

## ОСОБЕННОСТИ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В КЛИНИКЕ ЮНОШЕСКОГО ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

**Д.А. Мясников, Ю.Н. Бурова, А.О. Куликова**  
Нижегородская государственная медицинская академия,  
Нижний Новгород, Российская Федерация

Цель работы: изучение вертебробазилярной гемодинамики (ВБГ) при юношеском остеохондрозе позвоночника (ЮОП) у детей. Обследовано 100 детей с ЮОП в возрасте от 5 до 16 лет (в среднем  $11,8 \pm 0,7$  лет): I стадию имели 32 ребенка, II стадию – 43, III стадию – 25 детей. Выполнено комплексное обследование с функциональной цервик-спондилографией при синхронной реоэнцефалографии (РЭГ) на реографе Р4-02. Диспластические изменения на шейном уровне наблюдались в 29,3% случаях, гипоплазия и посттравматическая деформация С2–С5 позвонков – в 56,9%. Дисковый коэффициент составил в среднем  $3,02 \pm 0,28$ , что свидетельствовало об отставании процессов морфологического созревания сегментарного аппарата, сопровождавшемся нивелированием шейного лордоза, равного в среднем  $12,8 \pm 2,23^\circ$  при увеличении сгибательно-разгибательной двигательной амплитуды до  $73,6 \pm 3,200$ , а также функциональной нестабильностью (ФН), наибольшей в сегментах С2–С5 и суставе Крювелье, с выраженной деформацией спинномозгового канала, достигающей в III стадию  $17,4 \pm 0,24$  мм ( $p < 0,01$ ). По данным РЭГ в условиях сглаженного физиологического лордоза, несмотря на наличие у больных ВСД по ваготипу, наблюдался гипертонический тип реограмм в 57,5% случаев, свидетельствующий о симпатической стимуляции вследствие раздражения вертебральных артерий с уменьшением объемного кровотока до  $0,20 \pm 0,02$  Ом/с и достоверным увеличением тонуса артериальных сосудов ВББ (ДКИ  $58,2 \pm 3,79\%$  ( $p < 0,05$ )) при затруднении венозного оттока (ДСИ  $71,8 \pm 3,35\%$ ). Синдром «обкрадывания» синокаротидного бассейна (СКБ) наблюдался в 13,3% случаев. При сгибательно-разгибательных функциональных пробах нарушения ВБГ прогрессировали со статистически достоверным увеличением тонуса артериальных сосудов (ДКИ до  $67,0 \pm 2,08\%$  ( $p < 0,05$ )), с уменьшением объемного кровотока до  $0,19 \pm 0,02$  Ом/с и затруднением венозного оттока вне зависимости от стадии ЮОП (ДСИ до  $81,7 \pm 1,48\%$  ( $p < 0,01$ )), характеризующих параметры хронической внутричерепной гипертензии. Нарушения ВБГ сопровождались нарастанием синдрома «обкрадывания» СКБ, коррелирующего с частотой синкопальных проявлений.

Проведенные исследования свидетельствуют о наличии выраженных морфофункциональных нарушений со стороны ШОП вследствие как диспластических, так и натально - травматических изменений. В результате этого развивается синдром хронической ФН с ирритативными ишемическими влияниями в ВББ, осложняющими последствия перинатальной патологии ЦНС как одного из ведущих механизмов в патогенезе хронической цервикальной недостаточности с формированием полиморфной клиники ЮОП.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ХЭССЛЕРА

**И.В. Назаров, Д.А. Хузин, В.В. Петров**  
Чувашский государственный университет, Медицинский институт,  
Чебоксары, Российская Федерация

Остеохондропатия вертлужной впадины относится к редко встречающейся патологии остеохондропатического процесса в детской ортопедии. Этим объясняются довольно поздняя диагностика данного заболевания и отсутствие рациональной лечебной тактики. Мы обладаем опытом лечения 5 детей с данной локализацией патологического процесса.

В клинической картине преобладает болевой синдром в проекции заинтересованного тазобедренного сустава, связанный, преимущественно, с физической нагрузкой. При объективном обследовании определяется ограничение отведения в тазобедренном суставе, связанное с мышечным спазмом. При рентгенологическом исследовании в проекции верхнего полюса вертлужной впадины определяется типичный остеохондропатический очаг с секвестрацией костной ткани различных размеров. Всем больным было неоднократно проведено стандартное лечение остеохондропатии.

На фоне проведенного лечения болевой синдром купировался, но через незначительный промежуток времени возобновлялся. Учитывая неудовлетворительные результаты консервативной тактики лечения, мы применили оперативную, основанную на стимуляции остеорегенерации по Бекку с установкой фиксаторов с термомеханической памятью формы.

С 2004 года нами было прооперировано 5 детей в возрасте 15 - 17 лет, всем была проведена операция остеостимуляция по Бекку с установкой фиксатора с термомеханической памятью формы. В постоперационном периоде давалась нагрузка на оперированную конечность на 5-7 дней. Отслежены отдаленные результаты у всех 5 детей, срок – до 5 - 7 лет: болевой синдром купирован у всех прооперированных больных. На контрольных рентгенограммах определялась полная оссификация остеохондропатического очага.

Исходя из нашего опыта, рекомендуется первичное оперативное лечение остеохондропатии вертлужной впадины у детей (болезни Хэсслера), дающее хорошие отдаленные результаты.

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 6 МЕСЯЦЕВ

**Ж.С. Сакуов, К.У. Расельбаев**  
Медицинский университет Астана, Астана, Республика Казахстан

Актуальность: врожденный вывих бедра занимает первое место среди врожденных деформаций опорно-двигательного аппарата. По данным литературы вывих бедра встречается у 3-5 детей на 1000 новорожденных.

Цель: оценить эффективность метода функционального консервативного вправления врожденного вывиха бедра по предлагаемой методике.

Материалы: за период 2006-2008 г. в ГДБ №2 г. Астаны с диагнозом врожденный вывих бедра было пролечено 45 детей, в возрасте от 6 мес. до 5 лет. Мальчиков было 8, девочек - 37. Возрастные группы были представлены: до 1 года - 15 детей, от 1 года до 2 лет - 21, от 2 до 3 лет - 5, от 3 до 5 лет - 4 детей. Двухсторонний вывих был у 21 ребенка, правосторонний вывих - у 10, левосторонний - у 14 детей.

Описание метода. Всем детям под наркозом производится попытка консервативного вправления вывиха бедра, затем осуществляется Z-образное удлинение приводящих мышц. Если вывих не вправляется, выставляются показания к открытому вправлению. Если вывих вправляется, то определяется «индекс стабильности». При нестабильном тазобедренном суставе, когда объем движения составляет менее 10 градусов, также выставляются показания к оперативному лечению. В случаях, когда «индекс стабильности» больше 10 градусов, накладывается лейкопластырное демпфированное вытяжение, начиная с горизонтальной плоскости в функциональном положении конечностей. Груз рассчитывается индивидуально. В течение 3-5 дней проводится вытяжение в горизонтальной плоскости при функциональном положении нижних конечностей. Затем в течение 7-10 дней осуществляется перевод в вертикальное положение. Весь процесс функционального вправления вывиха методом комбинированного вытяжения занимает от 21 до 28 дней.

Кроме этого назначаем тепловые физиопроцедуры, вещества, улучшающие кровообращение, витаминотерапию, биологически активные добавки. После достижения вправления вывиха под наркозом накладывается модифицированная функциональная гипсовая повязка в положении Лоренц-1 с захватом коленных суставов. В бедра вгипсовываются 2 кольца от аппарата Илизарова и между ними устанавливают стержни для проведения дозированной distraction. Повязка рассекается по средней линии спереди и сзади, стержни в центре соединяются шарниром, на стержни по обеим сторонам колец ставятся резиновые прокладки, между гайками и резиной на стержень одевается шайба. Через 3 недели вырезается передний отдел гипсовой повязки. У 20 детей вместо функциональной гипсовой повязки в клинике применили повязку из скотч каст. Каждые 2 месяца проводятся курсы физиолечения. Вставить ребенку на ноги разрешается через 10-12 месяцев.

Выводы. Применение функционально - консервативного вправления врожденного вывиха бедра позволило улучшить результаты лечения и избежать такого осложнения, как асептический некроз головки бедра.

## ТРАВМА ГРУДИ У ДЕТЕЙ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

**А.Г. Смышляева, О.В. Репета**

**Пермская государственная медицинская академия,  
Пермь, Российская Федерация**

В структуре всех видов повреждений транспортная травма составляет 52,5-62%. В структуре непроизводственного травматизма со смертельным исходом на долю дорожно-транспортных происшествий (ДТП) приходится 25-30%. Основной причиной гибели при этом является травма груди.

Цель исследования: выявить характер травмы груди у детей при ДТП.

Проведен анализ результатов комплексного обследования 104 детей, госпитализированных в хирургический стационар, а также 110 актов судебно-медицинского вскрытия детей, погибших на месте ДТП.

Анализ историй болезней показал, что у всех пострадавших травма носила сочетанный характер. Травма груди занимала третье место после черепно-мозговой травмы и повреждений органов брюшной полости и составила 39,4% (41 ребенок). Травму груди с повреждением органов грудной полости наблюдали у 27 детей, без повреждения органов - у 14. Лидирующее положение по частоте повреждения занимали легкие - 27 детей (39,2%): ушиб - в 13 случаях, разрыв - в 14. Реберный каркас чаще оставался целым (21 ребенок, 14%). У детей в возрасте до трех лет преобладали разрывы легкого, у пациентов 13-15 лет - ушибы. Ушиб сердца диагностирован в 5 случаях (12,6%). У двух детей - неполный разрыв главного правого бронха, еще у двух - разрыв купола диафрагмы.

В 6 случаях торакальные повреждения явились основной причиной летального исхода.

По данным судебно-медицинской экспертизы травма груди установлена у 78 погибших детей (70,9%). Переломы ребер обнаружены в 25,9% случаев. У 65 (83,3%) погибших были повреждения органов грудной полости. На первом месте стояла травма легкого (74,4%), на втором - травма сердца (28,2%). Ушиб легкого смертельно диагностирован в 50% случаев, разрыв - в 24,4%. Ушиб сердца выявлен в 20,5% наблюдений, разрыв - в 2,6%. Разрыв крупных сосудов имел место в 6,1% случаев. Разрыв диафрагмы - в 5,1%. Разрыв крупных бронхов - также в 5,1% наблюдений. У двоих погибших (2,6%) установлено повреждение трахеи в сочетании с поперечным разрывом пищевода.

Таким образом, выявлены следующие особенности травмы груди у детей с летальным исходом: сочетанный характер повреждений; высокая частота повреждений органов грудной полости (83,3%); высокий процент травмы легких (74,4%) и сердца (28,8%), при этом редко повреждается реберный каркас (25,9%). У выживших детей травма груди также носит сочетанный характер: отмечается высокая частота повреждения органов грудной полости с преобладанием травмы легкого (39,2%) и сердца (12,6%), повреждение реберного каркаса составляет всего 14%.

## ЛЕЧЕНИЕ КОСТНЫХ КИСТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК

**И.С. Степанова**

**Московский государственный медико-стоматологический университет,  
Москва, Российская Федерация**

Одной из актуальных проблем в детской ортопедии и травматологии является оперативное лечение костных кист большого размера. Данная категория детей страдает от частых патологических переломов длинных трубчатых костей. Одним из вариантов решения проблемы является оперативное лечение с использованием аутоло-