

Из злокачественных опухолей имели место в 2 случаях аденокарциномы.

Вмешательства на придатках матки при наличии объемного образования как вылушивание выполнено у 136 детей, у 16 — аднексэктомия.

Осложнения в виде нарушения кровообращения на фоне перекрута опухолевидного образования встретились у 30 детей. Таким образом, выявлена корреляционная зависимость между возрастом больных и структурой объемных образований в придатках матки. Опухолевидные процессы, такие как ретенционные, фолликулярные, кисты желтого тела и параовариальные кисты встречаются во второй фазе пубертатного периода, что подтверждается литературными данными и обусловлены сложностью процессов гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы в становлении раннего гинекологического возраста.

Клинико-эндоскопические и клинико-операционные параллели указывают, что выраженность болевых ощущений зависит от степени напряжения опухолевидного образования внутренним со-

держимым, а также степени нарушения кровообращения, которое встречается при наличии кисты желтого тела и при возникновении перекрута придатков матки.

Эхографическая диагностика указывает на высокую информативность с точки зрения первичного опознавания опухолевого процесса, однако, правильная дифференциальная эходиагностика допускает определенный процент ошибки.

По литературным данным информативность эхографии составляет 68%-81%

Эндохирургическое вмешательство является завершающим в этапе диагностики и определения тактики. Визуальная диагностика позволяет определить тип образования, уточнив локализацию процесса, характер внутреннего содержимого, вид внешней и внутренней оболочки. Выбор удара опухолевидных образований зависит от многих составляющих, среди которых доминирующее значение имеет правильное определение структуры образования на основании всех вышеперечисленных методов исследования.

© БУДЭЭ Б. —

УДК 617.582-001.6:616-053.3/7

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ

Б. Будээ.

(Монгольский государственный медицинский университет)

По отчетным данным центра ортопедии и травматологии г. Улан-Батора (1989-1995 гг.) частота больных с врожденным вывихом бедра среди детского ортопедического контингента достигает 49,4%. Эти данные подтверждают повышенную пораженность врожденным вывихом бедра.

В результате экспертной оценки было установлено, что обращаемость врожденного вывиха бедра составляет 9,4%, а ортопедические заболевания — 19,1%, частота врожденного вывиха бедра в Монголии 1,3 на 1000 детского населения.

Проблема организации и раннего выявления и лечения врожденного вывиха бедра является самой важной задачей среди современных задач детской ортопедии в Монголии.

Наша работа основана на клиническом и рентгенологическом изучении 153 больных с врожденным вывихом бедра, подвывихом и дисплазией тазобедренного сустава, в возрасте от 1 мес. до 3,5 лет.

Основную группу составили дети с патологией тазобедренного сустава (153 ребенка), вторую группу — новорожденные, обследованные скрининг методами (543).

Клинические симптомы приобретают диагностическую ценность в совокупности друг с другом, когда один из них дополняет другой. Выявление этих симптомов во многом субъективно и зависит от профессионализма ортопеда.

Основными признаками вывиха бедра первой группы являются резкое ограничение отведения бедер (92%), симптом “соскальзывания” (58,8%), менее информативными признаками являются укорочение нижней конечности (43,8%) и асимметрия кожных складок (21,6%).

Во вторую группу включили 543 новорожденных, у них проведены первичный клинический осмотр и первичный ультразвуковой скрининг.

Мы установили, что с увеличением возраста ребенка частота выявления симптома соскальзывания уменьшается, в то время как частота выявления детей с ограниченным отведением бедер возрастает.

Кроме рентгенологической характеристики тазового компонента мы анализировали рентгенологические признаки бедренного компонента и рентгенологические показатели конгруэнтности, которые представлены в таблице.

Несмотря на некоторые успехи современной оперативной ортопедии, консервативное лечение врожденного вывиха бедра, как уже отмечалось, является ведущим методом.

Для функционального метода вытяжения бедра в вертикальной плоскости сконструированную нами специальную раму из дуги, прикрепляющуюся с помощью кронштейнов к кровати, двух передвижных блоков, регулирующих отведение и сгибание бедер.

Таблица.

	0-5 мес.	6-12 мес.	1,1-3 год
Ацетабулярный угол, (96%)	32,6±0,83	32,4±1,6	41,0±0,92
Угол Виберга, (65%)	5,7±0,24	5,3±0,69	4,6±1,44
Шеечно-диафизарный угол, (92%)	164,4±0,9	165,5±1,87	159,6±2,04
Торсионный угол, (80%)	48,7±1,2	43,0±2,7	45,5±1,1

Мы предложили оригинальный способ лечения по следующим схемам двумя этапами:

I этап – горизонтальное вытяжение;

II этап – продольное вытяжение.

При изучении результатов лечения больных разделили на две группы: с отягощенным анамнезом по врожденному вывиху бедра. В группе больных с отягощенным анамнезом срок лечения был дольше на 6-9 месяцев, чем в группе больных без наследственного отягощения. У всех детей наблюдалось выраженная приводящая контрактура бедра. Поэтому мы считаем, что максимальное расслабление мышц тазобедренного сустава уменьшает травматичность вправления вывиха бедра.

Таким образом, высокоинформативными признаками вывиха бедра являются резкое ограничение отведения бедер (92%), симптом соскальзывания (58,8%). Менее информативными признаками являются укорочение нижней конечности, асимметрия кожных складок и симптом Тренделенбурга-Дюшена (15,3-43,8%). Информативными рентгенологическими признаками считается ацетабулярный угол, шеечно-диафизарный угол и торсионный угол, которые отмечаются в 68-96%. Основные особенности патологического развития тазобедренного сустава представлены ультрасонографическими 3 и 4 типами, которые соответствуют вывиху бедра с углом $>55^\circ$, и углом $\beta < 77^\circ$. Полное анатомо-функциональное восстановление тазобедренного сустава отмечается у 98,2% детей, у которых начато лечение до трехмесячного возраста и у детей, начинавших лечение с 6-месячного возраста в 96% случаев. Если лечение начато после 2 лет, то 48% детей нуждается в дополнительных корригирующих операциях. Применение стремена Павлика дает возможности в формировании биомеханических правильных параметров как проксимального отдела бедра, так и крыши вертлужной впадины. В связи с ранним выявлением и функциональным лечением значительно уменьшился контингент детей с запущенными формами вывиха бедра.

© РЫЧКОВА С.И., РАБИЧЕВ И.Э., РАБИЧЕВА А.И., ШОМО П., КАЩЕНКО Т.П., ГОЛОВКО Т.В. – УДК 616-053.3/7:617.758.1

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ СОДРУЖЕСТВЕННОГО КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

С.И. Рычкова, И.Э. Рабичев, А.И. Рабичева, П. Шомо, Т.П. Кащенко, Т.В. Головки.

(Иркутский государственный медицинский университет)

Авторы исследовали возможность использования жидкокристаллических очков особой конструкции (P.Chaumont) в функциональной коррекции содружественного косоглазия у детей раннего возраста. В качестве объекта зрительного восприятия использовали изображение на белом экране и мультипликационный фильм. Результат достигается за счет специальной программы последовательного чередования монокулярных и бинокулярных зрительных сигналов. Установлено, что жидкокристаллические очки могут использоваться в функциональном лечении содружественного косоглазия у детей 2-3 летнего возраста с целью уменьшения угла косоглазия и восстановления бинокулярных функций.

Особое значение на современном этапе развития страбологии приобретает раннее начало лечения. Однако, используемые в настоящее время терапевтические методы требуют от ребенка сознательного отношения к занятиям. Это затрудняет работу с детьми младше 5-6 лет. Возникла необходимость разработки методики в игровой форме, позволяющей создать условия для уменьшения

угла косоглазия и развития бинокулярного зрения у детей раннего возраста.

В связи с этим целью данной работы было изучить возможности функциональной коррекции содружественного косоглазия у детей в возрасте 2-3 лет с помощью жидкокристаллических очков особой конструкции, предложенных P.Chaumont (положительное решение о выдаче патента №2000102698/14(002827)).

Эти очки позволяют постепенно формировать фиксационный и фузионный рефлекс, а затем достигать бифовеального слияния и развития рефлекса бификсации. Результат достигается за счет последовательного чередования то монокулярного, то бинокулярного поступления зрительного сигнала на сетчатки глаз. В качестве объекта зрительного восприятия используется изображение на белом экране и мультипликационный фильм. Сначала поступает монокулярный зрительный сигнал через один глаз, затем – бинокулярный сигнал, затем – монокулярный сигнал через другой глаз, и вновь поступает бинокулярный сигнал. Весь цикл ритмически повторяется. Таким