

С-реактивного белка;

– ускорение очищения раны и развития грануляционной ткани;

– снижение частоты рецидивов раневых осложнений и, как следствие, значительное сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре.

При этом метод ВАС-дренирования не доставляет пациентам значимого дискомфорта и позволяет сохранять мобильность. Также за счёт создаваемого отрицательным давлением в ране присасывающего действия метод не нарушает во время дренирования биомеханику и фазность дыхания.

ВЫВОДЫ

1. Послеоперационный передний медиастинит требует активной хирургической тактики в наиболее ранние сроки.

2. Метод вакуум-дренирования позволяет адекватно санировать рану за более короткие сроки при сохранении мобильности пациента, а также достоверно сократить длительность дренирования раны и, как следствие, сроки госпитализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акчуринов Р.С., Ширяев А.А., Галаятдинов Д.М., Долгов И.М. Профилактика и лечение инфекционных осложнений при реваскуляризации миокарда // Грудная хир. — 1992. — №5. — С. 9–11.

2. Белов В.А. Оптимизация лечения больных с послеоперационным передним медиастинитом // Вестн. ОКБ-1. — 2002. — №4. — С. 16–18.

3. Зорькин А.А., Ларионов М.Ю., Тулупов В.А. Меди-

астинит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение // Алтайский государственный медицинский университет. Научно-информационный отдел ООО «АБОЛмед». 14.03.2006. — <http://www.abolmed.ru/img/mediastinitis.pdf> (дата обращения: 24.02.2013).

4. Кузин М.И., Кайдаш А.Н., Крестин О.А. Лечение гнойного переднего медиастинита после операций в условиях искусственного кровообращения у больных ревматическими пороками сердца // Хирургия — 1984. — №4. — С. 3–11.

5. Оболенский В.Н., Семенов А.Ю., Никитин В.Г., Сычев Д.В. Вакуум-терапия в лечении ран и раневой инфекции // Рус. мед. ж. — 2010. — №17. — С. 1064–1072. — http://www.rmj.ru/articles_7202.htm (дата обращения: 12.11.2012).

6. Domkowski P.W., Smith M.L., Gonyon D.L. et al. Evaluation of vacuum-assisted closure in the treatment of poststernotomy mediastinitis // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 2003. — Vol. 126. — P. 386–390.

7. Fleck T.M., Fleck M., Moïdl R. et al. The vacuum-assisted closure system for the treatment of deep sternal wound infections after cardiac surgery // Ann. Thorac. Surg. — 2002. — Vol. 74. — P. 1596–1600.

8. Francel T.J., Kouchoukos N.T. A rational approach to wound difficulties after sternotomy: reconstruction and long term results // Ann. Thorac. Surg. — 2001. — Vol. 72. — P. 1419–1429.

9. Fuchs U., Zittermann A., Stuetgen B. et al. Clinical outcome of patients with deep sternal wound infection managed by vacuum-assisted closure compared to conventional therapy with open packing: a retrospective analysis // Ann. Thorac. Surg. — 2005. — Vol. 79. — P. 526–531.

10. Gardlund B., Bitkover C.Y., Vaage J. Postoperative mediastinitis in cardiac surgery — microbiology and pathogenesis // Eur. J. Cardiothorac. Surg. — 2002. — Vol. 21. — P. 825–830.

11. Gustafsson R., Johnsson P., Algotsson L. et al. Vacuum-assisted closure therapy guided by C-reactive protein level in patients with deep sternal wound infection // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 2002. — Vol. 123. — P. 895–900.

12. Schumaker Jr.H.B., Mandelbaum I. Continuous antibiotic irrigation in the treatment of infection // Arch. Surg. — 1963. — Vol. 86. — P. 384–387.

УДК: 616.345-007.61-008.14-036.12-07-053.2-089

Т09

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА ПРИ ДОЛИХОСИГМЕ У ДЕТЕЙ

Хабибулла Атауллаевич Акилов^{1,2}, Фарход Хамидович Саидов^{1*},
Нигора Абдукамаевна Ходжимухамедова²

¹Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан,

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Узбекистан, г. Ташкент

Реферат

Цель. Выбор тактики диагностики и лечения хронического запора при долихосигме у детей.

Методы. На лечении находились 75 больных с различной патологией толстой кишки, проявляющейся хроническими запорами, из них у 36 (48%) детей обнаружена долихосигма. Все больные с долихосигмой были разделены на три основные группы. В первую группу вошли 22 (61,1%) больных с компенсированной стадией, во вторую — 9 (25%) больных с субкомпенсированной стадией, третью группу составили 5 (13,9%) больных с декомпенсированной стадией. Диагностику 36 (100%) больным проводили на основании данных анамнеза и результатов клинико-биохимических анализов (анализы крови, мочи, копрограмма, исследование кишечной микрофлоры), также выполнена фиброколоноскопия — 13 (36,1%) пациентам, ирригография — 36 (100%), исследование пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту — 5 (13,9%), мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием и виртуальная колоноскопия с 3D-реконструкцией — 8 (22,2%), сфинктерометрия — 13 (36,1%), морфологическое исследование биоптата ткани толстой кишки (при фиброколоноскопии) — 7 (19,4%), дуплексное сканирование магистральных сосудов толстой кишки — 9 (25%) больным.

Результаты. Из 36 больных с долихосигмой 29 (80,6%) получили консервативное лечение, остальные 7 (19,4%) детей нами были оперированы. У 3 (8,3%) больных произведено одноэтапное вмешательство — резекция сигмовидной кишки с формированием колоколоанастомоза «конец в конец», у 2 (5,6%) больных выполнено одноэтапное вмешательство — левосторонняя гемиколэктомия с формированием колоколоанастомоза «конец в конец». У 2 (5,6%) пациентов выполнено двухэтапное вмешательство — со стороны брюшной полости левосторонняя гемиколэктомия с проктопластикой по Свенсону-Хиатту-Исакову и формированием колоколоанастомоза «конец в конец». Наилучший хирургический результат получен при левосторонней гемиколэктомии, сама резекция сигмовидной кишки не всегда даёт хороший результат, часто возникают рецидивы запоров.

Вывод. Лечение хронического колостаза необходимо начинать с консервативных методов терапии и только после комплексного обследования; показаниями к хирургическому лечению являются субкомпенсированные формы, не поддающиеся консервативной терапии, и декомпенсированные формы заболевания.

Ключевые слова: хронический колостаз, долихосигма, диагностика, лечение, дети.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC COLOSTASIS IN CHILDREN WITH DOLICHOSIGMOID

Kh.A. Akilov^{1,2}, F.Kh. Saidov¹, N.A. Hodjimukhamedova². ¹Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Tashkent, Uzbekistan, ²Republican Research Center of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan. **Aim.** To choose the proper tactics of constipation diagnosis and treatment in children with dolichosigmoid. **Methods.** 75 patents with various colonic diseases featured by constipation, were treated, dolichosigmoid was diagnosed in 36 (48%). All patients with dolichosigmoid were distributed to 3 groups. The first group included 22 (61.1%) patients with compensated stage, the second group — 9 (25%) with subcompensation, the third group included 5 (13.9%) patients with decompensated stage. The diagnosis was performed by anamnesis and results of clinical and laboratory examinations (blood analysis, urinalysis, stool analysis, intestinal microbiota test), fibrocolonoscopy was performed in 13 (36.1%), radiologic examination of colon — in 36 (100%), barium follow-through test — in 36 (100%), multispiral computed tomography with contrast media and virtual colonoscopy with 3D-reconstruction — in 8 (22.2%), sphincterometry — in 13 (36.1%), morphological examination of the biopsy samples obtained at fibrocolonoscopy — in 7 (19.4%), duplex ultrasonography of great intestinal vessels — in 9 (25%) of patients. **Results.** Out of 36 patients with dolichosigmoid, 29 (80.6%) received non-surgical treatment, remaining 7 (19.4%) children underwent surgery. One-stage sigmoid resection with colocolic end-to-end anastomosis formation was performed in 3 (8.3%) patients, one-stage left-sided hemicolectomy with colocolic end-to-end anastomosis formation — in 2 (5.6%), two-staged surgery — left-sided hemicolectomy with proctoplasty by Svenson-Chiatt-Isakov and colocolic end-to-end anastomosis formation — in 2 (5.6%). The best result was obtained in case of left-sided hemicolectomy, the sigmoid resection does not give a good result itself, with frequent relapses of constipation. **Conclusion.** The treatment of chronic colostasis should be started with non-surgical treatment, and only after rigorous evaluation; the indications for a surgical treatment are: subcompensated stage not responding to medical treatment and decompensated stage of the disease. **Keywords:** chronic colostasis, dolichosigmoid, diagnostics, treatment, children.

Хронический колостаз — одна из актуальных проблем детской гастроэнтерологической практики. Жалобы на запоры предъявляют 3% детей, обратившихся к врачу-педиатру, и 25% пациентов гастроэнтеролога [1, 3, 4, 7]. Частота запоров среди детей составляет 5–10%. Практически все дети и подростки, страдающие многолетними хроническими запорами, отстают в физическом развитии, что связано с постоянным эндотоксикозом [6, 8, 9, 14].

Наиболее часто запор у детей развивается на фоне удлинения сигмовидной кишки (долихосигмы). По мнению ряда авторов, эта патология встречается у 25–40% детей, страдающих хроническими запорами [2, 15].

В настоящее время существуют различные подходы и трактовки этиологии и патогенеза долихосигмы [11, 13]. Клиницисты и рентгенологи довольно часто употребляют термин «долихосигма» (удлинение сигмовидной кишки), однако определённых границ поражения при этом не установлено. Несмотря на большое количество научных работ, чёткие показания к хирургическому

лечению не разработаны, не определён объём хирургического вмешательства при долихосигме у детей [5, 10, 12].

Цель исследования — выбор тактики диагностики и лечения хронического запора при долихосигме у детей.

В отделении детской хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2006 г. по настоящее время на лечении находились 75 больных с различной патологией толстой кишки, проявляющейся хроническими запорами, из них 45 (60%) мальчиков и 30 (40%) девочек в возрасте от 3 мес до 14 лет. Большинство пациентов (54 ребёнка, 72%) были в возрасте от 3 до 14 лет.

У 14 (18,7%) детей выявлены долихоколон и мегаколон, у 13 (17,3%) — болезнь Гиршпрунга*, у 1 (1,3%) — синдром Пайра, у 1 (1,3%) — врождённое сужение анального канала, у 10 (13,4%) больных запоры были обусловлены функциональными нарушениями толстой кишки. В 36 (48%) случаях выявлена долихосигма, из них первоначально 32 (88,9%) ребёнка были госпитализированы в отделение

*Примечание редакции. В русскоязычной литературе устоялось написание «Гиршпрунг», однако речь о датском педиатре Хиршпрунге (Harold Hirschsprung, 1830–1916).

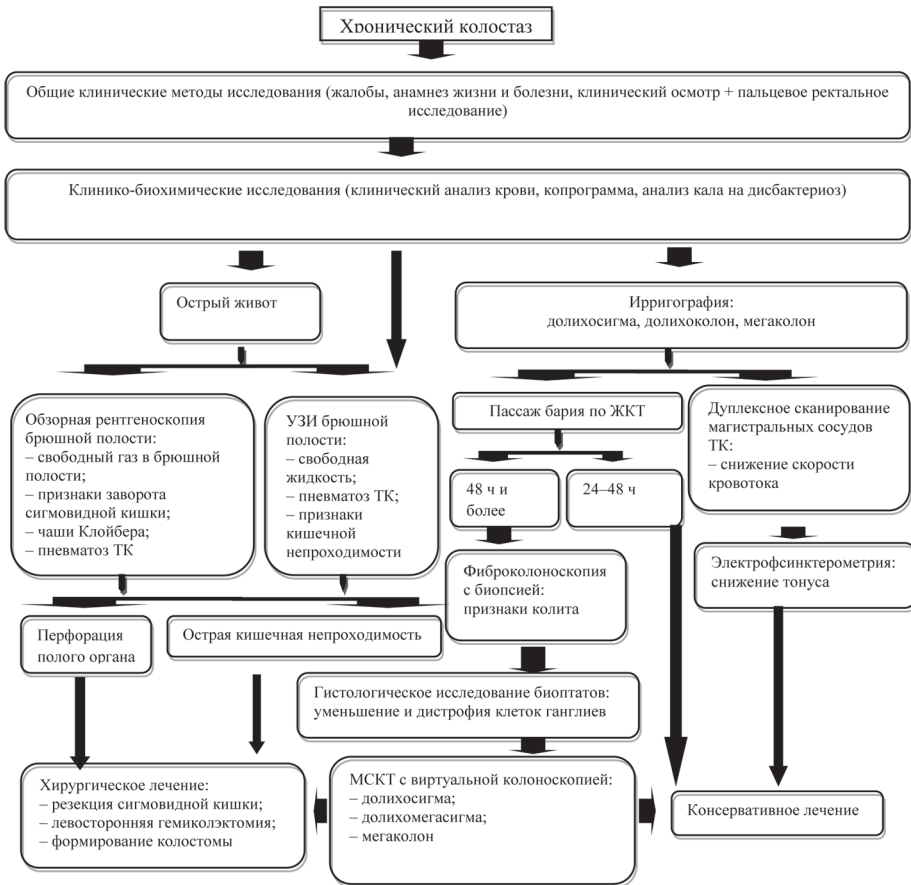


Рис. 1. Алгоритм исследований при хроническом колостазе и долихосигме; ТК – толстая кишка; УЗИ – ультразвуковое исследование; ЖКТ – желудочно-кишечный тракт; МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография.

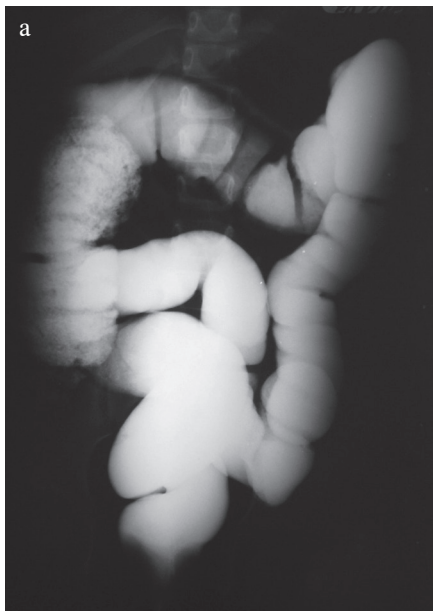


Рис. 2. Ирригграфия: тугое наполнение, долихосигма, дополнительная петля кишки (а), тугое наполнение, долихосигма (б).

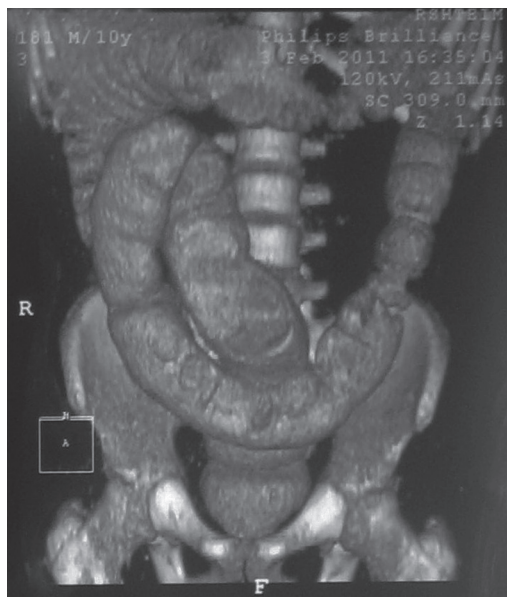


Рис. 3. Колонография с контрастированием (мультиспиральная компьютерная томограмма). 3D-реконструкция. Долихосигма.



Рис. 4. Виртуальная колоноскопия (мультиспиральная компьютерная томограмма). 3D-реконструкция. Долихосигма.

с подозрением на острый аппендицит, у 4 (11,1%) детей была зарегистрирована клиническая картина кишечной непроходимости.

Алгоритм, по которому проводили обследование детей с хроническим колостазом, представлен на рис. 1.

Диагностика основывалась на данных анамнеза, эффективности проводимого консервативного лечения, результатах общих клинических и биохимических лабораторных исследований. Клинико-биохимические анализы (анализы крови, мочи, копрограмма, исследования кишечной микрофлоры) проводили 36 (100%) больным с долихосигмой, фиброколоноскопию — 13 (36,1%), ирригографию — 36 (100%), исследование пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту — 5 (13,9%), мультиспиральную компьютерную томографию с контрастированием и виртуальную колоноскопию с 3D-реконструкцией — 8 (22,2%) пациентам, сфинктерометрию — 13 (36,1%), морфологическое исследование биоптата ткани толстой кишки (при фиброколоноскопии) — 7 (19,4%), дуплексное сканирование магистральных сосудов толстой кишки — 9 (25%) больным.

Ирригографию проводили после предварительной подготовки толстой кишки. Особое внимание обращали на размеры сигмовидной кишки, её длину, равномерность диаметра, участки расширения и добавочные петли (рис. 2).

При невозможности проведения ирригографии, а также с целью уточнения диагноза пациентам проводили мультиспиральную компьютерную томографию (рис. 3, 4).

С помощью этих методов можно более точно определить анатомо-топографические данные толстой кишки и её поражённого участка (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по анатомическим вариантам долихосигмы

Анатомическая форма долихосигмы	Количество больных	
	абс.	%
S-образная	6	16,7
Однопетлевая	20	55,6
Двухпетлевая	7	19,4
Многопетлевая	3	8,3
Всего	36	100

Все больные с долихосигмой были разделены на три основные группы. В первую группу включены 22 (61,1%) больных с компенсированной стадией. Эти дети были практически здоровы, нарушения функций кишечника у них возникали лишь эпизодически. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта показало удлинение сигмовидной кишки. Некоторые из этих детей жаловались на эпизодические приступы болей в животе, преимущественно в нижних отделах.

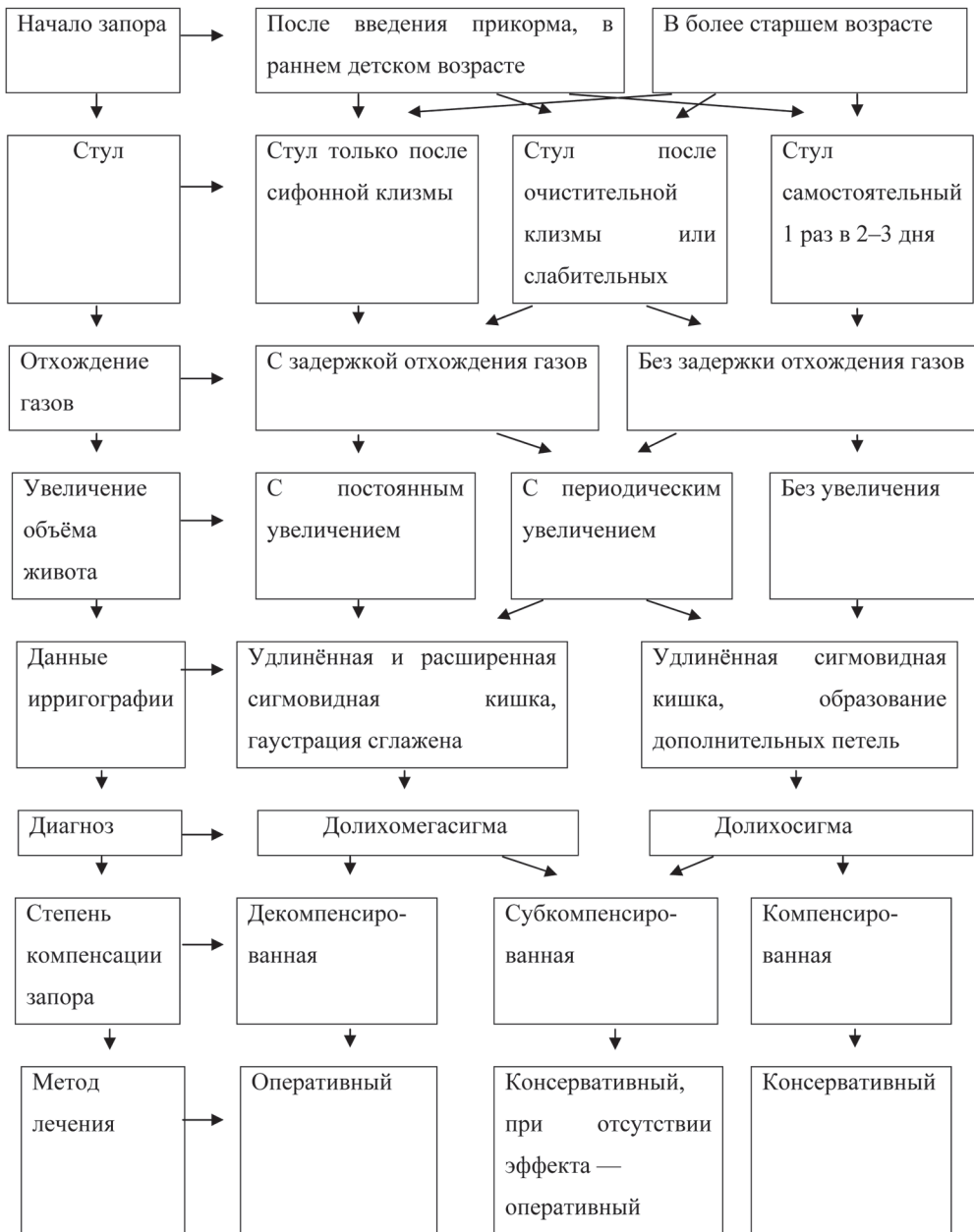


Рис. 5. Алгоритм лечения хронического колостаз при долихосигме.

Во вторую группу вошли 9 (25%) больных с субкомпенсированной стадией. Эти пациенты предъявляли жалобы на периодические запоры продолжительностью до 2–3 дней с последующим самостоятельным опорожнением кишечника. В отличие от детей с долихосигмой в компенсированной стадии, у пациентов этой группы заметно чаще возникали боли в животе и метеоризм.

Третью группу составили 5 (13,9%) боль-

ных с декомпенсированной стадией, у которых были более заметные нарушения функций кишечника. Задержка стула у них продолжалась до 5 дней и более, причём у некоторых детей самостоятельного отхождения стула не было.

Дети получали лечение по определённой схеме (рис. 5), которая предусматривала периодическое проведение циклов терапии и отбор больных для хирургического лечения.

Консервативную терапию проводили в зависимости от степени компенсации.

Детям с компенсированной степенью колостаз (первая группа) назначали следующее лечение.

- Диета: исключение питания всухомятку, включение в рацион фруктов и овощей, богатых клетчаткой, при гипомоторных запорах — газированные воды высокой минерализации в холодном виде. Минеральную воду детям назначали из расчёта 3–5 мл/кг массы тела 2–3 раза в день за 40 мин до еды.

- Лечебная гимнастика, укрепляющая мышцы брюшного пресса. Массаж живота через 30 мин после лёгкого завтрака и через 1–1,5 ч после обеда по 8–10 мин.

- Физioterapia: электростимуляция передней брюшной стенки, рефлексотерапия.

- Коррекция дисбиоза пре- и пробиотиками в зависимости от микрофлоры толстой кишки, также всем пациентам назначали бифилакс релиф, рекомендованный в основном при запорах.

Курс лечения составлял 10–15 дней. Курс консервативной терапии при компенсированной степени проводили каждые 6 мес в течение 2 лет, а при необходимости более длительно.

Детям с субкомпенсированной степенью колостаз (вторая группа) была рекомендована следующая терапия.

- Препараты, стимулирующие перистальтику: неостигмина метилсульфат (прозерин) 0,05 мг (0,1 мл 0,05% раствора) на 1 год жизни в день.

- Витамины группы В 1 раз в день.

- Спазмолитические средства: дроговерин (ношпа) по 1 таблетке 2 раза в день, мебеверин (дюспаталин), тримебутин (тримедат), метеоспазмил по 1 капсуле 2 раза в день.

- Слабительные: лактулоза (дюфалак) 5–30 мл 1–2 раза в день натощак в течение 10–15 дней, натрия пикосульфат (гутталакс) в дозе 5–15 капель (2,5–7,5 мг) однократно в течение 3 дней. Бисакодил назначали внутрь детям в возрасте 4–10 лет по 5 мг (1 таблетка), детям старше 10 лет — по 5–10 мг (1–2 таблетки), препарат принимали однократно на ночь или утром за 30 мин до еды. Ректально бисакодил назначали детям в возрасте старше 10 лет — по 10 мг (1 суппозиторий в сутки). Вазелиновое масло детям до 1 года назначали по 2,5–5 мл, в возрасте 1–3 лет — по 5–10 мл, с 4 до 7 лет — по 10–15 мл, детям старше 7 лет — до 15 мл 2–3 раза в день между приёмами пищи.

- Желчегонные препараты растительно-

го происхождения: артишока листьев экстракт (хофитол) в жидкой форме из расчёта 0,1 мл/кг массы тела в сутки в 3 приема, гепабене.

- Очистительные клизмы (1% раствор натрия хлорида, температура раствора 37–39 °С) или микроклизмы (микролакс) 1 раз вечером.

Курс лечения составлял 10–15 дней. Курс консервативной терапии при субкомпенсированной степени проводили каждые 6 мес в течение 1 года.

Детям с декомпенсированным хроническим колостазом (третья группа) проводили предоперационную подготовку, включавшую инфузионную терапию, коррекцию кислотно-основного баланса, очищение толстой кишки.

Курс консервативной терапии при декомпенсированной степени проводили однократно. При безуспешности консервативной терапии решали вопрос об оперативном методе лечения. Период предоперационной подготовки составлял 5–7 дней при отсутствии тяжёлых соматических заболеваний.

Несмотря на то, что при хронических запорах долихосигма встречается наиболее часто, хирургические вмешательства при этой патологии проводят редко. Вопрос об объёме хирургического вмешательства при показаниях к операции до сих пор не решён. Резекцию части сигмовидной кишки при запорах, обусловленных долихосигмой, нельзя считать радикальной операцией, так как при этом остаётся часть кишки с неполноценной иннервацией и замедленным пассажем.

Из 36 больных с долихосигмой нами были оперированы 7 (19,4%) человек. Эти пациенты госпитализированы в отделение детской хирургии с осложнениями хронического колостаз: острой кишечной непроходимостью, вызванной заворотом сигмовидной кишки, упорным отсутствием самостоятельного отхождения стула до 7–10 дней с явлениями интоксикации и выраженным абдоминальным болевым синдромом. 4 из этих больных детей в течение нескольких лет находились под наблюдением гастроэнтеролога. Показания к хирургическому лечению были следующими:

- существование в течение нескольких лет хронических запоров, неудовлетворительные результаты консервативной терапии хронических запоров;

- постоянное образование каловых камней;



Рис. 6. Данные ирригации через 3 мес после операции.

– симптомы длительной интоксикации, постоянный болевой синдром, отставание в психомоторном развитии, выраженные биохимические и иммунные нарушения;

- острая кишечная непроходимость;
- перфорация толстой кишки.

У 7 (19,4%) оперированных пациентов проведена биопсия толстой кишки. У 5 (13,9%) воспаление имело поверхностный характер, у 2 (5,6%) выявлено субатрофическое воспаление. Во всех биоптатах обнаружены отёк соединительной ткани на фоне гипертрофии мышечных волокон, дистрофия эпителия слизистой оболочки, лимфогистиоцитарная инфильтрация, также обеднение нервных узлов клетками, вакуолизация, сморщивание ядер.

У 3 (8,3%) больных произведено одноэтапное хирургическое вмешательство — резекция сигмовидной кишки с формированием коло-колоанастомоза «конец в конец», у 2 (5,6%) больных выполнено одноэтапное хирургическое вмешательство — левосторонняя гемиколэктомия с формированием коло-колоанастомоза «конец в конец». У 2 (5,6%) детей применено двухэтапное хирургическое вмешательство — со стороны брюшной полости левосторонняя гемиколэктомия с проктопластикой по Свенсону-Хиатту-Исакову и формированием коло-колоанастомоза «конец в конец».

В раннем послеоперационном периоде до 2–3 нед осложнений со стороны органов брюшной полости у больных не зарегистри-

ровано, перистальтика кишечника восстановилась на 4–5-е сутки, стул в первые недели был кашицеобразный, ежедневный. В отдалённые сроки (через 1, 2 и 3 года) у пациентов при нарушении пищевого рациона возникали эпизоды задержки стула до 1–2 дней, однако дефекация восстанавливалась и была регулярной после устранения погрешностей в диете. Ни у одного ребёнка в отдалённые сроки не было признаков кишечной непроходимости, развитие детей соответствовало возрасту (рис. 6).

ВЫВОДЫ

1. Хирургическое лечение хронического колостазы при долихосигме у детей необходимо проводить только после комплексного обследования. При отсутствии urgentных осложнений первым этапом лечения всех пациентов с хроническим колостазом должен быть комплекс консервативных методов лечения.

2. Из 36 наших больных с хроническим колостазом и долихосигмой хирургическому лечению подверглись лишь 7 (19,4%) детей с субкомпенсированной формой заболевания, у которых консервативная терапия была безуспешна, и декомпенсированной формой колостазы с необратимыми изменениями нервных сплетений стенки толстой кишки, выявленными при её биопсии.

3. Наилучший результат хирургической коррекции хронического колостазы при долихосигме у детей получен при левосторонней гемиколэктомии, так как сама резекция сигмовидной кишки не всегда даёт хороший результат, часто возникают рецидивы запоров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова О.Ю. Аномалии развития толстой кишки в детской гастроэнтерологической практике // Врачебн. практ. — 2004. — №3. — С. 14–17.
2. Киргизов И.В., Лёношкин А.И., Дударев В.А. Изменение системы гемостаза у детей при хронических запорах // Детская хир. — 2005. — №5. — С. 30–34.
3. Лёношкин А.И., Баранов К.Н., Саруханян О.О. и др. Современные критерии диагностики и показаний к хирургическому лечению хронического колостазы у детей и подростков // Дет. хир. — 2002. — №1. — С. 4–8.
4. Лёношкин А.И. Детская колопроктология. — М.: Медицина, 2004. — С. 185–189.
5. Лёношкин А.И., Киргизов И.В., Сухоруков А.М., Горбунов Н.С. Особенности изменения соединительно-тканного остова и гладкой мускулатуры толстой кишки у детей при хроническом толстокишечном стазе // Мед. науч. и учебно-метод. журнал. — 2006. — №32. — С. 12–18.

6. Минушкин О.Н. Запоры и принципы их лечения // Терап. арх. — 2003. — №1. — С. 19–23.
7. Ривкин В.Л., Каппулер Л.Л., Белоусова Е.А. Колопроктология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — С. 143–148.
8. Урсова Н.И. Актуальные и нерешённые проблемы функциональных запоров у детей раннего возраста // Вопр. соврем. педиатрии. — 2010. — №3. — С. 6–12.
9. Филипп Робин К.С. Колоректальная хирургия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 236–237.
10. Цветкова Л.Н. Профилактика и лечение запоров у детей // Вопр. соврем. педиатр. — 2004. — №3. — С. 2–7.
11. Цимбалова Е.Г., Потапов А.С. Хронические запоры у детей // Вопр. соврем. педиатр. — 2002. — №6. — С. 56–61.
12. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. — М.: Литтерра, 2012. — С. 11–21.
13. Clayden G., Keshitgar A.S. Management of childhood constipation // Postgrad. Med. J. — 2003. — Vol. 79, N 9. — P. 616–621.
14. Dinning P.G., Smith T.K., Scott S.M. Pathophysiology of colonic causes of chronic constipation // Neurogastroenterol. Motil. — 2009. — Vol. 21. — P. 20–30.
15. Wood J.D. Enteric neuroimmunophysiology and pathophysiology // Gastroenterology. — 2004. — Vol. 127, N 2. — P. 635–657.

УДК 616.718.41-001.512-053.7-036.17-089

Т10

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЁЛЫХ НЕСТАБИЛЬНЫХ ФОРМ ЮНОШЕСКОГО ЭПИФИЗЕОЛИЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Андрей Рифгатович Пулатов*, Виталий Владимирович Минеев

Уральский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина,
г. Екатеринбург

Реферат

Цель. Проанализировать отдалённые результаты применения разработанного способа открытой репозиции эпифиза у пациентов с тяжёлыми нестабильными формами юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости.

Методы. Представлен способ хирургического лечения тяжёлых нестабильных форм юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости и приведены отдалённые результаты его применения у 21 больного. Показаниями к использованию открытой репозиции эпифиза головки бедренной кости считали нестабильные формы юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости, смещение эпифиза головки бедра более 40° кзади. Возраст пациентов на момент оперативного лечения составил от 11 до 16 лет. Минимальный срок наблюдения пациентов — 2 года, максимальный — 15 лет. Через 1 год после операции 5 больным проведено комплексное биомеханическое исследование.

Результаты. Проанализированы ближайшие и отдалённые результаты применения открытой репозиции эпифиза головки бедренной кости. У 19 больных из 21 получены положительные результаты (хороший результат — у 17 пациентов, удовлетворительный — у 2). Частота осложнений составила 14,3% и включала 3 случая аваскулярного некроза головки бедренной кости, явлений хондролiza у пациентов выявлено не было. По данным биомеханического обследования 5 пациентов через 1 год после операции выявлено практически полное функциональное восстановление опорно-двигательного аппарата.

Вывод. Анализ результатов показал, что технически правильно выполненная открытая репозиция головки бедренной кости с корригирующей остеотомией её шейки позволяет восстановить нормальные анатомические соотношения и функции поражённого сустава с сохранением положительного результата на всём сроке наблюдения.

Ключевые слова: юношеский эпифизеолиз, нестабильная форма, открытая репозиция, аваскулярный некроз.

A METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF UNSTABLE SEVERE FORMS OF JUVENILE FEMORAL HEAD EPIPHYSIOLYSIS A.R. Pulatov, V.V. Mineev. Ural Scientific and Research Institute of Traumatology and Orthopedics named after V.D. Chaklin, Ekaterinburg, Russia. **Aim.** To analyze the long-term results of the designed method for the open epiphysis reduction in patients with severe unstable forms of juvenile femoral head epiphysiolysis. **Methods.** The article describes the method of surgical treatment of severe forms of unstable juvenile femoral head epiphysiolysis and long-term outcomes in 21 patients. The indications for the method were the unstable form of juvenile femoral head epiphysiolysis and slipped capital femoral epiphysis with a slip angle of more than 40 degrees. The age of patients at time of treatment ranged from 11 to 16 years, follow-up period — from 2 to 15 years. Five patients underwent a comprehensive biomechanical study within one year after surgery. **Results.** The early and late results of the femoral head epiphysis open reduction were analyzed. Positive results were obtained in 19 cases (good results in 17, satisfactory in 2). The complication rate was 14.3% and included 3 cases of avascular femoral head necrosis, no cases of chondrolysis were revealed. According to biomechanical examination data performed in five patients 1 year after the surgery, almost complete functional recovery of the musculoskeletal system was revealed. **Conclusion.** Analysis of the results showed that being properly executed the open reduction of the femoral head with a corrective femoral neck osteotomy allowed to restore normal anatomic proportions and function of the affected joint, positive result was maintained for the entire follow-up period. **Keywords:** juvenile epiphysiolysis, unstable form, open reduction, avascular necrosis.

Нестабильная форма юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости (ЮЭГБК) — одно из наиболее тяжёлых проявлений этого заболевания. При отсутствии

соответствующего лечения нестабильные формы ЮЭГБК приводят к значительному нарушению функций тазобедренного сустава, раннему развитию коксартроза и инвалидизации [9, 14]. Неблагоприятное течение нестабильных форм обусловлено тем,