

По проведенной клинико-рентгенологической оценке вправленных переломов лучевой кости в типичном месте со смещением у 72 больных, установлено, что средний радиоульнарный угол в прямой проекции 18.79° и 29.9° в боковой проекции. После репозиции отломков радиоульнарный угол в прямой проекции в среднем составил 20.23° и 11.23° в боковой проекции.

Подводя итоги проведенного анализа вправляемых переломов отмечается 29,4% недовправленных переломов лучевой кости в типичном месте. С ладонной флексией составило 14,4% со средним радиоульнарным углом $11,28^\circ$ и тыльной флексией 15% с углом 15° .

Выводы:

1. Переломы лучевой кости в типичном месте составили 21.5% от всех диагностированных переломов за период 1999 года.
2. Переломы лучевой кости в типичном месте со смещением отломков составили 51.45%.
3. Нами установлено, что в 29.4% случаев отломки недовправлены.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ

В.Н. Кизенко (ст. IV курса)

Руководитель В.Д. Шишук

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Сколиозом называется стойкое боковое искривление позвоночника во фронтальной плоскости. Смещение тел позвонков только в одной плоскости встречается редко. Чаще происходит смещение и во фронтальной и в сагитальной плоскостях, что ведет к образованию кифосколиоза. Помимо указанных смещений

позвоночника происходит поворот позвонков вокруг их вертикальной оси.

Из обследованных детей в Сумском детском ортопедо-травматологическом отделении областной клинической больницы за 1999 год 80 больных имеют впервые выявленный сколиоз. Из них в возрасте 5-7 лет – 8 человек, 8-10 лет – 14 человек, 11-13 лет – 33 человека, 14 лет и старше – 25 человек.

По тяжести деформации первую степень имеют 26 детей, вторую – 22, третью – 26 и четвертую – 6 человек.

Из них проживающих в Сумах и городах Сумской области – 54 человека, сельские жители – 19, в Сумском районе – 7 человек.

Наиболее быстрое прогрессирование сколиоза отмечается у девочек в возрасте 7-9 и 11-13 лет, у мальчиков 9-11 и 13-15 лет, т.е. в периоде ростового толчка.

По тяжести деформации (т.е. по величине искривления) Чаплин предложил подразделять сколиоз на:

- I степень (1-10 градусов);
- II степень (11-30 градусов);
- III степень (31-50 градусов);
- IV степень (больше 60 градусов);

Кроме угла сколиоза, определяют также индекс стабильности (по Кузьмичу), по которому судят о степени фиксированности деформации.

Результаты колеблются от 1 – при стабильном сколиозе, до 0 – при нестабильном сколиозе.

Основными моментами профилактики являются: раннее выявление дефектов осанки, своевременное и систематическое лечение, санаторно-просветительная работа, длительное (до окончания роста) диспансерное наблюдение ребенка.

Успех консервативного лечения зависит от постоянства и настойчивости, от регулярности выполнения назначенных процедур.

Сколиозы IV степени часто подлежат оперативному лечению.