

К рецидивам относим появление двух и более компонентов косолапости после полного их устранения, прогрессирование вновь появившейся деформации, несмотря на проводимые интенсивные реабилитационные мероприятия.

В ортопедическом отделении краевой детской больницы под наблюдением находилось 48 детей в возрасте от 2,5 до 6 лет. Проводился анализ возможных причин возникновения рецидива, характера деформации стопы, функциональных возможностей с распределением нагрузки при ходьбе, опороспособности. Всем пациентам осуществлялось комплексное обследование: клинический осмотр, рентгенография стоп, электронейромиография голени, ультрасонография флексоров-супинаторов стопы в покое и при активно-пассивных движениях. Большая роль отводилась функциональному обследованию на аппаратно-программном биомеханическом комплексе «ДиаСлед-Скан».

Оценив характер деформации, функциональные показатели стопы определялись с видом оперативного вмешательства, выбор которого осуществлялся строго индивидуально. Так, если отмечалось ригидное приведение, супинация и серповидность передне-среднего отдела стопы при удовлетворительных движениях в голеностопном суставе-выполнялось открытое вправление медиальной клиновидной кости с резекцией кубовидной кости. При необходимости внедрения иссеченного клина в остеотомированную клиновидную кость (у детей 5 лет и старше) дополнительно выполняли остеотомию ладьевидной кости с внедрением аллотрансплантата. Данное вмешательство на костно-суставном аппарате стопы дополнялось транспозицией сухожилия передней большеберцовой мышцы. У детей с ригидным эквинусом стопы операцией выбора являлось устранение деформации и фиксация с использованием дистракционно-компрессионного аппарата после предварительного вскрытия суставов и тенолиза ахиллового сухожилия.

Комплексное обследование пациентов с рецидивирующей косолапостью способствовало составлению индивидуального плана лечения, что позволило снизить риск инвалидизации детей с этой патологией. Хорошие и удовлетворительные результаты получены в 85% случаев.

СИНДРОМАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ КИСТИ

М.А. Иванова

**Российский государственный медицинский университет,
Москва, Российская Федерация**

Врожденные пороки развития кисти весьма разнообразны. Они имеют не только косметическое значение, но и могут быть тяжелыми дефектами, исключающими возможность самообслуживания и трудовой деятельности. Частота встречаемости врожденных пороков составляет около 7,4% среди всех заболеваний верхней конечности. Согласно статистике в г. Москве с 2005 по 2007 г. в среднем у 600 детей оформлена инвалидность в связи с невозможностью свободных действий верхними конечностями.

Цель работы: представить спектр наиболее часто встречающихся аномалий развития кисти, обосновать дифференциальный подход к срокам коррекции врожденных пороков развития кисти в зависимости от характера поражения и сочетания с генетическими синдромами.

По данным ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова: за год с врожденными пороками развития кисти для выполнения хирургической коррекции проходит 40-50 больных, среди которых у 70% - полидактилия, у 25% - синдактилия, у 5% - другие пороки развития кисти. При проведении хирургической коррекции врожденных пороков кисти необходимо учитывать возраст пациента. При кожной форме синдактилии операции производятся в 5-6 лет, а при костной форме оперативное вмешательство необходимо совершить в возрасте до 1 года. Причиной врожденных пороков развития кисти может быть воздействие патологических факторов в эмбриональном периоде. Однако большинство врожденных аномалий кисти является наследственно обусловленным и входит в состав генетических синдромов. К ним относятся: синдром Рубинштейна-Тейби (частота 1:100000), синдром Апера (1:150000), синдром Меккеля-Грубера (1:100000), синдром Марфана (1:10000) и другие синдромы. Сочетание врожденных пороков развития кисти с генетически обусловленными синдромами встречается до 50%. В таких случаях перед оперативным вмешательством необходима консультация генетика для предотвращения осложнений, которые могут возникнуть при проведении оперативного вмешательства.

На основании проведенной работы можно сделать следующие выводы: сроки проведения оперативного вмешательства зависят от вида патологии и от возраста пациента. Половина всех врожденных пороков развития кисти сочетается с генетическими синдромами, в связи с этим необходима консультация врача-генетика, позволяющая снизить риск развития интраоперационных и постоперационных осложнений.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И МОНИТОРИНГ СРАЩЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

А.А. Лукаш, А.В. Зюзько, В.М. Никонов

Детская городская клиническая больница № 3, Омск, Российская Федерация

Несмотря на то, что ультразвуковое исследование (УЗИ) широко и с высокой степенью точности используется в хирургии и урологии, для визуализации плоских и длинных костей данный метод в детской травматологии практически не применяется. В то же время доступность, возможность использования на месте происшествия, в ходе транспортировки и в стационаре диктуют необходимость изучения УЗИ - метода при переломах костей у детей.

Анализ доступной литературы показал, что в настоящее время остаются недостаточно изученными вопросы УЗИ повреждений длинных трубчатых костей у детей, не изучена картина нормальных костей у растущего организма, картина повреждений через зоны роста и мониторинг особенностей и сроков консолидации переломов у детей.