

патологии. Проведено 140 клинических наблюдений и проанализированы истории болезней новорожденных в республиканском центре матери и ребенка, г. Тирасполя в течение года, у которых отмечались повреждения ЦНС в перинатальном периоде.

Анализ факторов риска повреждений в интра- и постнатальном периодах проводили на основании данных историй родов, историй развития новорожденных, а также клинических, физиологических, лабораторных данных.

Нами было установлено, что ведущую роль в формировании патологии ЦНС играют факторы, действующие в пренатальном периоде. Так, 22% беременных находились в неблагоприятном для родов возрасте, т.е. до 18 или старше 40 лет. У 18% женщин имелись хронические заболевания; 16% – выполняли тяжелую физическую работу, связанную с вредными производственными условиями (лаки, краски, шум, вибрация). 15% имели отягощенный акушерский анамнез (аборты, преждевременные роды) и гинекологические заболевания; 17% во время беременности перенесли простудно-вирусные заболевания; 12% употребляли никотин. Почти у половины обследованных выявляли сочетанную патологию.

Среди неблагоприятных факторов, непосредственно связанных с течением беременности, следует указать угрозу прерывания в разные сроки у 34%, преэклампсию – у 29%, патологию предлежания плаценты – у 8%. Особое внимание мы обратили на повышенную частоту преэклампсии. Не менее актуально исследование течения беременности и родов при наличии у женщин экстрагенитальных заболеваний. Констатация характерных изменений статуса беременных и внутриутробного плода позволяет рекомендовать для них соответствующую терапию в критические периоды развития плода. Сегодня у нас применяется способ прогнозирования усугубляющейся тяжести состояния плода путем доплерометрического определения, в частности, мозгового кровотока; в последние недели беременности проводится ежедневная кардиотокография.

Основные причины повреждений ЦНС в интранатальном периоде таковы: аномалии родовой деятельности у 50% женщин; у 8% – частичное предлежание плаценты; у 9% – обвитие пуповины, у 5% – неправильное вставление головки плода.

При анализе факторов риска повреждений ЦНС в постнатальном периоде установлено: 52% детей родились недоношенными (в том числе при досрочном родоразрешении); 29% – с респираторным дистресс-синдромом; 12% – с гипотрофией.

Клинические проявления повреждений ЦНС у новорожденных выражались в наличии вегетовисцеральных двигательных нарушений,

внутричерепной гипертензии, симптомов угнетения или повышения нервно-рефлекторной возбудимости.

Таким образом, в любом периоде: пренатальном, интра- и постнатальном – может возникнуть риск повреждений ЦНС плода и новорожденного. Для улучшения прогноза рекомендуется:

1. Соблюдать преемственность всех звеньев наблюдения – выявления закономерностей причин и следствий, лечения, предупреждения осложнений.

2. На акушерском этапе выявлять доклинические признаки фето-плацентарной недостаточности (изменение структуры плаценты, кровотока, продукции гормонов), на этой основе рассчитывать вероятностно-прогностические показатели факторов риска и корректировать их.

3. Продолжить внедрение лечебных стандартов, УЗИ – доплерометрического и кардиотопографического обследования, обеспечивая высокую профессиональную квалификацию акушеров и неонатологов.

4. В целом, необходимо повысить качество перинатальной охраны плода, чтобы факторы отрицательного влияния были максимально устранены.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

Гарбуз И.Ф.

*Приднестровский государственный
университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь,
e-mail: travorto.tir@mail.ru*

Падение на ноги в зависимости от высоты и массы тела почти всегда заканчивается повреждением пяточной кости. Перелом пяточной кости происходит при падении в вертикальном положении вследствие удара о землю пяткой, и как следствие раздавливание и раздробление последней с разрушением суставных поверхностей [3, 4]. Одновременно может произойти повреждение других анатомических образований, которые выдерживают вес всего тела, как позвоночник, но часто в клинической картине доминирует один из полученных переломов, а другие выявляются в более поздние сроки.

Целью настоящей работы была детализация биомеханики перелома пяточной кости и основные этапы репозиции костных отломков пяточной кости с их остеосинтезом пластиной с угловой стабильностью.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 19 больных с диагнозом закрытый перелом пяточной кости со смещением отломков, которым было выполнено хирургическое лечение. Все больные были со свежими повреждениями. У 8-ми пострадавших были сломаны обе **пяточные кости**. У 11 была повреждена только одна пяточная кость. В 3-х слу-

чаях **переломы пяточных костей** сочетались с компрессионным переломом тел поясничных позвонков.

Биомеханика перелома пяточной кости. При падении с высоты сила тяжести тела, тянущая вниз, передается по оси через большеберцовую и таранную кости проходит через угол Гиссана, заднюю суставную фасетку пяточной кости, раздавливая её образует переднемедиальные и задне-латеральные фрагменты [6].

Высоко энергетическая травма приводит к возникновению эффекта «колуна» и смещению отломков. В результате происходит расширение пяточной кости, ее укорочение и выступание наружной стенки по латеральному краю. Травматическая энергия в дальнейшем приводит к образованию 2-х типов переломов: языкообразного и депрессивного перелома с депрессией задней суставной фасетки. 75% переломов пяточной кости являются внутрисуставными [1, 7].

С целью диагностики переломов пяточной кости производили рентгенологическое исследование голеностопного сустава в переднезадней и боковой проекции (с захватом пяточной кости), а в аксиальной проекции – только пяточной кости. В случаях, когда боли и припухлость распространялись в дистальную сторону стопы, делали еще две дополнительные проекции: переднезадней для таранно-ладьевидного сочленения, при этом стопа находилась в положении подошвенного сгибания и вторую проекцию, когда рентгеновский луч был направлен на пяточно-кубовидное сочленение, при этом стопа и голень ротировалась внутрь до 45° .

На переднезадней проекции голеностопного сустава определялось наличие поврежденных этого сустава, а также смещение отломков пяточной кости кнаружи или внутрь. Боковая проекция позволяла увидеть степень смещения суставных поверхностей и фрагментов пяточной кости. На рентгенограмме, выполненной в аксиальной проекции, визуализировались обе лодыжки, основание пятой плюсневой кости, боковые поверхности пяточной кости, в том числе и толстый отросток – опора таранной кости и задняя суставная поверхность пятки. На дополнительных двух проекциях, мы могли увидеть переломы в пяточно-кубовидном суставе и подвывих в таранно-ладьевидном, а также наличие или отсутствие перелома переднего отростка пяточной кости.

У всех пострадавших со свежей травмой при клиническом исследовании имели место боли и деформации контуров стопы, которые были обусловлены наличием гематомы и смещением костных фрагментов пяточной кости [3, 4, 6, 9]. Данные рентгенологического исследования были самые разнообразные.

После рентгенологического обследования и после оценки состояния отломков пяточной кости, мягких тканей зоны повреждения опреде-

ляли тактику хирургического лечения больного с переломом пяточной кости.

Показания к оперативному лечению: смещение суставных поверхностей пяточной кости более 2 мм (или их ротация); открытые переломы пяточной кости; дисконгруэнтность в суставе; нарушение осевых взаимоотношений фрагментов пяточной кости; отсутствие медицинских противопоказаний (сахарного диабета, заболеваний сосудов нижних конечностей и др.); пациент в возрасте до 60 лет; пациент активно сотрудничающий с врачом; пациент не курит [1, 2, 5, 8].

Выбор метода остеосинтеза – остеосинтез отломков пяточной кости с металлической пластиной с угловой стабильностью.

Сроки операции открытой репозиции и фиксации отломков металлической пластиной определяются в зависимости от состояния мягких тканей.

Хирургический доступ – наружный. Необходимо знать, что сурральный нерв, который встречается при выполнении доступа, а также 2 сухожилия малоберцовых мышц могут быть повреждены при разрезе. Во время рассечения тканей до надкостницы скальпель нужно держать строго перпендикулярно кости, чтобы не повредить перфорантные артерии. Затем лоскут отсекается параллельно надкостнице. Лоскут откидывается в проксимальную сторону и пришивается к нижней трети голени, что обеспечивает хорошую визуализацию поврежденных анатомических структур стопы.

Репозиция отломков производится в следующем порядке: после освобождения наружной стенки пяточной кости определяется зона ее разрушения, выкраивается окошко и в него вводятся лапки дилататора. В обратном порядке, как произошла компрессия пяточной кости, раздвигая лапки дилататора, отодвигаем вверх таранную кость с верхней стенкой пяточной кости.

Пяточная кость принимает обычную форму и положение, а костные отломки без особого усилия принимают правильное положение. При таком движении устраняется и смещение по ширине. Образовавшаяся пустота в пяточной кости, с целью профилактики последующего проседания «пустота» заполняется костным аутотрансплантатом, который вводится туго и плотно заполняет образовавшуюся полость (Изобретение, удостоверение № 1332). После всего произведенного адаптируется металлическая пластина с угловой стабильностью и фиксируются костные отломки.

Необходимость применения металлической пластиной с угловой стабильностью имеется всегда, так как это является еще одним подспорьем в отношении посттравматической деформации пяточной кости – шурупы пластины с угловой стабильностью не дают возможность просесть пяточной кости до максимального сра-

щения костных отломков и реструктуризации костных трабекул пяточной кости.

Результаты. У всех (19) пациентов с переломами пяточной кости использовалась методика репозиции, которая повторяла в обратной последовательности биомеханику перелома с заполнением полости костным аутоотрансплантатом и фиксацией костных отломков металлической пластиной с угловой стабильностью.

Выводы

1. При переломе пяточной кости репозиция костных отломков осуществляется при помощи дилатора, повторяя раздавливание пяточной кости в обратном направлении (приподымая таранную кость кверху с костной пластиной пяточной кости) осуществляется репозиция костных отломков.

2. Операция открытой репозиции костных отломков пяточной кости с заполнением полости аутоотрансплантатом и фиксацией металлической пластиной с угловой стабильностью эффективная, и патогенетична по механизму травмы.

3. Важна в послеоперационном периоде ранняя и корректная реабилитация, поздняя нагрузка.

Список литературы

1. Черкес-Заде Д.И., Каменев Ю.Ф. Хирургия стопы. – изд. 2-е перераб. и доп. – М.: Медицина, 2002. – 328 с.
2. Бабоша В.А., Бодня А.И., Кривенко С.Н. Лечение больных с раздробленными переломами пяточной кости методом чрескостного остеосинтеза // Вісн. ортопедії травматології та протезування, 2002. – № 1. – С. 11-14.
3. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Практическая травматология европейские стандарты диагностики и лечения, Москва, Книга плюс, 2002. – С. 397-408.
4. Корышков Н.А. Травма стопы: монография. – Ярославль, 2006. – 170 с.
5. Рахимов Д.С. Хирургическое лечение тяжелых повреждений костей стопы на основе биомеханической концепции фиксации отломков: дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – С. 67-75.
6. Маслов В.В. Диагностика и лечение переломов пяточной кости: дисс. ... канд. мед. наук: Нижний Новгород, 2007. – 154 с.
7. Халилов Рамазан Гамзат оглы. Лечение переломов пяточных костей у пострадавших при тяжелой механической и шокогенной травме. Дисс.... канд. мед. наук.: Санкт-Петербург, 2014. – 172 с.
8. Гарбуз И.Ф. Применение пластины с угловой стабильностью при лечении перелома пяточной кости // Вестник Приднестровского университета, 2016. – № 2. – С. 27-32.
9. Alexandr Vistovschii, Iurii Stavinschii, Vadim Madan, Eduard Nadirca, Gheorghe Croitor. Results of talamic calcaneal fracture treatment. Al VIII-lea Congres national de ortopedie si traumatologie cu participare internationala. 12-14 octombrie 2016, Chisinau. p. 25.

ДИМЕТИНДЕН В ПЕДИАТРИИ

Зибницкая А.Г., Сергиенко А.В.

Южный федеральный университет, Ессентуки,
e-mail: ivashev@bk.ru

Антигистаминные препараты обязательно проходят технологический контроль, как и другие лекарственные средства [1–15].

Цель исследования. Возможность использования диметиндена у детей.

Материал и методы исследования. Анализ данных клинической практики.

Результаты исследования и их обсуждение. Диметинден (торговое название фенистил) обладает антигистаминным, противоаллергическим и противозудным эффектами, за счет химической формулы – диметиндена малеата. Препарат блокирует гистаминовые рецепторы первого типа, является конкурентным антагонистом гистамина. Фенистил снижает повышенную проницаемость капилляров, связанную с аллергическими реакциями. В каплях применяется у детей с 1 месяца жизни до 30 капель в сутки. Препарат рекомендуется педиатрами при использовании прививок. Фенистил назначали детям в течение 3 – 5 дней перед прививкой, и после введения прививки. Для детей до 1 года дозировка составляла 4 – 5 капель два раза в день. Дети от 1 года до 3 лет принимали по 10 капель 2 раза в день. Детям старше 3 лет для профилактики возможных осложнений от прививки назначали по 20 капель фенистила три раза в день и в такой же дозировке применяли после прививки. Большинство родителей отмечали высокую эффективность и безопасность антигистаминного средства. В части случаев длительность приема фенистила после прививки уменьшалась до 1-2 дней в связи с хорошим самочувствием ребенка. Седативный эффект фенистила (международное непатентованное название – диметинден) существенно уменьшал или полностью устранял отрицательные температурные реакции и раздражительность нервной системы (плаксивость, беспокойство) после прививки.

Выводы. Диметинден устраняет осложнения во время проведения прививок.

Список литературы

1. Адаптивное и ремоделирующее действие масляного экстракта ромашки в эксперименте / Е.Е. Зацепина [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 1. – С. 96-97.
2. Адаптивно – ремоделирующее действие жирного экстракта липы в процессах регенерации в экспериментальной фармакологии / Е.Е. Зацепина [и др.] // Современные наукоемкие технологии. – 2012. – № 12. – С. 38-39.
3. Взаимодействие ребамипида и урсосана / А.М. Яковлев [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 11-1. – С.120-121.
4. Влияние альфа-2-адреноблокаторов на мозговое кровообращение в эксперименте / Ивашев М.Н. [и др.] // Российский медицинский журнал. – 1995. – С. 220.
5. Влияние препарата «профеталь» на мозговой кровоток А / А.В. Арлыт [и др.] // Биомедицина. – 2010. – Т. 1. – № 5. – С. 66-68.
6. Клиническая фармакология ацетилцистеина / М.Н. Ивашев [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 5. – С. 116-117.
7. Оценка состояния нервной системы при однократном применении масляного экстракта плодов пальмы сабаль / И.А. Савенко [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 11. – С. 15.
8. Ремоделирующая активность адаптивной репарации экстракта жирного масла льна в экспериментальной фармакологии / Е.Е. Зацепина [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 1. – С.112-113.