



Обследование. Биохимический анализ крови от 27.06.2006г.: глюкоза – 4,4ммоль/, Са – 1,9ммоль/л, К – 3,8ммоль/л, толерантность к гепарину II, ПТР комплекс 82, ТТ 4 степени, фибриноген 3550, время рекальцификации 100. ОАК от 26.06.2006г.: НВ – 168 г/л, эритроциты $5,1 \times 10^{12}$ /л, СОЭ – 3 мм/час, ЦП – 0,99; тромбоциты – 195 тыс.; э – 1%; п/я – 1%, с/я – 45%; лимф. – 38%; мон. – 15%; лейкоциты – $5,7 \times 10^9$ /л. УЗИ – умеренно выраженная гепатомегалия. Осмотр травматолога: патологические переломы обоих плеч, правого бедра.

В двухмесячном возрасте стац.лечение в ГКБ №9 г. Челябинска диагноз: «Несовершенный остеогенез, ранняя форма. Неправильно консолидирующийся перелом правого бедра». Лечение: поступил в экстренном порядке. При поступлении под общим обезболиванием выполнена закрытая остеотомия, наложена кокситная гипсовая повязка в положении Лоренц 1. Рекомендации: фиксация в гипсе 3 недели.

25.06.2008 г. консультирован генетиком-эндокринологом д.м.н. Беловой Н.А. в г. Москве, рентгеновские снимки консультированы ортопедом – травматологом ЦИТО им. Приорова д.м.н. Котовым В.Л. Клинический диагноз: «Несовершенный остеогенез третий тип». Состояние после повторного патологического перелома верхней трети правого бедра. Были даны рекомендации: 1. Ребенок нуждается в оперативной коррекции угловой деформации

верхней трети правого бедра методом коррегирующей остеотомии с использованием телескопических штифтов. Возможно проведение операции в клиниках Германии, или в стационаре Американского медицинского центра (АМЦ) в г. Москве; 2. Избегать длительной иммобилизации. Фиксация переломов на минимальные сроки; 3. Режим двигательной активности после снятия гипса; 4. Элькар 20% по 1 мл 2 раза в день, 3 курса; 5. Оксидевит по 1 кап. 2 раза в день (0,5 мкг в сутки) 2 мес.; 6. Электрофорез с солями кальция на трубчатые кости и позвоночник №12-15, 2 раза в год, магнитотерапия №10-15 2 раза в год; 7. Нуждается в проведении трехдневных курсов лечения памидронатом. До начала лечения при возможности – проведение денситометрии.

Ребенок продолжает наблюдаться в областной больнице г. Костаная. С рождения до настоящего времени у ребенка произошло 12 переломов. Консультирован в мае 2009 г. ортопедом: укорочение нижней конечности справа на 4 см.

Резюме. Случаи порока развития остеоидной ткани у детей редки. Такие дети нуждаются в дорогостоящем обследовании и лечении. Учитывая потребность в высококвалифицированном лечении данного заболевания, есть необходимость выявления и учета всех случаев на территории Республики Казахстан и разработки единой тактики ведения таких детей, начиная с внутриутробного периода и проведения социальной реабилитации.

Литература:

1. Братанов Бр. «Клиническая педиатрия», Том II, София, 1983 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ И ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

К.С. Рахымжанов

КГКП «Центр Матери и Ребенка» г.Усть-Каменогорск

За последние годы травматология детского возраста выделилась в самостоятельную дисциплину. Травма костей конечностей является тяжелым заболеванием детей, одной из главных причин их инвалидности [1,2].

По данным ВОЗ ежегодно в мире погибают вследствие травм 3,5 миллиона людей. Несмотря на усиление профилактических мероприятий, отмечается ощутимый рост как детского, так и взрослого травматизма [3]. В Республике Казахстан патология опорно-двигательной системы занимает одно из первых мест среди болезней с временной и стойкой утратой трудоспособности. Особенно высок травматизм среди подростков (6004,4 на 100 тысяч населения), который превышает средне-республиканский показатель в 1,5 раза [4].

Детская ортопедическая служба Восточно-Казахстанской области берет свое начало с конца 50-х годов 20-го века, когда в составе областной больницы были выделены 10 коек и 5 коек в БСМП, где оказывалась экстренная травматологическая помощь.

Для повышения эффективности лечения детей с множественной и сочетанной травмами, врожденными и приобретенными патологиями опорно-двигательного аппарата стало необходимым концентрировать больных в специализированном детском травматологическом отделении. В связи с чем, по ходатайству главного внештатного детского ортопеда-травматолога Минздрава РК, д.м.н., профессора Ерекешова А.Е., приказом Восточно-Казахстанского областного управления здравоохранения в 2001 году, на базе



Детской областной больницы впервые открыто отделение детской травматологии на 30 коек. Отделение в 2002 году переименовано как «детское ортопедо-травматологическое» и работает на 35 коек.

Многопрофильная детская областная больница, ныне КГКП «Центр Матери и Ребенка», имеет круглосуточный режим работы, где одновременно дежурят два реаниматолога, два детского хирурга, нейрохирург, два педиатра, врач-офтальмолог, ЛОР врач, действует экстренная лаборатория, рентгенологический кабинет и кабинет УЗИ.

В детском ортопедо-травматологическом отделении выполняются плановые операции при врожденных аномалиях развития и приобретенных патологиях опорно-двигательного аппарата: врожденном вывихе бедра, врожденной и приобретенной деформации стоп и пальцев кистей, воронкообразной деформации грудной клетки, ДЦП, доброкачественных образованиях костей, последствиях системных заболеваний скелета, а также реконструктивно-пластические операции кожных покровов, контрактур, патологий суставов.

Амбулаторная травматологическая помощь. Эффективность и качество оказания экстренной травматологической помощи зависит от уровня ее организации. С этой целью, в клинике организован круглосуточный детский травматологический пункт, где оказывается квалифицированная помощь с привлечением при необходимости в любое время суток специалистов из стационарных отделений: детского хирурга, реаниматолога, нейрохирурга и других. Больной получивший первую врачебную помощь в травматологическом пункте на следующий день направляется на дальнейшее амбулаторное долечивание в том же травматологическом пункте, а подлежащий госпитализации направляется в травматологическое, реанимационное или другие детские отделения по преобладающей патологии. При травматологическом пункте имеется кабинет для приема больных, малый операционный зал с наркозным аппаратом, гипсовая комната, процедурный и прививочный кабинеты, передвижной рентген аппарат. Круглосуточно дежурят врач травматолог, медицинская сестра, гипсовый техник и санитарка.

Обращаемость в травматологический пункт в среднем составляет до 12 000 в год. Из них первичных обращении до 5000 в год. Мы считаем, что организация работы травматологического пункта при крупных городских и областных детских больницах является востребованной, необходимой, так как обеспечивает экстренность травматологической помощи, ее преемственность и высокую эффективность.

Плановая ортопедическая помощь. В 2003 году при консультативной поликлинике Детской областной больницы открыт ортопедический кабинет со следующим

штатным составом: врач ортопед-травматолог, медицинская сестра, гипсовый техник; выделены помещения: кабинет для приема больных, перевязочный и гипсовый кабинеты. В том же блоке расположен рентгенологический кабинет, операционный блок для амбулаторных операции, кабинет ЛФК, массажный кабинет, бассейн. Врачом ортопедом-травматологом проводятся профилактические осмотры, выявление патологии опорно-двигательного аппарата, диспансеризация детей, выезд в отдаленные районы и города области, для оказания учебно-методической и практической помощи.

В 2008 году находящиеся рядом Детская областная больница и Перинатальный центр города Усть-Каменогорска объединены в КГКП «Центр Матери и Ребенка» и теперь имеется возможность с момента рождения осматривать детей как ортопедом, так и другими специалистами, а при необходимости проводить своевременное коррекционное лечение.

Таким образом, наш опыт организации специализированной ортопедической и травматологической помощи детям на областном уровне позволяет прийти к заключению о целесообразности и необходимости оказания ее на базе многопрофильных детских больницах в крупных городах и областных центрах, укомплектованных квалифицированными кадрами педиатрического профиля, оснащенных современными лечебно-диагностическими технологиями, вспомогательными службами, с четкой организацией и взаимодействием в работе структурных подразделений.

Детский травматолог, оказывающий помощь при сочетанных и политравмах должен иметь общехирургическую подготовку и работать в тесном контакте с детским хирургом, нейрохирургом, реаниматологом и другими узкими детскими специалистами. Операции при политравмах и сочетанных травмах должны проводиться двумя бригадами.

При многопрофильной детской больнице экономично койки дневного пребывания больничной поликлиники использовать для долечивания, реабилитации и диспансерного наблюдения детей.

С целью повышения квалификации специалистов в графике работы ортопедов-травматологов предусматривается их ротация по 2-3 месяца последовательно в травматологическом пункте, стационаре, ортопедическом кабинете.

Многолетний опыт «Центра матери и ребенка» г.Усть-Каменогорска в организации ортопедо-травматологической помощи детскому населению показал целесообразность ее создания в крупных городских и областных детских больницах, так как обеспечивает преемственность в работе специалистов и высокую эффективность лечения и реабилитации детей при травмах.

Литература:

1. Батпенев Н.Д., Джаксыбекова Г.К., Секенова Р.К. Проблемные вопросы отечественной травматологии. Травматология және ортопедия, 2008;2:3-6
2. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения. М., 2002; 480 с.
3. Ерекешов А.Е. Медико-социальная экспертиза и комплексная реабилитация детей с врожденным вывихом бедра. Методические рекомендации. Астана, 2007; 5 с.
4. Кузнечихин Е.П., Немсадзе В.П. Множественная и сочетанная травмы опорно-двигательной системы у детей. М.: Медицина, 1999; 337 с.