

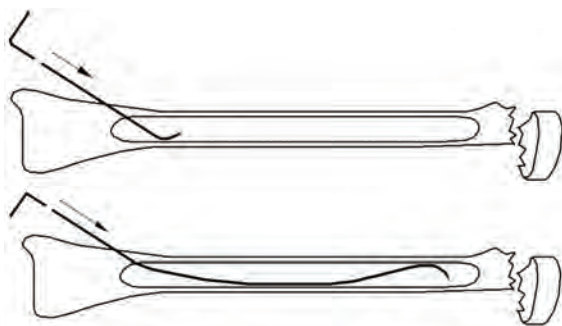


Рис. 3. Интрамедуллярное введение спицы в лучевую кость с изогнутым концом

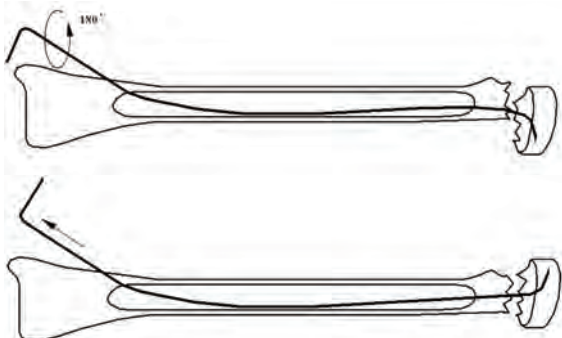


Рис. 4. Поворот спицы с изогнутым концом на 180°

положение в зависимости от продвижения спицы в канале кости (рис. 3).

Под электронным оптическим преобразователем (ЭОП), а также используя визуальный контроль за изогнутым «флажком», оперирующий хирург разворачивает спицу в сторону сместившейся головки и «нанизывает» головку на её изогнутый конец (рис. 4).

После того, как головка нанизана на управляемый конец спицы, опери-

рующий хирург производит поворот спицы по её оси на 180°, в результате происходит репозиция головки по дугообразной траектории.

Преимущества предполагаемого способа лечения переломов шейки и остеоэпифизеолизом головки лучевой кости:

1. Точное и быстрое сопоставление отломка – головки лучевой кости.

2. Не травмируется локтевой сустав.

3. Появляется возможность ранней разработки локтевого сустава после операции в связи с интактностью суставных поверхностей и стабильностью остеосинтеза.

4. Отсутствие кровотечения во время операции.

5. Исключается миграция металлического фиксатора или поломка его, как при трансартикулярной фиксации.

6. Исключается опасность повреждения сосудов и нервов во время операции.

7. Простота выполнения операции, не требующая специальной подготовки хирурга и инструментария.

Таким образом, предлагаемая методика оперативного лечения, в полной мере соответствуя принципам биологического остеосинтеза, технически проста, малотравматична, универсальна, экономична, стабильна на весь срок

заживления отломков и оптимальна в отношении процесса репаративной регенерации костной ткани.

Данная методика впервые успешно применена нами в 2000 г. в отделении детской ортопедии и травматологии Педиатрического центра Республиканской больницы №1- Национального центра медицины МЗ РС(Я). Прооперировано 65 больных. Послеоперационные результаты нами оценены как отличные. Получен патент Российской Федерации на изобретение.

Литература

1. Волков М.В. Ортопедия и травматология детского возраста / М.В. Волков, Г.М. Тер-Егизаров. – М., 1983. – С.396.
2. Никитин Г.Д. Оперативное лечение переломов костей в локтевом суставе / Г.Д. Никитин // Ортопед. травматол. – 1957. – № 2. – С. 7-11.
3. Орнштейн Э.Г. // Ортопед. травматол. – 1977. – №6. – С.56-64.
4. Плаксейчук Ю.Н. Компрессионный остеосинтез при переломах шейки лучевой кости / Ю.Н. Плаксейчук, Ф.С. Юсупов // Там же. – 1983. – № 1. – С. 54-55
5. Поляк Р.И. К анатомии локтевого сустава / Р.И. Поляк // Там же. – 1956. – № 6. – С. 139.
6. Романовская А.Н. Деформационные свойства суставного хряща как один из критериев подбора материала при субтотальном эндопротезировании суставов / А.Н. Романовская, Г.Л. Воскресенский, М.Я. Троянker // 3-я Всероссийская конференция по проблемам биомеханики: тезисы докл. – Рига, 1983. – С. 184.
7. Селя Л.Ш. Хирургическое лечение повреждений и некоторых заболеваний головки лучевой кости : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.Ш. Селя / 4.00.22. – М., 1988. –19 с.
8. Стаматин С.И. Внутрикостные переломы и переломовывихи предплечья и их лечение / С.И. Стаматин, Э.Г. Орнштейн // Ортопед. травматол. – 1977. – № 6. – С. 56-64.

О.Н. Иванова, Л.Е. Аргунова

ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ С ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

УДК 616-053.2:616.8

Ключевые слова: полимеразная цепная реакция, иммуноферментный анализ, центральная нервная система.

По данным различных авторов [1,2,4,5], при исследовании смывов из носоглотки и с конъюнктивы, взятых у новорожденных и грудных детей с симптомами респираторных инфекционных заболеваний и дыхательной недостаточности, в 30% случаев были выявлены хламидии. Наличие в семье лиц старшего поколения, инфицированных хламидиями (блефароконъю-

ктивиты, урогенитальная патология), представляет угрозу инфицирования остальных членов семьи. В настоящее время введен термин “семейный хламидиоз”, так как обследование семьи позволяет выявить хламидийные поражения в двух-трех поколениях. Около 30-35% детей в семьях, где родители больны урогенитальным хламидиозом, также поражены этим заболеванием, причем нередко (до 7%) – это экстрагенитальные формы, чаще в виде вялотекущего конъюнктивита или блефароконъюнктивита. Из других форм экстрагенитального хламидиоза

внимание клиницистов привлекает болезнь Рейтера [3,6-10] Она характеризуется триадой признаков: поражением мочеполовых органов, чаще всего это уретрит (простатит), поражением глаз (конъюнктивит) и суставов (артрит). Болезнь протекает с ремиссиями и повторными атаками. Хламидийная этиология заболевания подтверждается выявлением их в 40-60% случаев в урогенитальном тракте и положительными серологическими реакциями в 60-80% случаев. Симптомы при болезни Рейтера возникают последовательно. Вначале следует уретрит,

ИВАНОВА Ольга Николаевна – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ, e-mail olgadoctor@list.ru; **АРГУНОВА Лидия Егоровна** – зам. гл. врача ДГКБ №2 по экспертной работе.

затем конъюнктивит, или они возникают одновременно. Заболевание глаз проявляется в виде слабо выраженного двустороннего конъюнктивита. Иногда конъюнктивит сопровождается эписклеритом или кератитом, в редких случаях конъюнктивит сочетается с иридоциклитом или задним увеитом. Уретрит редко бывает острым, чаще наблюдается подострое или инapparатное течение со скудными выделениями и субъективными жалобами. Длительность заболевания колеблется от нескольких месяцев до нескольких лет, и, как правило, сопровождается простатитом. Хламидии могут быть выделены из уретры и простаты. Хламидийный простатит характеризуется упорным течением и часто отсутствием симптомов. Болезнь Рейтера может сопровождаться эпидидимитом, куперитом, циститом, пиелонефритом хламидийной этиологии. Суставы поражаются не одновременно, а последовательно, характерны множественные артриты, моноартриты являются редкостью. Артриты начинаются остро или подостро, сопровождаются болезненностью, припухлостью тканей, ограничением подвижности сустава, лихорадкой. Отмечаются экстрагенитальные очаги поражения у больных. Среди всех заболеваний, вызываемых хламидиями у детей, наибольшее значение имеет респираторный хламидиоз. Хламидиозы у детей являются актуальной проблемой современной педиатрии.

В связи с изложенным целью исследования было изучение возможных осложнений пневмоний у детей с хламидийной инфекцией.

Материалы и методы. Нами обследовано 93 ребенка с пневмониями на базе Детской городской клинической больницы. Из них положительные иммуноферментные анализы (ИФА) на хламидии и положительные ПЦР-тесты (полимеразная цепная реакция) выявлены у 93 детей. У всех детей титр антител был 1:20 и 1:40.

Результаты. При анализе инфицированности в разных возрастных группах выявлено, что дети от 0 до 1 года

составили 50,5%, от 1 года до 3 лет – 31,2%. При анализе инфицированности по месту жительства выявлено, что наибольшее количество детей проживало в г. Якутске и его пригородах, что составило 59,1 и 8,6% соответственно. Всем детям был поставлен диагноз хламидийная пневмония. Заболевание протекало у 70% в среднетяжелой, у 30% – в тяжелой форме.

В большинстве случаев пневмония развивалась в течение 2-4 недель (56%). Клиническими симптомами заболевания были кашель (100%), интоксикация (78%), выраженная одышка (78%), гипертермия (67%), ринит (54%). У всех детей при поступлении в стационар отмечался кашель, напоминающий по характеру коклюшеподобный.

В опытной группе осложнения в виде острой токсической миокардиодистрофии отмечены у 16,1% детей, из Нк 1-й степени, Нк 2А степени 12,9%, Нк 2Б степени 9,7%. ДВС синдром отмечен у 7,5% детей. Септицемия у 1 ребенка, парез кишечника у 1 ребенка.

Из сопутствующих заболеваний у детей отмечались ВПС – 20,4%, множественные пороки развития, очень часто встречалась патология нервной системы – 31,2%, гидроцефалии – 6,6, микроцефалия – 1,1, синдром внутричерепной гипертензии – 3,2%, эпилепсия – 3,2, ДЦП – 5,4, органические пороки ЦНС – 2,2, болезнь Дауна – 2,2%.

Частыми сопутствующими заболеваниями являлись анемии – 50,5%, гипотрофии – 20, рахит – 3%.

Аллергические заболевания отмечены у многих детей: atopический дерматит отмечен у 8,6%, бронхиальная астма у 2%. Врожденные пороки развития отмечены у 6,5% детей, врожденные пороки сердца у 20,4, атрезии внутрижелудочкового желчного протока у 2%. Заболевания сердечно-сосудистой системы отмечены у многих детей, так, врожденные пороки сердца отмечены у 20,4%, острые токсические дистрофии у 16,1, малые аномалии

сердца – у 6,5%. Профилактические прививки по календарному плану получили 62,4%, с отставанием – 26,9, медотвод – 10,7%. Психомоторное развитие соответствовало возрасту у 64,5%, малые мозговые дисфункции отмечены у 15,1%, задержка ПМР – у 20,4%.

Таким образом, у детей с врожденной хламидийной инфекцией чаще наблюдались тяжелые поражения ЦНС, пороки развития внутренних органов, отставание в психомоторном развитии, а также заболевания преморбидного фона. Внутриутробное инфицирование детей с хламидийной инфекцией является фактором риска развития осложнений, таких как токсическая миокардиодистрофия, ДВС - синдром, парез кишечника.

Литература

1. **Васильев М.М.** Хламидийная инфекция. Проблема антибиотикорезистентности / М.М. Васильев, Н.В. Николаева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2003. №3. – С. 18–21.
2. **Бочкарев Е.Г.** Лабораторная диагностика хламидийной инфекции / Е.Г. Бочкарев // Иммунопатология, аллергология, инфектология. — 2000. № 4. — С. 65–72.
3. **Зайцева О.В.** «Новая» хламидийная инфекция / О.В. Зайцева, М.Ю. Щербакова, Г.А. Самсыгина // Лечащий врач. – 2001. №1. – С.5–11.
4. **Исаков В.А.** Дискуссия: диагностика и лечение хламидиоза // Terra Medica nova. – 2000. №2. – С. 11–22.
5. **Лобзин Ю.В.** Хламидийные инфекции: руководство для врачей / Ю. В. Лобзин, Ю. И. Ляшенко, А. Л. Позняк. – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2003. – 400 с.
6. **Мусалимова Г.Г.** Диагностика и лечение микоплазменной и хламидийной пневмоний / Г.Г. Мусалимова, В.Н. Саперов, Т.А. Никонорова // Лечащий врач. – 2004. №8. – С. 19–24.
7. **Охлопкова К.А.** Хламидийная этиология заболеваний нижних отделов дыхательных путей у детей раннего возраста / К.А. Охлопкова, О.В. Суслова, Н.И. Ахмина // Педиатрия. – 2001. №1. – С. 40–43.
8. **Савенкова М.С.** Хламидийная и микоплазменная инфекции в практике педиатра / М.С. Савенкова // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium medicum. – 2005. – Т. 7, № 1. – С. 5–15.
9. **Стари А.** Европейское руководство для ведения больных с хламидийной инфекцией / А. Стари // ИПП. – 2002. №1. – С. 25–29.