

тельности; тазовое предлежание плода; недоношенность.

Вероятность травматизации (разрушения) анатомических структур шейного сегмента возрастают при: стимуляции родовой деятельности; наложение акушерских щипцов; родоразрешение путем кесаревого сечения; недоношенность; малая масса новорожденного (менее 3000); большая масса новорожденного (более 4000).

Основные механизмы повреждения шейного сегмента позвоночника следующие: компрессионный; дистракционный; ротационный; комбинированный.

Цель исследования определение основных клинических симптомов у новорожденных, которые получили травму шейного сегмента позвоночника во время родов.

Исследовали истории болезни у 136 новорожденных, которые получили лечение в отделении реанимации новорожденных из которых мальчиков было 66, девочек 70. По весу новорожденные были распределены следующим образом: до 2000 г – 2 детей; 2000–2500 г – 19; 2500–3000 г – 44; 3000–3500 г – 39; 3500–4000 г – 21; 4000 и более – 11 новорожденных.

После получения травмы шейного отдела позвоночника во время родов в зависимости от степени повреждения анатомических структур сегмента всегда появляется характерная клиническая картина с специфичными симптомами выраженность которых варьирует от степени и места повреждения и проявляется: неправильное положение головы вплоть до вынужденного положения черепа – у 72 детей (53%); нарушение согласованности в движениях рук и ног – у 68 (50%); нарушение сна, частые вскрикивание во сне – у 78 (57%); безволосый участок на затылке – у 56 (41%); парестезия по задней поверхности шеи и затылка – 81 (60%); однотипное положение ребенка во время сна – у 71 (52%); нарушение симметричности в строении черепа – 27 (20%); глазные щели разные по форме и размеру – у 49 (36%); специфичное положение новорожденного во время сна (изогнут как буква С) – у 52 (38%); новорожденный сильно выгибается назад – у 49 (36%); проблемы во время кормления грудью (плохо сосет; трудно глотает; часто поперхиваются) – у 58 (43%).

Из всех перечисленных признаков выявлено 4 симптома – у 6 больных (4%); 5 симптомов – у 22 новорожденных (16%); 6 симптомов – у 72 (53%); 7 и более симптомов – у 37 (27%). Кроме перечисленных были и другие проявления неврологической симптоматики слабозамеченные или которым специалисты не предавали клинического значения.

Кроме неврологических симптомов у всех больных анализированы предпосылки травм и выявлено следующие: стремительные роды у 21 роженицы (15%); затяжные роды у 26 (19%); акушерский поворот 13 (9%); нало-

жение щипцов 5 (4%); стимуляция родовой деятельности 36 (26%); тазовое предлежание плода 11 (8%); недоношенность 19 (14%); кесаревого сечения 41 (30%); новорожденный с весом менее 3000 г. 32 (24%); новорожденный с весом более 4000 г. 28 (20%); разрывы промежностей различной степени у 36 (26%).

Из всех перечисленных предрасполагающих факторов у каждой роженицы могли быть и несколько таких препопылок, которые переходили одно в другие – затяжные роды, стимуляция родовой деятельности, ручное медицинское пособие; рождение ребенка с большим весом; разрыв промежностей.

Выводы

1. Натальную травму у новорожденного учитывая предрасполагающие факторы можно предупредить или даже избежать меняя тактику ведения родов.

2. Зная предрасполагающие факторы, категорически не рекомендуется рисковать здоровьем беременной и новорожденного.

3. Имея на лицо предрасполагающие факторы у беременной необходимо заранее запланировать ведение новорожденного как больного с натальной травмой шейного отдела позвоночника.

СИМПТОМ ВТЯГИВАНИЯ ПРИ РЕДРЕССАЦИИ ШЕЙНОГО СЕГМЕНТА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Гарбуз И.Ф., Бордиян Н.С., Гайдей С.С.

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

Редрессация шейного отдела позвоночника у детей сложная и опасная процедура, в тоже время хирург должен знать редрессация прошла успешно или нет опираясь на конкретные симптомы.

В литературе описаны некоторые симптомы при редрессации шейного сегмента позвоночника из которых: симптом щелчка при ротационных движениях головы; симптом щелчка при боковых наклонах головы; увеличение объема ротации при ротационных движениях головы и другие.

Все указанные симптомы не всегда подтверждают результативность редрессации и связаны с механизмом форсированного перемещения тканей во время процедуры редрессации шейного сегмента позвоночника.

В процессе работы замечено, что при эффективной редрессации шейного сегмента позвоночника, кроме щелчка (хруста) при ротационных движениях головы и при боковых наклонах головы, увеличения объема ротации головы после завершения процедуры, несмотря на то, что больной находится в состоянии наркотозного сна и имеется определенная релаксация мышц при эффективной редрессации всегда появляется напряжения мышц шеи с элементами втягивания головы.

Цель нашего исследования – объективизировать эффективность редрессации шейного

отдела позвоночника при застарелом ротационном подвывихе С1 конкретным объективным симптомом – втягивания головы.

Предлагаемый к применению симптом втягивания головы при редрессации шейного отдела позвоночника при застарелом ротационном подвывихе С1 у детей обеспечивает раннюю информацию о результативности редрессации шейного отдела позвоночника тем самым сразу определяется тактика дальнейшего ведения больного после редрессации шейного отдела позвоночника.

Указанные преимущества достигаются тем, что в известных способах объективизации редрессации шейного отдела позвоночника все признаки второстепенные а симптом втягивания головы (напряжения мышц шей) является результатом конкретного восстановления правильного взаимоотношения суставных поверхностей позвонков проксимального шейного сегмента с перераздражением вегетативных и мышечных образований длительное время находившихся в порочном положении с образованием конкретного симптома – напряжением мышц шеи, с втягивания головы.

Исследовали 217 истории болезни лечившихся детей в хирургическом отделении с диагнозом застарелый ротационный подвывих С1 из которых мальчиков было 112, девочек 105. По возрасту дети были распределены следующим образом: 4–6 лет 37; 6–10 лет 62; 10–14 лет 58; 14 лет и старше 60.

Всем больным детям до процедуры редрессации шейного сегмента позвоночника проводилась рентгенография С1 через открытый рот, РЭГ сосудов шейного сегмента, где была объективизирован диагноз застарелый ротационный подвывих С1, что проявлялось расположением зубовидного отростка не в центре дужки и асимметрией кровоснабжения через шейные артерии.

Все больные предварительно 3–4 дня находились на вытяжении при помощи петли Глиссона на наклонной поверхности. Далее под общим обезболиванием проводилась редрессация шейного отдела позвоночника с наложением дисциплинарного воротника.

Всем 217 больным фиксировались характерные симптомы, которые появляются во время редрессации или в ближайшее время после неё из которых симптом щелчка при ротационных движениях наблюдался у 172 больных; щелчки при боковых наклонах у 112 больных и симптом втягивания у 178 больных. У одних и тех же больных могли быть несколько симптомов одновременно.

Проводили рентгенографию С1 через открытый рот – у 208 детей зубовидный отросток расположен в центре дужки у 178 у детей с положительным симптомом втягивания головы. Сделано РЭГ сосудов шейного сегмента – у 198, нормализация или улучшение кровообраще-

ния шейного сегмента выявлено у 178 больных – редрессация с положительным эффектом, присутствовал симптом втягивания головы. У 39 больных несмотря на характерные признаки редрессации шейного сегмента отсутствовал симптом втягивания отрицатель, соответственно клинически, рентгенологически и при исследовании РЭГ редрессация без эффекта.

Выводы

1. Симптом втягивания головы является патогенетическим и объективным симптомом при восстановлении конгруентности суставных поверхностей в проксимальном отделе шейного сегмента позвоночника;

2. Симптомы щелчка при ротационных движениях и при наклонах в сторону головы во время редрессации шейного сегмента не являются характерными для определения эффективности процедуры;

3. Рентгенография С1 и РЭГ подтверждает результативность симптома втягивания при редрессации шейного сегмента позвоночника.

РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА В ПАТОГЕНЕЗЕ ПЕРИОДОНТИТОВ

Желнин Е.В., Кривошапка А.В., Гринь В.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, e-mail: tana_zv@list.ru

Оксид азота (NO) – важнейший медиатор иммунной системы, с которым связаны не только регуляторное и защитное, но и повреждающее воздействие на организм. Последняя группа эффектов реализуется чрезмерно высокими концентрациями NO. Учитывая роль иммунологического фактора в патогенезе периодонтитов и большой удельный вес периодонтитов среди всех заболеваний челюстно-лицевой области, мы изучили содержание общих метаболитов NO, нитратов и нитрит-аниона в ротовой жидкости 167 больных периодонтитом до и после проведения операции удаления зубов. Из них мужчин: (40%), женщин: (60%) в возрасте от 20 и до 80 лет. Больные были разделены на две группы: первая – с хроническим периодонтитом (69%) и вторая с хроническим периодонтитом в стадии обострения (31%). Контролем служили здоровые добровольцы (20). У всех пациентов первой группы до операции обнаружено выраженное повышение общих метаболитов NO (в 1,7 раза), нитратов (в 1,8 раза) и нитрит-аниона (в 1,5 раза) в ротовой жидкости. У больных второй группы также обнаружено повышение общих метаболитов NO в 1,8, нитратов в 1,9 и нитрит-аниона в 1,6 раза. Достоверных отличий соответствующих показателей между группами пациентов не найдено. После операции концентрация общих метаболитов NO возрастает в среднем в 1,6, нитратов в 1,7, нитритов в 1,2 раза в сравнении с обнаруженной до операции как в первой, так и во второй группах.