

щелочами в связи с их способностью глубоко проникать в стенки пищевода. В острый период ожоговой травмы пищевода необходимо проводить раннее профилактическое бужирование пищевода.

3. Эндоскопическое лечение под визуальным контролем является безопасным и высокоэффективным методом лечения стенозов пищевода у детей, особенно для лечения эксцентрично расположенного входа в стриктуру, так как позволяет непосредственно наблюдать за динамикой в процессе лечения, избежать тракционных повреждений пищевода и лучевую нагрузку на пациента и врача.

Литература:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия: В 2т.–СПб.: ПИТ–ТАЛ, 1997.–Т.1–2.
2. Баиров Г. А. Срочная хирургия детей: Руководство для врачей.–СПб.: Питер, 1997.–464с.
3. Данилов А.А., Юрченко Н.И., Рыбальченко В.Ф. и др. Повреждения пищевода у детей // Зб. наук. праць співробітників КМАПО. К., 1998.– С. 89-90.
4. Дубровін О. Г. Морфо–функціональні зміни при стенозах стравоходу у дітей та основні принципи їх корекції // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика К., 2001.– Вип. 10, кн. 1.–С.14 –21.
5. Фомин П.Д., Губник В.В., Никишаев В.И., Малиновский А.В. Неопухольевые заболевания пищевода. Киев, 2008.

МЕТОД ФИКСАЦИИ ЭПИФИЗА КАНЮЛИРОВАННЫМ ВИНТОМ В ЛЕЧЕНИИ ЮНОШЕСКОГО ЭПИФИЗЕОЛИЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ (ЮЭГБК)

Питкевич А.Э., Шмаков А.П. Лопатнёв В.Е., Лопатнёв Е.А.

Витебский государственный медицинский университет, Витебск

Введение. Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости (ЮЭГБК) – приобретенное дегенеративно-дистрофическое заболевание проксимального отдела бедренной кости. В процессе лечения основными задачами являются сохранение или восстановление центрации эпифиза головки бедра в вертлужной впадине, закрытие дистрофической зоны роста и профилактика некроза головки бедра.

Цель – оценить преимущества и изучить результаты лечения юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости методом закрытой ручной репозиции эпифиза головки бедра с его фиксацией с помощью канюлированного винта.

Материал и методы исследования. В клинике детской хирургии на базе травматолого-ортопедического отделения УЗ «Витебский областной

детский клинический центр» с 2012 по 04.2015г. на лечении находились 5 девочек в возрасте от 8 до 11 лет. По локализации у 1 ребенка процесс был левосторонним, у 3-х правосторонним, у 1 двусторонним. Срок от начала заболевания до госпитализации в отделение составлял от 1 дня до 5 месяцев.

По течению острый эпифизеолиз отмечен в 4-х случаях, хронический в 2-х. Диагноз подтверждался клинически и рентгенологически.

Все 5 детей оперированы, под интродооперационным рентгеновским контролем производилась закрытая ручная репозиция эпифиза головки бедра с фиксацией эпифиза канюлированным винтом. После операции на конечность накладывали гипсовую повязку – деротационный гипсовый сапог до верхней трети голени. С 3 дня назначали ЛФК. Через 1 месяц снимали гипс, больные начинали ходить с помощью костылей без нагрузки.

Результаты и их обсуждение. Применение данной методики оперативного лечения ЮЭГБК позволяет достигнуть репозиции эпифиза головки бедра при любой степени смещения и полное синостозирование у всех оперированных детей. При фиксации канюлированным винтом время операции сократилось до 30–40 минут, операции производились из мини доступа. Все дети находятся под наблюдением с момента выполнения оперативного вмешательства. Результаты лечения оценивались на основании объективного осмотра и результатах рентгеновских методов исследования. У пациентов отсутствуют жалобы, установка конечности – правильная, сгибание в тазобедренном суставе свыше 90°. Осложнений после применения данной методики не отмечено.

Выводы. Фиксация эпифиза канюлированным винтом сокращает в 2–3 раза время операции, уменьшает операционную травму, что позволяет проводить раннюю реабилитацию и улучшает качество жизни пациентов.

ВАЗОАКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЭДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Максимович Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Введение. Вегетативная дисфункция почти в половине случаев трансформируется в артериальную гипертензию и другие формы атерогенных заболеваний [5]. Считают, что только нарушения в центральных и периферических звеньях нервной регуляции тонуса сосудов приводят к формированию вегетативной дисфункции, которые проявляются симптомами симпатикотонии или ваготонии. Однако до сих пор нет единого мнения о патогенезе дисрегуляции тонуса сосудов при данной патологии [1].