

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.

**Ражабов Т.Б., факультет I педиатрии и народной медицины,
404-группа педиатрическое дело дело.**

Научный руководитель: ассистент Исматов А.А.

ТашПМИ, кафедра судебной медицины и медицинского права

Актуальность: переломы бедренной кости у детей относятся к тяжелым повреждениям, встречаются довольно часто и лечение их представляет до сих пор нелегкую задачу. Поэтому изучение этого вопроса имеет большое социально - экономическое значение.

Цель исследования: изучение оказания медицинской помощи в этапах эвакуации и дать экспертную оценку переломов бедренной кости у детей.

Материал и методы: проанализировано результаты лечения у 304 ребенка с переломами бедренных костей, лечившихся в отделении детской травмы УзНИИТО за последние 10 лет (1991-2000гг.). Из них мальчиков было 184 (60,5%), девочек - 120 (39,5%) случаев. У 162 детей отмечалось повреждение правой бедренной кости, у 142 - левой, у 3-х - обеих бедренных костей. Эпифизиолиз головки был у 6 больных, шейки - у 13, подвертельные переломы - у 9, диафизарные переломы - у 262 (верхней трети - у 90, средней трети - у 156, нижней трети - у 16) случаев, эпифизиолиз и остеоэпифизиолиз дистального конца - у 7 больных.

Результаты исследования: исследованиями установлено, что наиболее часто встречались косые переломы - 218 (83% от всех диафизарных переломов), затем косопоперечные - 37 (14%), оскольчатые - 5 (2,1%) и поперечные переломы - у 2 (1%) больных. У 112 детей была транспортная травма, у 115 - бытовая, у 35 - прочие. На до госпитальном этапе лечения существенную роль играет характер оказываемой первой помощи. По данным литературы, общепринятыми являются иммобилизация и транспортировка больных с переломами бедра в разогнутом положении конечности. В наших наблюдениях в основном такую тактику применяли лишь при переломах проксимального отдела. При переломах нижней трети и дистального конца эта методика, по нашим данным, не соответствует предъявляемым требованиям и нередко наносит вред. Как известно, в разогнутом положении растягивается икроножная мышца, что приводит к большему смещению периферического отломка, причем центральный конец его направляется в сторону подколенной ямки и может повредить нервно-сосудистый пучок.

В стационаре метод выбора лечения зависит от возраста больного и вида перелома. У детей от 3 до 5 лет с переломом бедренной кости было применено лейкопластырное вытяжение на шине Белера, а старше 5 лет - скелетное вытяжение. При переломах бедра без смещения или в случаях удовлетворительного стояния костных отломков были применены лангетную гипсовую повязку. На вытяжении больные находились 2-4 недели и даже более 1 месяцев в зависимости от возраста, вида и характера устойчивости или неустойчивости перелома, затем больные обычно вновь поступали в клинику для снятия гипсовой повязки и разработки движений в суставах. В этот раз больные получали физиотерапевтическую процедуру. Степень тугоподвижности в коленном суставе зависела от уровня и вида перелома, срока иммобилизации и возраста больного.

Выводы:

1. На догоспитальном этапе необходимо обратить особое внимание на общее состояние больного и способа транспортной иммобилизации.

2. Основной метод лечения переломов бедренной кости у детей - консервативный с дифференцированным подходом в зависимости от возраста больного, вида перелома и характера смещения отломков.

Список литературы:

1. Золотова, Наталья Николаевна, and Ёркин Тулкунович Абасов. "Основные принципы лечения диафизарных переломов костей предплечья у детей (литературный обзор)." Молодой ученый 3 (2016): 265-267.
2. Золотова, Наталья Николаевна, and Абдухаким Бахадырович Сайдалиходжаев. "Сравнительный анализ лечения диафизарных переломов костей голени у детей (обзор литературы)." Молодой ученый 21 (2015): 274-277.