

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 операции 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.