

окостенения отмечено у 44,9% девочек II группы и 27,1% основной ( $p < 0.01$ ); отставание – в 13,0% и 25,5% случаев соответственно ( $p < 0.01$ ). У мальчиков ускорение окостенения наблюдалось в 36,8% случаев в II группе и в 22,2% ( $p < 0.01$ ) в основной, отставание – в 17,9% и 34,9% соответственно ( $p < 0.01$ ). То есть средним значениям указанных таблиц соответствовали менее 50% исследуемых, что не отвечает статистическим критериям. После статистической обработки полученных результатов группы сравнения была разработана таблица сроков окостенения скелета кисти и дистального отдела предплечья у детей и подростков г. Харькова (данные 2000 г.). В соответствии с разработанной таблицей стандартное отклонение РКВ от среднего составляет  $6 \pm 1$  мес. для девочек и  $8 \pm 1$  мес. для мальчиков, то есть дефицит окостенения в норме – 1 год у девочек и 1,5 года у мальчиков. Размеры костей запястья и пястных костей и фаланг у детей были на 1-4 мм меньше, чем в 70-ые годы 20-го столетия. По нашим данным, появление гороховидной и сесамовидной костей, а также синостозов наблюдается на 1-2 года раньше, как у девочек, так и у мальчиков, а заканчивается синостозирование в 15-17 лет, что необходимо учитывать на современном этапе.

При определении РКВ по разработанной таблице средним значениям соответствовали 68,9% девочек I группы и 75,8% девочек II группы, ускорение отмечалось в 6,5% и 9,9%, замедление – в 24,3% и 14,3% соответственно ( $p < 0.01$ ). У мальчиков средним значениям соответствовали 60,8% пациентов основной группы и 76,4% II группы, ускорение – 4,3% и 5,6%; замедление – 34,9% и 18,0% соответственно ( $p < 0.01$ ).

На основании проведенного исследования установлено, что значения КИ второй пястной кости полностью коррелируют с возрастом ( $r=0,96$  у девочек и  $r=0,93$  у мальчиков) и увеличиваются у девочек с 30,2% до 61%, у мальчиков – с 25% до 59,8% ( $\sigma \pm 3,1-6,4\%$ ), то есть формирование кортикального слоя проходит как у девочек, так и у мальчиков преимущественно до 10 лет и достоверно раньше отмечается у девочек. Так как у девочек уже в 8 лет, у мальчиков в 11 лет значения КИ соответствуют 50% (нормальный показатель для взрослых). В основной группе определялась задержка формирования коркового слоя 2 пястной кости: у девочек только после 13 лет, а у мальчиков после 14 лет КИ становится больше 50%, что на 4-5 лет позже, чем у детей группы сравнения. Получена высокая корреляция между частотой возникновения переломов и сниженными значениями КИ как у девочек (0.78), так и у мальчиков (0.86).

**Выводы.** У детей продолжается сохранение тенденции повышения интенсивности роста

при сокращении средней продолжительности отдельных фаз окостенения, что не позволяет использовать таблицы рентгенологического костного возраста, которые были разработаны ранее. Кроме того, размеры пястных костей, фаланг и костей запястья по окончании роста по сравнению с предыдущими данными уменьшены, что не соответствует признакам феномена акселерации, который был установлен в 70-х годах прошлого века.

У детей с переломами задержка формирования костной ткани определяется достоверно чаще, чем в группе сравнения, следовательно, это может быть одной из причин недостаточной прочности костей соответственно возрасту при незначительных травмах.

## ЧАСТОТА И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СКЕЛЕТА У ДЕТЕЙ

*Е.П. ШАРМАЗАНОВА,*  
Харьковская медицинская  
академия последипломного образования

**Актуальность темы.** Травматические повреждения скелета как у взрослых, так и у детей занимают первое место среди патологии костно-суставной системы. Высокие цифры травматизма у детей Украины, которые превышают все известные зарубежные показатели, требуют проведения исследований для установления частоты и локализации травм скелета у детей в настоящий период, для разработки профилактических мероприятий по его снижению.

**Материал и методы.** Нами проведен анализ рентгенограмм различных отделов скелета у 5274 пациентов (3384 мальчиков и 1890 девочек) в возрасте от 1 года до 18 лет, поступивших в детское городское травматологическое отделение в течение одного года после острой травмы.

**Результаты исследования и их обсуждение.** С травматическими повреждениями в течение года чаще обращались мальчики (61,3%), девочки соответственно в 1,8 раза реже (38,7%). Костные повреждения выявлены у 41,2% поступивших, ушибы и повреждения мягких тканей – у 58,8%. При изучении частоты переломов установлено, что до 6 лет переломы (как и количество обращений) встречались приблизительно с одинаковой частотой у мальчиков и девочек; в период с 7 до 11 лет – с переломами приблизительно в 2 раза чаще обращались мальчики, а в возрасте старше 11 лет – практически в 3-5 раз

чаще. По полученным сведениям, максимальный пик переломов у мальчиков приходится на 12-14 лет, у девочек – на 10-12 лет. Интересен и тот факт, что у девочек до 12 лет удельный вес травм более высок, чем у мальчиков и только после 12 лет возникает обратная тенденция. У детей в 29,3% случаев встречаются высокоэнергетические травмы и в 70,7% – низкоэнергетические, то есть у большинства пациентов травмы не всегда могут заканчиваться переломами.

Наиболее травмоопасными месяцами для детей оказались апрель, май, сентябрь и октябрь. Частота травматических повреждений по локализациям распределилась следующим образом: наиболее часто переломы отмечались в дистальном отделе предплечья – 30,6%, костях кистей – 20,3%, позвоночнике – 12,8%, локтевом суставе – 10,6%, костях стопы – 6,7%, голеностопном суставе – 6,3%, ключице – 5,6%, проксимальном отделе плечевой кости – 2,2%; в остальных костях – в единичных случаях.

Таким образом, наиболее травмоопасным возрастом для мальчиков является 12-14 лет, для девочек – 10-12 лет, но у девочек до 10 лет существует больший риск получить перелом при меньшем количестве и тяжести травм, после 12 лет – наоборот. Наиболее частой локализацией переломов у детей остается дистальный отдел предплечья, а также кости кисти.

## DIAGNOSTICUL CLINICO-IMAGISTIC AL SINDROMULUI MCCUNE-ALBRIGHT (CAZ CLINIC)

*Diana BOLDESCU<sup>1</sup>, Sergiu CUCIUC<sup>2</sup>, Anatolie TARAN<sup>1</sup>,*

<sup>1</sup>IMSP Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie,

<sup>2</sup>IMSP Institutul de Cardiologie

**Scop:** evaluarea clinico-imagistică a sindromului McCune-Albright, diagnosticat și tratat chirurgical în IMSP Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie.

**Material și metode.** A fost examinată pacienta S. de 40 de ani, cu suspjecție la sindromul McCune-Albright, care acuza dureri permanente în regiunea humerusului stâng, cu intensificare la efort fizic.

**Rezultate.** La examenul clinic s-a constatat pigmentare cutanată pe corp și pe extremități, asimetria capului și a feței, parțial a toracelui. Menarha s-a stabilit de la vârsta de 8 ani. În copilărie a suportat intervenție chirurgicală la maxilarul stâng pentru înlăturarea unui focar fibros. La oasele feței, craniului, coastelor, osul iliac, femural, fibular (afectarea a fost integral pe stânga) prin examen radiologic standard s-a depistat displazia fibroasă poliostică, care s-a confirmat postoperatoriu. Intervenția chirurgicală a inclus înlăturarea focalului din humerusul stâng, aplicând aloplastia defectului restant cu alogrefe corticale scindate.

**Concluzie.** Sindromul McCune-Albright este o patologie genetică congenitală, cu frecvență rară, caracterizată printr-o afectare fibroasă a oaselor, cauzată de o mutație genetică la nivelul GNAS 1. Diagnosticul radiologic este tardiv și ocazional.

## EXPLORĂRILE RADIOLOGICE ȘI IMAGISTICE ÎN SPONDILARTROPAZIILE SERONEGATIVE

*C. COVALCIUC, S. MATCOVSCHI,*

*USMF N. Testemițanu, Catedra Radiologie și Imagistică*

**Rezultate și discuții.** Pentru a determina vârsta medie a afectării și distribuția conform sexului în spondilartropaziile seronegative, toți pacienții au fost împărțiți conform următorului tabel:

| Vârsta (ani) | Spondilartrite seronegative |     |      |      |    |   |     |    |    |      |    |      | Total | %    |
|--------------|-----------------------------|-----|------|------|----|---|-----|----|----|------|----|------|-------|------|
|              | SA                          |     |      |      | SR |   |     |    | P  |      |    |      |       |      |
| Sexul        | F                           | %   | M    | %    | F  | % | M   | %  | F  | %    | M  | %    |       |      |
| până la 20   | 4                           | 6,6 | 13   | 21,6 |    |   | 20  | 40 | 6  | 17,6 | 4  | 11,7 | 47    | 32,6 |
| 21-30        | 3                           | 5,5 | 11   | 18,3 |    |   | 22  | 44 | 4  | 1,7  | 6  | 7,6  | 46    | 31,9 |
| 31-40        |                             |     | 23   | 38,3 |    |   | 8   | 16 | 6  | 17,6 |    |      | 37    | 25,6 |
| 41-50        |                             |     | 6    | 10   |    |   |     |    | 3  | 8,8  | 2  | 5,8  | 11    | 7,6  |
| după 61      |                             |     |      |      |    |   |     |    |    |      | 3  | 8,8  | 3     | 2    |
| cifre abs.   | 7                           |     | 53   |      |    |   | 50  |    | 19 |      | 15 |      | 144   |      |
| %            | 11,6                        |     | 88,3 |      |    |   | 100 |    | 55 |      | 44 |      |       |      |
| Total        | 60                          |     |      |      | 50 |   |     |    | 34 |      |    |      | 144   |      |

Tuturor pacienților spitalizați li s-au efectuat investigații radiologice și imagistice, structura cărora este prezentată în următorul tabel: