

Гидроцефальный синдром сформировался у 3 детей раннего возраста и сопровождается задержкой речевого, интеллектуального развития.

Каротидно-кавернозное соустье сформировалось у ребенка 3 лет, перенесшего черепно-мозговую травму тяжелой степени, вдавленный перелом лобной кости. Основная жалоба мальчика на постоянный шум в голове типа «сирень», который выслушивается и при аускультации головы. После проведенной перевязки наружной сонной артерии шум сохраняется, но уменьшился по интенсивности.

Невропатия лицевого нерва наблюдается у ребенка 4 лет с переломом височной кости. У этого больного отмечается снижение слуха на стороне поражения.

Таким образом, ближайший и отдаленный прогноз у детей, перенесших черепно-мозговую травму, всегда серьезен и зависит от характера повреждения головного мозга, а также своевременности и полноты проведенного лечения. Эти больные нуждаются в длительном диспансерном наблюдении, периодических курсах медикаментозного и санаторно-курортного лечения. С целью снижения риска возникновения посттравматических осложнений в консультативно-диагностической поликлинике ДГКМБ № 9 осуществляется консультативный прием детей, перенесших черепно-мозговую травму, и выделяется диспансерная группа больных после ушибов головного мозга для динамического наблюдения, проведения комплексного обследования и восстановительного лечения, что позволяет сохранять социальную активность этих детей.

НОВЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

**Кожевников Е.Г., Кожевникова Т.С., Бресс А.В.,
Сосновских А.К., Марфицын А.В.**

Переломы костей голени составляют до 30% от всех переломов костей скелета у детей. В детской травматологической практике классическим считался метод консервативный, т.е. плавный переход от одного метода к другому, отвергая ранний остеосинтез. Оперативное лечение применялось только по строгим показаниям, предпочтение отдавалось внеочаговому остеосинтезу аппаратом Илизарова:

1. При переломах костей голени без смещения костных отломков, было, есть и будет самым оптимальным - иммобилизация хорошо отмоделированной гипсовой повязкой с соблюдением сроков фиксации по возрасту.

2. При переломах костей голени со смещением отломков использовалась методика закрытой репозиции с фиксацией гипсовой повязкой либо скелетным вытяжением (при нестабильных переломах). В первом случае все-

гда остается угроза вторичного смещения после спадения отека во втором - невозможность устранения смещения на вытяжении. Врач встает перед необходимостью выбора оперативного лечения, но сроки для остеосинтеза оказываются самыми неподходящими (7-10 сутки), в данной ситуации остеосинтез аппаратом Илизарова является, безусловно, оптимальным.

Сроки лечения и реабилитации ребенка при классическом подходе:

гипсовая повязка - иммобилизация 4-6 недель с обязательным рентгенологическим контролем сращения, последующая разработка движений в суставах и ограничением нагрузки на поврежденную конечность до 3-4 недель; срок пребывания в стационаре 5-7 дней;

скелетное вытяжение - фиксация на шине Белера 3-4 недели с регулярными рентгенологическими контролями, возможные репозиции, перевод в гипсовую повязку сроком 4-5 недель; срок пребывания в стационаре 4 недели;

аппарат Илизарова - необходимость регулярного контроля травматолога, перевязки, коррекция аппарата; минимальный срок стационарного пребывания 2 недели (как правило, такой больной находится под наблюдением в отделении).

Таким образом, при лечении переломов костей голени описанными выше способами больной надолго выбывает из привычной жизни, ограничен в передвижениях, нуждается в длительной реабилитации.

С 1997 года в отделении поэтапно внедрена новая тактика лечения закрытых переломов костей голени, суть которой заключается в определении степени стабильности перелома и прогнозирования возможного вторичного смещения костных отломков (по клиническим признакам), ранние показания к стабильному, закрытому остеосинтезу. Идеально в первые часы с момента травмы, максимально 48 часов после травмы.

Техника и выбор металлоконструкции для остеосинтеза определяется в зависимости от возраста пациента и характера перелома. В основном используются два вида фиксаторов: классический стержень Кюнчера и эластичные стержни (титановые или обычные спицы Киршнера). У детей дошкольного и раннего школьного возраста предпочтение отдается остеосинтезу эластичными (напряженными) стержнями. В условиях травматологической операционной под контролем рентгеновского аппарата с ЭОПом производится закрытая репозиция костных отломков и фиксация интрамедуллярно двумя эластичными стержнями, в послеоперационном периоде применяется гипсовая лангетная повязка сроком до 7 дней либо фиксация на шине, ортопедической подушке. С первых дней больной не ограничен в движениях, ограничение только осевой нагрузки индивидуально.

У детей старшего школьного возраста для остеосинтеза чаще используется стержень Кюнчера. После репозиции перелома стержень вводится из минимального доступа в проксимальном отделе голени с учетом зон роста апофиза и эпифиза без рассверливания костномозгового канала.

Существует мнение, что при интрамедулярном остеосинтезе происходит замедление процессов консолидации перелома ввиду повреждения костного мозга. Наш опыт лечения более 30 больных по этим методикам позволяет сделать следующие заключения:

- 1) гематома в месте перелома кости не удаляется, что является определенным субстратом для остеогенеза;
- 2) стержни, вводимые антеградно, сдвигают клетки костного мозга в линию перелома, что так же благоприятно действует на остеогенез;
- 3) костномозговой канал не рассверливается, и фиксаторы не занимают весь его объем.

Рентгенологические сроки формирования костной мозоли обычные, как при лечении перелома гипсовой повязкой - 3-4 недели без грубой перностальной реакции.

Клинически больной находится в стационаре 5-7 дней (ликвидация отека, устранение болевого синдрома), назначается ранняя разработка движений в суставах. Ограничение осевой нагрузки определяется индивидуально в зависимости от характера перелома (поперечный, косопоперечный или косой перелом). В среднем полная нагрузка на поврежденную конечность разрешается на 4-5 неделе. Фиксаторы удаляются через 5-6 месяцев после травмы.

Данная тактика позволила значительно сократить время пребывания больного в стационаре, что экономически выгодно для скудного бюджета нашей медицины, но, самое главное, в два раза быстрее позволяет вернуть ребенка к нормальной, активной жизни.

ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДА ЗАКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ С ИНТРАМЕДУЛЯРНЫМ ОСТЕОСИНТЕЗОМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Агеев В.В., Петросян А.А., Хребтов А.П., Силунский Ю.Г.

Переломы длинных трубчатых костей встречаются у детей довольно часто: ежегодно в ДТО ДГКМБ № 9 поступают около 200 детей, нуждающихся в репозиции и восстановлении функциональной активности сегмента.

Основным методом лечения является одномоментная закрытая репозиция или скелетное вытяжение. Однако в случае нестабильных переломов, не всегда возможно достичь результата консервативным способом. Одним из видов хирургического лечения является открытая репозиция и интрамедулярный остеосинтез, а в отдельных случаях – накостная фиксация пластиной.

В 1999 году в ДТО-1 внедрен метод закрытой репозиции и интрамедулярным остеосинтезом длинных трубчатых костей под контролем экрана электронно-оптического преобразователя (ЭОП). Манипуляция осуществляется в условиях операционной. Антеградно из мини-доступа вводится фикса-