

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.