатостеноз, у одного ребёнка - стеноз неоуретры, у 19 возникли уретральные свищи, потребовавшие повторных оперативных вмешательств. Всего было 31 осложнение из 209 реконструктивных операций (14,8%).

Таким образом, использование новых оперативных методик, современных шовных материалов, адекватной деривации мочи позволило значительно снизить число послеоперационных осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРИКУЛИТОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

**А.Е. Курманбеков, Н.А. Дьяченко, Б.М. Меденбаева,
А.Н. Дьяченко, П.А. Кирьянов
Казахский национальный медицинский университет, ДГКБ №1,
Алматы, Республика Казахстан**

На базе ДГКБ № 1 на стационарном лечении в период с 2007 по 2008 год находилось 8 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года с гнойным венитрикулитом, осложненным вторичной прогрессирующей внутренней окклюзионной гидроцефалией. Длительность стационарного лечения в остром периоде составляла от 2-х до 6 месяцев. По данным лучевой диагностики определялись ассиметричная венитрикуломегалия поликистозной трансформации желудочковой системы с разобщением боковых желудочков, субтотальная диффузная атрофия головного мозга.

Комплексное консервативное лечение на первом этапе, проводимое в условиях отделений реанимации и нейрохирургии, слагалось из: инфузионной, дезинтоксикационной терапии, нейропротективной (актовегин, цераксон), иммуностимуляции (антистафилококковая плазма, иммуноглобулин, пентаглобин, ронколейкин), массивной антибактериальной терапии (меронем, роцефин, ванкомицин). Хирургическое лечение первого этапа включало ежедневные венитрикулярные пункции с наружным отведением ликвора. При вязкой консистенции гнойного ликвора, кистозных мальформациях желудочков с дислокационными нарушениями проводилось наружное венитрикулярное дренирование объемнозначимых полостей. Оба метода лечения дополнялись интратекальным введением антибиотиков (эдицин, гентамицин и др.). После полной санации ликвора вторым этапом проведено 3 больным - венитрикулоперитонеальное, 2 - бивентрикулоперитонеальное, 1 больному - кистоперитонеальное шунтирование. В последующем у одного ребенка с рецидивами дисфункций шунта посредством нейроэндоскопической техники произведено разрушение множественных кист желудочковой системы и объединение боковых желудочков, затем бивентрикулярная шунтирующая система была демонтирована и произведена венитрикулоцистерностомия. У одного ребенка гидроцефалия была стабилизирована по мере купирования венитрикулита. В одном случае у больного с сочетанным пороком развития иноперабельной инфицированной спинномозговой грыжей развились декомпенсированные полиорганные нарушения и наступил летальный исход.

Таким образом, больным с венитрикулитами, осложненными гидроцефалией, свойственно неблагоприятное клиническое течение, обусловленное длительным гнойно-воспалительным процессом, органическим поражением головного мозга, поликистозом желудочковой системы, что требует дифференцированной этапной хирургической тактики лечения.

ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

**А.О. Момынкулов, Д.Б. Рузуддинов, Б.О. Омарулы,
М.А. Валашвили, Ш.Д. Имяров
Казахский национальный медицинский университет, ДГКБ №1,
Алматы, Республика Казахстан**

В зависимости от течения и клинических проявлений ОГО были предложены различные классификации. Классификация Т.П.Краснобаева, согласно которой различают три основные формы заболевания: 1) токсическую, или адинамическую; 2) септическую, или септикопиемическую; 3) местноочаговую. Эта классификация довольно проста и удобна для практического врача. Однако за 80 лет после ее предложения накоплено значительное количество новых данных, характеризующих различные аспекты остеомиелита (этиология, патогенез, клинические проявления, тактика лечения), в связи с чем вносились те или иные изменения, коррективы и дополнения.

Таким образом, в настоящее время назрела необходимость дополнить и создать единую классификацию с включением в каждую из форм ОГО стадий и фаз болезни: интрамедуллярная фаза, экстрамедуллярная фаза; острая, подострая, хроническая стадия; острое течение, рецидивирующее течение. Хроническим остеомиелит следует считать при наличии следующих признаков: гнойные свищи, деструкция кости, образование секвестральной коробки, патологический перелом. Хроническое течение остеомиелита рационально подразделить на две стадии: раннюю и позднюю (согласно клинико-рентгенологическим данным, срокам заболевания). В течение патологического процесса выделить периоды обострения и ремиссии. В отдельную форму выделить эпифизарный остеомиелит и остеомиелит новорожденных и разделить на формы с учетом его этиологии, стадийности, фазности, локализации патологического процесса и клинического течения.