

Как видно из таблицы, основные виды травм это бытовые и уличные, которые стали причиной госпитализации 79,2% больных.

Среди поступивших 64,6% были мужчины и 35,4% женщин. Распределение количества мужчин и женщин в зависимости от вида травм представлено на рис. 1.

Средний возраст поступивших составил  $43,9 \pm 17,1$  лет. Средний возраст больных в зависимости от пола и вида травмы представлен в таблице 2.

Анализируя таблицу 2 отмечаем, что средний возраст госпитализированных женщин на 10 лет старше, чем мужчин по всем видам травм и, в общем, за исключением автодорожной травмы, где средний возраст почти не имеет гендерных отличий.

Род деятельности больных на момент поступления в стационар после бытовой и уличной травмы, представлен в таблице 3.

**Таблица 2. - Средний возраст больных в зависимости от пола и вида травмы (лет).**

№	Вид травмы	Мужчины, лет	Женщины, лет
1	Бытовая травма	44,4	55,5
2	Уличная травма	38,8	48,9
3	Автодорожная травма	36,2	35,8
4	Производственная травма	39	47
5	Прочие	21,9	33,3
6	Общий	40,2	50,8

**Таблица 3. - Род деятельности больных в зависимости от вида травм (абс. число).**

№	Род деятельности	Бытовая травма, абс число больных	Уличная травма, абс число больных
1	Не работает	206	145
2	Студент	13	7
3	Школьник	6	15
4	Пенсионер	129	34
5	Инвалид	20	12
6	Служащий	46	51
7	Рабочий	61	55
8	Предприниматель	10	3
	Всего	491	322

Из таблицы 3 видно, что основную категорию составили не работающие люди. Однако сданным цифрам нужно отнестись с осторожностью, так как из практики мы знаем, что пациенты реально работающие, скрывают свою деятельность и средний мед персонал их учитывает, как «не работающие». Обращает на себя внимание другой факт – высокое количество получения бытовой травмы пенсионерами. Скорее всего, это одинокие пожилые люди, которые вынуждены сами себя обслуживать дома, что приводит к высокому риску травм в быту. Среди уличной травмы второе и третье место по количеству госпитализации занимают рабочие и служащие, причем это травмы не связанные с производством.

**Выводы:** основными причинами госпитализации в травматологический стационар являются бытовые и

уличные травмы, в большинстве случаев это мужчины, причем в среднем на 10 лет моложе женщин.

#### **Литература:**

1. Джаксыбекова Г.К. Тенденции травматизма, состояние травматолого-ортопедической помощи в РК / Специальный выпуск статистического сборника к I съезду травматологов-ортопедов РК. / НИИТО, г.Астана.-2009-с.15-18.

2. Мысаев А.О., Абакашов Д.О., Крейк А.А. Анализ городского травматизма среди стационарных травматологических больных по г.Семей за 2009-2010 гг. / Наука и здравоохранение – 2011 - №4-с.100-102.

3. Мысаев А.О., Абакашов Д.О., Крейк А.А. Бытовая травма, как фактор госпитализации в травматологический стационар / Наука и здравоохранение – 2011 - №4 - с.95-97.

УДК 616.714/71-089.844-053.2

## **ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ СВОДА ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ**

**С.С. Кизатуллин**

**ГКГП «Центр матери и ребенка», г. Усть-Каменогорск**

### **Резюме**

*При изучении отдаленных результатов краниопластики наилучшие результаты были получены после закрытия дефектов черепа в сроки через 20-45 дней после трепанаций. Следовательно, ранняя краниопластика имеет благоприятное влияние на восстановление функций головного мозга и рубцово-атрофический процесс оболочек мозга, чем после поздней пластики послеоперационных дефектов черепа. Пластика черепа у детей аутокраниотрансплантатом является одним из надежных способов пластики черепа у детей.*

*Предлагаемые виды оперативной техники, являются методом выбора в лечении травм черепа и головного мозга в растущем детском организме. Они очень важны для социальной реабилитации и снижения инвалидности.*

**Тұжырым****БАЛАЛАРДАҒЫ БАССҮЙЕК КҮМБЕЗ КЕМІСТІГІН ЖАМАУ**

Сүйекті тескеннен кейін 20-45 күннен соң бассүйек кемістігі жабылғаннан кейін, ең жақсы нәтижелер алынғанын бассүйектің ақаулы жеріне жамау салу арқылы зерттеп білдік. Бассүйек кемістігінің операциядан кейінгі жамауы, сондай айқынды көрінбейді және қабыршақ процессіндегі тыртық – атрофиясы, бас миының атқаратын қызметінің қалыптасуына және ықпалын жақсы жасауға - бассүйектің ақаулы жеріне жамау салу дейді. Балалардың бассүйегіне аутокраниотрансплант арқылы, балалар бассүйегіне жамау салу ең тиімдісі болып табылады. Кемтарлықты төмендетуге және әлеуметтік оңалтудың өте маңыздысы, бала мүшесіндегі жетіліп келе жатқан бассүйекті және мидың зақымдалуының емдеу әдісінің ең жарамды техникасы деп, қортындылай келе осы түрлерді ұсынамыз.

**Summary****PLASTIC DEFECTS IN CHILDREN CRANIAL VAULT**

*In the study of long-term results cranioplasty best results were obtained after the closure of cranial defects in a period of 20-45 days after craniotomy. Thus, early cranioplasty has an enabling effect on the recovery of brain function and scar-atrophic process of the meninges, than after the late plastics postoperative cranial defects. Plastic skull in children autokraniotransplantat is one sure way of plastic skull in children.*

*Proposed types of surgical technique, the method of choice in the treatment of cranial trauma and brain in a growing child's body. They are very important for the rehabilitation and reduce disability.*

Пластика костного дефекта черепа - это важное реабилитационное мероприятие, приводящее не только к устранению косметического дефекта, но главным образом является лечебным мероприятием, выполняет защитную функцию, устраняет развитие рубцово-атрофического процесса, развитие водянки головного мозга, образования грыж и деформаций желудочковой системы, создающим оптимальные условия для развития головного мозга. Пострепанационные дефекты в детском возрасте имеют большое отрицательное влияние не только на функцию головного мозга, но и на правильный рост и развитие детского черепа и головного мозга, и чем младше ребенок, тем отрицательнее влияние постравматических дефектов черепа (Вяльцев В.В, 1967г., Ормантаев К.С 1973г, Элис Р.И 1975г.).

Учитывая анатомо-физиологические особенности детского организма, хорошую регенеративную способность мягких тканей, мы считаем, что за 20-45 дней рана успевает полностью зажить. Но за этот срок не успевают развиваться стойкие рубцово-атрофические процессы в костях черепа, мозговых оболочках и в веществе головного мозга. Этот срок, как правило, бывает достаточным для ликвидации отека головного мозга, нормализации обменных процессов, восстановления реактивности организма и перенесения следующей операции — пластики дефекта черепа.

Пострепанационные дефекты свода черепа даже небольших размеров (3х2см) вызывают значительные изменения в оболочках, в веществе головного мозга и желудочковой системы у детей. Существует в костной пластике 2 ведущих фактора. Первое - закон течения и развития костеобразовательного процесса. Второе - анатомофизиологические особенности детского организма.

В отделении детской нейрохирургии ВКО за последние 5 лет нами прооперировано 49 больных с дефектами костей свода черепа. В основном больные, поступившие из других учреждений с отдаленных районов.

Дефекты кости от 3.0 до 7.0 см с учетом возраста, 25 больным произведено аутокраниопластика костными заготовками, взятыми с крыла подвздошных костей и теменного бугра. В некоторых случаях костные саженцы приходилось расщеплять на 2 слоя, в дефект укладывается в один слой, обязательно стараясь, чтобы они тесно соприкасались не только с краями материнского ложа, так и между собой. Приживление костных трансплантатов 100%. Через 12-18 месяцев после пластики структура трансплантатов не отличалась от структуры

костей материнского ложа, а через 2 года у большинства детей на краниограммах границы трансплантата почти не определялись.

Применялась в 2-х случаях первично-отсроченная аутокраниопластика костным лоскутом, сохраненным в организме ребенка под кожей или под широкой фасцией бедра. Патогенетически обоснована и, выгодно отличается тем, что для ее выполнения не требуется специальных инструментов, дополнительных штатов, оборудования для консервации костного трансплантата.

Для аллокраниопластики чаще всего мы применяем быстротвердеющие пластмассы, такие как протокрил. Данный материал используем в тех случаях, когда дефект свода черепа больших размеров, не позволяющий укрыть костными трансплантатами, число прооперированных больных с краниопластикой аллотрансплантатом 22. Случаев осложнений, связанных с аллотрансплантатами было в 2-х случаях несостоятельность протокрилового протеза.

**Выводы:** При изучении отдаленных результатов краниопластики наилучшие результаты были получены после закрытия дефектов черепа в сроки через 20-45 дней после трепанаций. Следовательно, ранняя краниопластика имеет благоприятное влияние на восстановление функции головного мозга, и рубцово-атрофический процесс оболочек и мозг после невыражен меньше, чем после поздней пластики послеоперационных дефектов черепа. Пластика черепа у детей аутокраниотрансплантатом является одним из надежных способов пластики черепа у детей.

Подводя итог, можем отметить, что предлагаемые виды оперативной техники, являются методом выбора в лечении травм черепа и головного мозга в растущем детском организме они очень важны для социальной реабилитации и снижения инвалидности.

**Литература:**

- 1.Ормантаев К.С. Детская хирургия. Под ред. К.С.Ормантаева. Алма-ата., - 1973. – с. 45-56
- 2.Вяльцев В.В. Нейрохирургия. Под ред. В.В. Вяльцева. Ленинград. 1973. – с. 75-86
- 3.Гусев Е.И., Коновалов А.Н. Неврология и нейрохирургия. под ред. Коновалова А.Н. М.Москва, - 2000г. - С. 15-65
- 4.Арент А.А. Основы нейрохирургии детского возраста. Москва. - 1968г. - С. 92
5. Архангельский В.В. Руководство по нейротравматологии, Медицина. Москва, - 1978г. - С. 22-35