

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-

гичных стволовых клеток в комбинации с деминерализованной трупной костью. Данная технология основана на принципе микроокружения для недифференцированных стволовых клеток (НСК), позволяющем добиться эффективного остеогенеза в поражённом участке.

Таким образом, вышеописанная технология является методом выбора для хирургического лечения больших кист трубчатых костей у детей.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АКУШЕРСКОГО ПАРАЛИЧА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Т.А. Стоянова

**Ярославская государственная медицинская академия,
Ярославль, Российская Федерация**

Актуальность. Акушерский паралич верхней конечности (АПВК) – патология, которая приводит к выраженным изменениям нервно-мышечного аппарата с нарушением функции верхней конечности, что часто служит причиной инвалидности в детском возрасте. Несмотря на повышение качества оказываемой акушерской помощи, заболеваемость АПВК не уменьшается. Ежегодно только в Центральном Федеральном округе более 1000 детей рождаются с АПВК.

Цель. Разработать тактику лечения АПВК, изучить эффективность микрохирургических реконструкций плечевого сплетения у детей.

Материал и методы. Сотрудниками кафедры детской хирургии ЯГМА совместно с врачами отделения реконструктивной микрохирургии и хирургии кисти больницы им. Н.В. Соловьева ведется консультативный прием больных с АПВК. Создана база данных, включающая более 90 пациентов – жителей Ярославской области. Основываясь на большом опыте лечения акушерских параличей и повреждений плечевого сплетения (ПС) у взрослых, с мая 2007 года начато внедрение методов реконструктивной микрохирургии в условиях детской областной клинической больницы г. Ярославля.

За 18 месяцев выполнены микрохирургические операции на ПС у пяти детей в возрасте 7-11 месяцев. Операции на плечевом сплетении включали в себя микрохирургический пери- и эндоневролиз структур плечевого сплетения, а также в 2 наблюдениях – пластику ветвей сплетения аутотрансплантатами из п. Suralis.

Показания к микрохирургическим операциям при АПВК у детей до 1 года:

- отрыв одного и более корешков ПС;
- отсутствие активного отведения в плечевом суставе в 3 месяца;
- невозможность сгибания в локте в возрасте 4-6 месяцев.

У всех оперированных детей отмечались улучшения функции и трофики парализованной конечности.

Заключение. Ежегодно в России сотни детей нуждаются в микрохирургических реконструкциях ПС, которые входят в стандарты лечения данных пациентов во всех развитых странах. Микрохирургические реконструкции, выполненные в раннем возрасте (3 - 11 месяцев), направлены на реиннервацию парализованных мышц, что снижает степень вторичных деформаций верхней конечности и уменьшает количество необходимых вторичных реконструкций. Данные операций также направлены на восстановление чувствительности верхней конечности.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

Д.А. Хузин, О.В. Васильева, И.В. Назаров, В.В. Петров

**Чувашский государственный университет, Медицинский институт,
Чебоксары, Российская Федерация**

Актуальность. Повреждения черепа и головного мозга занимают до 50 % в структуре всех травм детского возраста, а на долю легкой травмы (повреждение мягких тканей головы, сотрясение головного мозга) приходится до 80% всех случаев черепно-мозговой травмы (ЧМТ) по данным разных авторов. Актуальность рассматриваемой проблемы заключается в том, что у 60 - 80% детей после ЧМТ легкой степени выявляются отдаленные последствия различной степени выраженности в виде головных болей, вегетативных расстройств, нарушения сна, дисэнцефальных расстройств, эпилептических припадков.

Цель: изучить особенности получения и течения ЧМТ легкой степени в детском возрасте.

Материал и методы исследования: был проведен статистический анализ 2115 обращений за период с 1.01.2006 года по 31.12.2006 года на базе нейрохирургического отделения МУЗ ГДБ №3.

Результаты. В структуре легкой травмы головы у детей г. Чебоксары преобладали повреждения мягких тканей головы - 2062 случая (97,4%); ЗЧМТ, УГМ, СГМ - 91 (4,3%). Перечисленные виды травм были сочетанными. Возрастной состав детей с легкой степенью ЧМТ выглядел следующим образом: от 0 до 3 лет - 774 случая (36,6%), от 3 до 6 лет - 374 (17,7%), от 6 до 11 лет - 355 (16,8%), от 11 до 18 лет - 612 случаев (28,9%).

По результатам анализа детского травматизма выявилось доминирование двух основных этиологических факторов, ведущих к легкой степени ЧМТ: травмы по неосторожности и невнимательности, как со стороны взрослых, так и самих детей - 1708 случаев (80,8%); на долю травмы, полученной в результате воздействия социального фактора, приходилось 407 случаев (19,2%).

Выводы. В структуре легкой степени ЧМТ детей г. Чебоксары преобладает повреждение мягких тканей головы, что требует от дежурного нейрохирурга более полного обследования ребенка в связи с малосимптомным (бессимптомным) течением ЧМТ у детей раннего возраста. В возрастном составе детей с легкой степенью ЧМТ доминирующим является ранний возраст. В связи с этим необходимо проводить консультации родителей по поводу профилактики детского травматизма.