

3. Воробьев, Г. И., Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л. Хирургия анальной недостаточности. Хирургия. 1994. - № 4. - С. 35-37.

4. Дульцев, Ю. В. Анальное недержание. М.: Медицина, 1993. - 202 с. : ил. — (Б-ка практ. врача : важнейшие вопросы хирургии).

6. Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.А., Смирнов С.Г. Низведение сегмента прямой кишки в анальный канал при лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки IV степени сложности. Хирургия. - 1992. - N2, С. 144-151.

7. Осмоловский С.В., Затачаев А.В., Кирьянова И.В., Завадский В.Н., Меллер Е.С. Опыт лечения больных с острой гнойной патологией перианальной области. Проблемы колопроктологии. - М., 1998., вып. 16, С. 87-88.

10. Полетов Н.Н. , Шелыгин Ю.А., Подмаренкова Л. Ф. Хирургическое лечение больных с полным недержанием кишечного содержимого. Актуальные проблемы проктологии: материалы конф. — Волгоград, 1997.1. С. 145-148.

11. Смирнов, А. Н., Новожилов В.А. Состояние наружного сфинктера прямой кишки у больных с аноректальными аномалиями по данным электромиографии. Хирургия. 1990. - № 8. - С. 44-47.

12. Усачев В.Е., Мкртычев Г.Г., Мищенко С.Ф., Коноплев А.Е. Многолетний опыт лечения острого парапроктита. Проблемы колопроктологии. - М., 1998., вып. 16, С. 112-113.

13. Abnormal transient internal sphincter relaxation in idiopathic pruritus ani: physiological evidence from ambulatory monitoring. Br. J. Surg. 1994. - Vol. 81, №4.-P. 603-606.

УДК 616-089.053.001.6:617.582

Тияков Х.А., Тилаков Б.Т.
НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО
ВОЗРАСТА И ПОДРОСТКОВ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии
Самаркандского Государственного медицинского института
Самарканд, Узбекистан.

Tilyakov Kh.A., Tilakov B.T.
OUR EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OLDER CHILDREN AND
ADOLESCENTS WITH CONGENITAL HIP DISLOCATION

Department of Neurology, neurosurgery, traumatology and orthopedics
Samarkand State Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan.

Контактный e-mail: Tiliakov@bk.ru

Аннотация. Работа основана на обследовании и изучении результатов

оперативного лечения 79 больных детей старшего возраста и подростков с односторонним врождённым вывихом бедра. Для изучения результатов лечения использованы клинический, рентгенологический и статистический методы исследования. Так, при интраацетобулярных вывихах хороший результат получен у 17 (68,4%) больных от общего числа пациентов данной локализации, удовлетворительный у 12 (21,1%) больных, неудовлетворительный у 6 (10,5%) больных. При наацетобулярных вывихах хороший результат от общего числа больных по данной локализации отмечен у 11 больных и у 6 пациентов удовлетворительный, а у 3 больных результат неудовлетворительный соответственно. Изучение отдалённых результатов лечения у 42 больных показало, что разработанные нами методики лечения позволяют ликвидировать одновременно или в два этапа основные проявления врождённого вывиха бедра у данного контингента больных. При этом хороший результат достигнут более 70,0% случаев.

Ключевые слова: Врожденный вывих бедра, тенотомия, дисплазия.

Annotation. The study is based on a survey and study of the results of surgical treatment of 79 patients' older children and adolescents with unilateral congenital hip dislocation. To study the results of treatment used clinical, radiological and statistical methods. So, when inter acetabular dislocation Good results were obtained in 17 (68.4%) patients of the total number of patients given location, satisfactory in 12 (21.1%) patients, unsatisfactory in 6 (10.5%) patients. At above acetabular dislocation good result from the total number of patients for a given location and 11 patients noted in 6 patients is satisfactory, and 3 patients, respectively, the result is unsatisfactory. The study of remote results of treatment in 42 patients showed that we have developed treatment methods allow to eliminate simultaneously or in two stages of the main manifestations of congenital dislocation of the hip in this group of patients. This good result reaches more than 70.0% of cases.

Keywords: Congenital dislocation of the hip, tenotomy, displasy.

Хирургическое лечение врождённого вывиха бедра у детей старшего возраста и подростков представляет одну из сложнейших проблем современной ортопедии, что обусловлено значительной вариабельностью анатомических изменений и степенью выраженности вывиха.

По сравнению с другими оперативными вмешательствами в последнее время широкое распространение и признание получили внесуставные операции на тазовых и бедренных костях у данного контингента больных. Принцип этих операций в основном заключается в сохранении адаптационно-приспособительных механизмов, выработанных организмом, в интактности кровоснабжения элементов тазобедренного сочленения и, в то же время, получении вертикальной стабильности для головки бедра.

К таким операциям относятся остеотомия таза по (Chiari, Дера, Solter), илиасакральная остеотомия по [1,2] лонно-подвздошная остеотомия по [5] и др. Однако, как заметил А.А.Корж, что остеотомия тазовой кости с последующим смещением костных фрагментов и деформацией тазового кольца может

отрицательно влиять в последующем на процесс родов. В ряде случаев эти остеотомии не исключают возможности повреждения крупных сосудов и нервов.

Существующие реконструктивные операции на теле или на крыле подвздошной кости, предусматривающие создание навеса над головкой бедра, исключают вероятность нарушения формы тазового кольца, повреждения сосудов и нервов, проходящих вблизи седалищной вырезки. Однако эти вмешательства в ряде случаев сопровождаются рассасыванием трансплантата смещением головки в краниальном направлении, неполноценным распределением давления на головку и на поверхность созданного навеса, приводит к поломке трансплантата и не устраняет, а также проекционным укорочением конечности. Все это свидетельствует о необходимости дальнейшего изыскания более оптимальных вариантов оперативного восстановления опороспособности конечности при врожденном вывихе бедра у детей старшего возраста и подростков.

Цель исследования - на основании изучения результатов существующих методов оперативных вмешательств, направленных на восстановление опороспособности конечности при врожденном вывихе бедра у детей старшего возраста и подростков, разработать наиболее эффективные варианты оперативных вмешательств у данного контингента больных в зависимости от степени выраженности вывиха бедра и внедрить их в практическую медицину.

Материал и методы

Наш клинический опыт основан на определении эффективности разработанного нами варианта хирургического, восстановительного метода лечения у 79 больных с врожденным вывихом бедра в возрасте от 7 до 15 лет (девочек было 67, мальчиков 12). Объем и характер предлагаемого варианта хирургического метода, зависят от степени вывиха, тяжести анатомических изменений, а также состояния адаптационно-приспособительных механизмов сустава. При этом все обследованные нами больные распределялись на две группы.

Первую группу составляли (55) пациентов с высоким вывихом бедра, III-IV степени наличием выраженной приводящей контрактуры, деформацией головки бедра с признаками неартроза, с выраженным дислокационным укорочением конечности (более 4см).

Вторую группу составили дети и подростки (24) с подвывихом и супраацетабулярными вывихами бедра с укорочением конечности от 1го до 4см, с не выраженными вторичными изменениями, окружающих тазобедренный сустав, тканями.

Сущность предложенных нами вариантов операций заключается в создании, по разработанной нами методике, протяженного навеса с учетом уровня дислокационной локализации головки бедра, что дополнялось при необходимости корригирующей подвертельной деторсионно-варизирующей остеотомией бедра, устранением дислокационного укорочения конечности, а

так же тенотомия приводящих и сгибательных мышц.

При высоких вывихах, т.е. у пациентов первой группы (надацетобулярный и илиакальный) вывихах оперативное вмешательство начиналось с низведением головки бедра путем скелетного вытяжения у 6 больных и с помощью аппарата Илизарова, у 5 пациентов.

Следует отметить, что при этом мы не у всех указанных больных смогли низводить головку бедра на должном уровне. Это было связано ощущением у пациентов боли, а так же по ходу седалищного нерва, а у 6 больных имело место нарушения функции малоберцового нерва.

Результаты и обсуждение

Результаты оперативных вмешательств, выполненных у 55 детей, старшего возраста и подростков прослежены в сроке от 2 до 5 лет. Возраст больных колебался от 7 до 15 лет в среднем 14 лет.

Так, при интраацетобулярных вывихах хороший результат получен у 17 (68,4%) больных от общего числа пациентов данной локализации, удовлетворительный у 12 (21,1%) больных, неудовлетворительный у 6 (10,5%) больных.

При надацетобулярных и илиакальный вывихах хороший результат от общего числа больных по данной локализации отмечен у 11 больных и у 6 пациентов удовлетворительный, а у 3 больных результат неудовлетворительный соответственно.

Выводы:

1. При подвывихах и невысоких вывихах бедёр у детей старшего возраста и подростков необходимо предварительно низвести головку бедра до уровня впадины, а затем создать протяжённый навес, а в случаях антеторсии свыше 40-45 и вальгусном положении шейки более 140-145 показана подвертельная деторсионно-варизирующая остеотомия бедра.

2. Разработанная нами методика операций образования протяжённого навеса на более, дистальном уровне тела подвздошной кости содействует натяжению ягодичных мышц и созданию новой надацетобулярной впадины путём применения ауто костей обеспечивает хороший упор для головки бедра и предотвращает смещение её кверху и кзади. Укладка и фиксация фигурного аутотрансплантата в костное ложе, образованное спонгиозной поверхностью лопастей стреловидных трансплантатов и участком тазовой кости обеспечивают лучшие условия для его перестройки.

3. Изучение отдалённых результатов лечения показало, что разработанные нами методики лечения позволяют ликвидировать одновременно или в два этапа основные проявления врождённого вывиха бедра у данного контингента больных. При этом хороший результат достигнут у 70% случаев.

Литература:

1. Андрианов В. Л. Хирургическое лечение нестабильности тазобедренного сустава после перенесенного остеомиелита у детей школьного возраста / В. Л. Андрианов, А. П. Поздеев // Акт. Проблемы костно-суставного

туберкулёза и гематогенного остеомиелита у детей. Ташкент, 1991. -С. 129-131.

2. Андрианов В. Л. Ацетабулопластические навесы при лечении диспластических и деформирующих коксартрозов у детей старшего возраста и подростков / В. Л. Андрианов, Е. С. Тихоненков, В. П. Мельников // Вест, хир. - 1990. - 11. -С.94-97.

3. Гафаров Х. 3. Некоторые аспекты лечения неопорного бедра у детей с дефектами головки и шейки бедренной кости / Х. 3. Гафаров, А. П. Скворцов // Лечение повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата методом Илизарова. - Казань, 1994. -С.12-18.

4. Гафаров Х. 3. Взаимосвязь хирургической коррекции бедренного и тазового компонента при лечении деструктивного вывиха бедра у детей / Х. 3. Гафаров, А. П. Скворцов // Клиника и эксперимент в травматологии и ортопедии. - Казань, 1994. -С.3-4.

5. Девятков А. А. Способ оперативного лечения неортоза тазобедренного сустава / А. А. Девятков, И. А. Руденко, Ткачёв В. А. // Ортопед., травматол., - 1991. - 1. -С.54-56.

Wenger D.R. Human hip dysplasia: evolution of current treatment concepts / D.R.Wenger, J.D.Bomar // J. Orthop. Sci. – 2003. – Vol. 8, N2. – P. 264 – 271.

УДК 616-005.93-053.3-089

А.В. Титёва

**РЕДКИЕ СЛУЧАИ ПАТОЛОГИИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ У
ДЕТЕЙ**

Кафедра детской хирургии

Оренбургский государственный медицинский университет

Оренбург, Российская Федерация

A. V. Tityova

RARE DISEASES OF THE LYMPHATIC SYSTEM IN CHILDREN

Department of pediatric surgery

The Orenburg state medical University, Orenburg, Russia

Контактный e-mail: a.v.titeva@rambler.ru

Аннотация: В статье рассмотрены редкие случаи патологии лимфатической системы у детей, такие как хилоторокс, хилоперитонеум. Представлены случаи развития данных заболеваний, их клиника, диагностика, лечение и особенности клинических случаев.

Annotation: The article discusses rare cases of disease of the lymphatic system in children, such as hilotoroks, hiloperitoneum. We present the cases of these diseases, their clinical picture, diagnosis, treatment, and clinical features of the cases.