

показания к проведению экстренной операции: «Ампутация левой конечности на уровне верхней трети плеча» 31.07.2014 г. в 00.10 – 00.50 выполнена операция: «Ампутация левой верхней конечности на уровне верхней трети плеча». После операции находился на лечении в реанимационном отделении, 4.08.2014г. операция: «Формирование культи». 6.08.2014 г. ребенок переведен в хирургическое отделение УЗ «ВДОКБ», где продолжена консервативная терапия. 18.08.2014 г. Межрайонной МРЭК установлена инвалидность. 19.08.2014 г. ребенок был выписан в удовлетворительном состоянии с диагнозом: «Т 91.1. Основное заболевание: Закрытый оскольчатый перелом обеих костей левого предплечья со смещением (репозиция 25.07.2014 г.). Осложнения: Синдром длительного сдавления. Гангрена левой верхней конечности». Культи левого плеча (ампутация 31.07.2014 г., Формирование культи 4.08.2014 г».

#### **Выводы:**

1. Дежурными врачами ГБ №1 г. Орши, после репозиции перелома под наркозом ребенок отправлен домой, в сельскую местность, где невозможно обеспечить динамическое наблюдение после проведенной манипуляции.
2. Фельдшером ССНМП УЗ «Дубровенская ЦРБ» при осмотре пациента 26.07.14 г. (через сутки) недооценена клиническая ситуация и не осуществлена консультация ребенка хирургом.
3. Врачом-хирургом УЗ «Дубровенская ЦРБ». в ходе динамического наблюдения пациента (28, 29, 30.07.14 г.) при нарастании болевого и отеочного синдромов недооценено состояние ребенка, не произведен осмотр поврежденной конечности и не приняты необходимые меры по коррекции лечения.

## **РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЮНОШЕСКОГО ЭПИФИЗЕОЛИЗА БЕДРА**

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

*Витебский государственный медицинский университет, Витебск*

**Введение.** Одним из относительно редко встречаемых, трудно диагностируемых на ранней стадии и тяжёлым по исходам является юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости (ЮЭГБК). Отсутствие единых подходов к терапии и неудовлетворённость её результатами делает целесообразным поиск новых методов лечения [1, 2, 3].

**Цель.** Оценить преимущества и изучить отдалённые результаты лечения юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости методом закрытой ручной репозиции эпифиза головки бедра с фиксацией эпифиза спицами, аллоштифтом или канюлированным винтом.

**Материал и методы исследования.** В клинике детской хирургии на базе травматолого-ортопедического отделения УЗ «Витебский детский областной клинический центр» с 2003 по 04. 2015 г. на лечении находились 20 детей в возрасте от 10 до 15 лет. Из них было 14 мальчиков и 6 девочек. У 6 детей процесс был левосторонним, у 13 правосторонним, у 1 ребенка двухсторонним. К моменту госпитализации в отделение срок от начала заболевания составлял от 2 недель до 13 месяцев.

По течению острый эпифизеоз был у 3 детей, хронический у 17. Жалобы на боль в области тазобедренного сустава на стороне поражения отмечены у 14 (70%), в бедре у 5 (25%), в бедре и коленном суставе у 1 ребенка.

При объективном осмотре болезненность при пальпации в области пораженного сустава отмечена у 8 (40%), укорочение конечности до 2 см. выявлено у 3 (15%) подростков. Болезненная осевая нагрузка определялась у 18 (90%) пациентов. Хромота и ограничение движений в тазобедренном суставе отмечены у всех пациентов. Рентгенологически смещение эпифиза кзади выявлено: первой степени – 10 (50%), второй степени – 5 (25%), третьей степени – 5 (25%) пациента.

Все 20 детей оперированы, при смещении эпифиза 2–3 степени (9 детей) производилась закрытая ручная репозиция эпифиза головки бедра на столе Хоули: ротационные движения бедра внутрь при сгибании в тазобедренном суставе под углом 90°. После рентгенологического подтверждения уменьшения смещения эпифиза до 1 степени производилась фиксация эпифиза пучком спиц – 10 детей, либо выполнялся эпифизеодез аллоштифтом – 5 подростков. С 2012 г. всем поступившим, (5 пациентов) выполнена фиксация канюлированным винтом (6 операций), под интраоперационным рентгенологическим контролем. Одна пациентка оперирована с 2-х сторон, с разницей в 1 год 3 месяца. После операции на конечность накладывали деротационный гипсовый сапог до верхней трети голени. С 3 дня назначали ЛФК для коленного сустава. Через 1 месяц снимали гипс, больные начинали ходить с помощью костылей без нагрузки на больную ногу и направлялись на амбулаторное лечение. Через 8–12 месяцев, после рентгенологического подтверждения сращения эпифиза головки бедра, разрешали дозированную нагрузку на ногу.

**Результаты и их обсуждение.** Применение данной методики оперативного лечения ЮЭГБК позволяет достигнуть репозиции эпифиза головки бедра до положения 1 степени смещения и полное синостозирование у всех оперированных подростков (1). При фиксации канюлированным винтом время операции сократилось до 30–40 минут, вмешательства производились из микродоступа, что улучшило течение послеоперационного периода и дало хороший косметический результат. Время наблюдения составило от 1 до 10 лет. Результаты лечения у всех пациентов хорошие. Отсутствуют боль в суставе и хромота, имеется правильная установка конечно-

сти и нормальная походка. Осложнений в виде асептического некроза головки бедренной кости не отмечалось.

#### **Выводы:**

1. Интрооперационная закрытая репозиция головки бедра позволяет устранить любую степень смещения.
2. Наиболее оптимальным способом фиксации эпифиза является фиксация канюлированным винтом.
3. Методика позволяет осуществить раннюю вертикализацию пациентов, сократить время пребывания в стационаре и вернуть детей к активной жизни.

#### **Литература:**

1. Гафарова Х.З. Лечение детей и подростков с ортопедическими заболеваниями нижних конечностей / Гафарова Х.З. – Казань: татарское книжное общество, 1995. – С. 245–269.
2. Миронова С.П. Ортопедия: национальное руководство / С.П. Миронова, Г.П. Котельникова // М.: ГЭОТАР–Медиа, 2008. – 832 с.
3. Соколовский А.М. Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости / А.М. Соколовский, О.А. Соколовский, Р.К. Гольдман // Медицинские новости – 2006 – №2. – С. 45–51.

## **ПАХОВО-МОШОНОЧНЫЕ ГРЫЖИ КАК ПРИЧИНА СИНДРОМА УВЕЛИЧЕННОЙ МОШОНКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

**Притула В.П., Поворознюк В.С., Максакова И.С.,  
Рыбальченко И.Г., Полулях Е.К., Ханес Г.С.**

*НМУ имени А. А. Богомольца МЗ Украины  
Национальная детская специализированная больница  
«ОХМАТДЕТ» МЗ Украины, Киев.*

**Введение.** Хирургическое лечение врожденных грыж у новорожденных детей является актуальной задачей так как при неадекватном проведении операции возникает нарушение кровотока яичка. Из всех больных детей с хирургической патологией, по данным С.Я.Долецкого (1952), это были дети с паховыми грыжами в 55%, которые диагностируются в первые три месяца жизни. После оперативного лечения грыж развиваются у части больных осложнения: атрофия яичка от 3 – 5% до 30%, гидроцеле в 17-20%, высокое расположение яичка в 0,6–4,5%.

**Цель работы** – улучшить результаты лечения за счет совершенствования диагностики и лечебной тактики.