

Пути решения организационных проблем
детской ортопедической службы:
выполнение приказа Минздрава России № 140
от 20.04.99 «О мерах по совершенствованию
травматолого-ортопедической службы»;
рекомендации местным органам здравоохра-
нения по выделению ставок ортопедов в
зависимости от численности и плотности
детского населения;
рекомендации местным органам здравоохра-
нения по созданию сети специализирован-
ных отделений и кабинетов;
лечение и диспансеризация подростков у ор-
топедов взрослой сети;
включение детского ортопеда в число специа-
листов при осмотре школьников 5–6-го клас-
сов, при постановке юношей на воинский
учет и при призыве в армию;
увеличение числа мест в учреждениях вос-
становительного лечения, детских дошколь-
ных учреждениях и школах-интернатах;
проведение комплекса оздоровительных ме-
роприятий для детского населения, направ-
ленных на профилактику статических де-
формаций.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Приказ Министерства здравоохранения Россий-
ской Федерации от 20.04.99 № 140 «О мерах по
совершенствованию травматолого-ортопедической
службы». — М., 1999.

2. Приказ Министерства здравоохранения Россий-
ской Федерации от 05.05.99 № 154 «О совершенство-
вании медицинской помощи детям подросткового
возраста». — М., 1999.
3. Здоровье населения и деятельность учреждений
здравоохранения в 1998 г. (статистические матери-
алы). — Минздрав России, отдел медицинской ста-
тистики и информатики. — М., 1999.
4. Концепция развития здравоохранения Санкт-Пе-
тербурга на 1997–2003 гг. — С.-Пб., 1997.

ORTHOPEDIC MORBIDITY OF CHILDREN IN RUSSIA, ORGANIZATION OF SPECIALIZED SERVICE AND PRE- SPECTIVES OF ITS PERFECTION

Yu.I. Pozdnykin, K.S. Solov'eva

Unfavourable present demographic process, decrease of indices of children's physical development, increase of congenital and acquired orthopedic pathology as well as the increase of total number of disabled children make high demands of the organization of specialized service in Russia. In general the orthopedic service for children meets the modern requirements. Its further development is foreseen by the Order of the Russian Health Ministry # 140 «About the measures on the perfection of traumatologic and orthopedic service». The urgent goals are the following: early detection of the pathology and early adequate treatment; continuity and succession of rendering aid in outpatient departments, hospitals and rehabilitation institutions; introduction of diagnostic and treatment standards into clinical practice. To improve the pediatric orthopedic service it is necessary to increase the possibilities for rehabilitation treatment, the complex of sanitary measures for children's population aimed at the prevention of orthopedic pathology.



ИЗ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА

© Д.И. Черкес-Заде, А.Ф. Лазарев, 1999

Д.И. Черкес-Заде, А.Ф. Лазарев

СЛУЧАЙ СТАБИЛЬНОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА

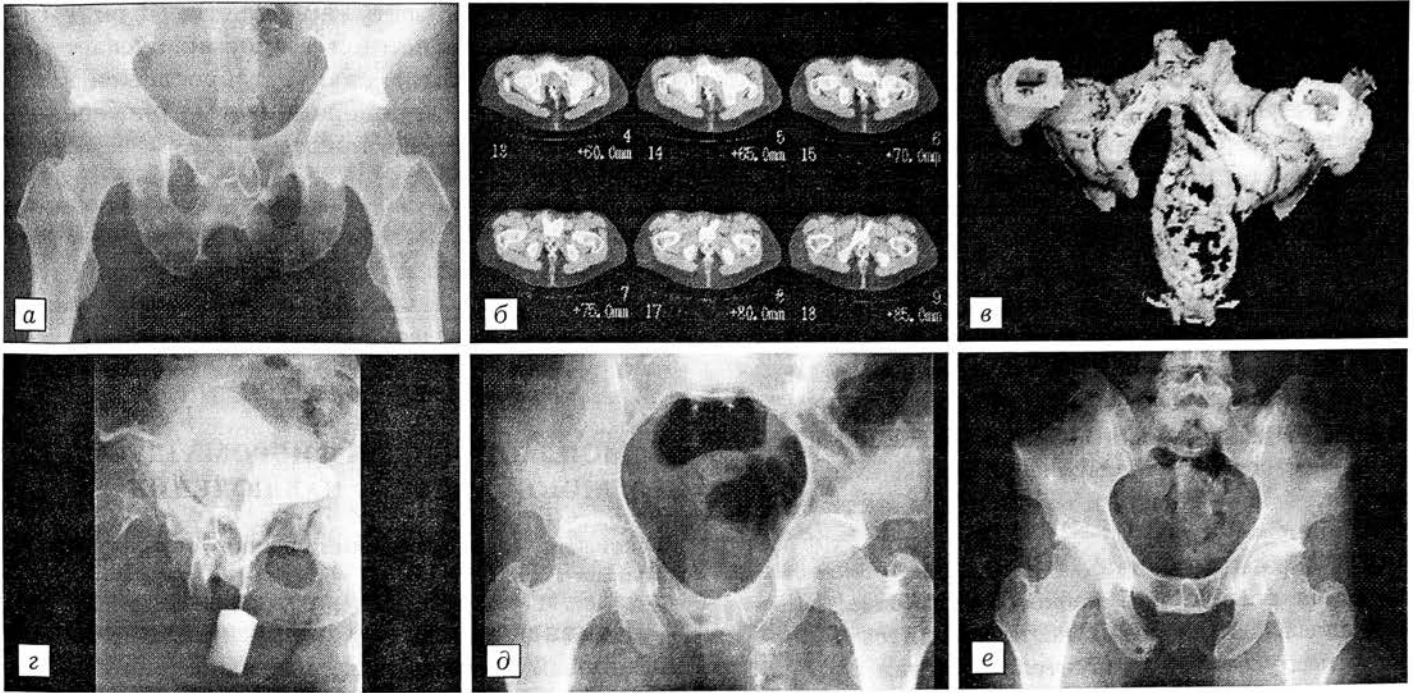
Центральный институт травматологии и ортопедии
им. Н.Н. Приорова, Москва

Описания подобных случаев тяжелой де-
формации тазового кольца, развившейся после
полученного в детском возрасте разрыва
лобкового симфиза и последующего оператив-

ного вмешательства, мы в доступной литера-
туре не встретили, в связи с чем считаем
целесообразным поделиться своим наблюде-
нием.

Больная С., 25 лет, находилась в клинике
травматологии ЦИТО с 29.08.94 по 28.10.94.

Из анамнеза: в 1977 г. в 8-летнем возрасте
была сбита автобусом, колесо которого перееха-
ло через область таза. Получила открытый по-
лифокальный перелом костей таза, разрыв лоб-
кового симфиза и обоих крестцово-подвздошных



Больная С. со стабильной посттравматической деформацией тазового кольца.

- а — обзорная переднезадняя рентгенограмма таза до операции: равномерно суженный цилиндрический таз (по мужскому типу), патологический синостоз лобковых костей, угол схождения нисходящих ветвей лобковых костей к симфизу 60° ;
 б — компьютерная томограмма таза: синостоз нисходящих ветвей лобковых костей, остеофиты по передней поверхности симфиза на широком основании;
 в — компьютерная томограмма таза с дополнительным контрастированием прямой кишки, трехмерная реконструкция: сращение лобковых костей, массивные остеофиты в области анкилоза;
 г — контрастное исследование уретры и мочевого пузыря.
 д — обзорная переднезадняя рентгенограмма таза после операции (резекция нисходящих ветвей лобковых и седалищных костей, иссечение остеофитов);
 е — обзорная переднезадняя рентгенограмма таза через 5 лет после операции: новых разрастаний в области операции нет.

суставов, разрыв промежности с повреждением наружного заднего прохода, прямой кишки и уретры, тупую травму живота. Отмечался шок III степени.

Лечилась в одной из крупных московских клинических больниц (с 02.02.77 по 22.03.77). При поступлении были произведены первичная хирургическая обработка ран промежности, лапаротомия, наложена эпицистостома, выведен anus praeternaturalis, выполнен шов лобкового симфиза проволоочной петлей. Послеоперационное течение тяжелое — нагноение раны промежности, заживление вторичным натяжением. В последующем произведена восстановительная операция на толстом кишечнике, достигнуто полное восстановление функции тазовых органов (дефекации и мочеиспускания). В дальнейшем росла и развивалась нормально, статодинамических нарушений опорно-двигательного аппарата не отмечалось. В 1991 г. вышла замуж. Половой акт оказался невозможным (из-за стеноза входа во влагалище). Больная консультирована в разных медицинских учреждениях. Осмотрена в Центре охраны материнства и детства: со стороны половых органов патологии не выявлено.

Консультирована в клинике травматологии ЦИТО. Установлено, что вход во влагалище сужен (пропускает только кончик мизинца) за счет патологического сращения лобковых костей, изменения конфигурации тазового кольца (см. рисунок, а). Рекомендовано оперативное лечение.

Предоперационное обследование в ЦИТО:

— ультрасонография органов малого таза: матка нормальных размеров ($4,6 \times 4,0 \times 4,1$ см), толщина эндометрия 0,8 см, оба яичника нормальных размеров;

— компьютерная томография таза и тазовых органов (с дополнительным контрастированием прямой кишки); деформация костей таза — равномерно суженный таз по мужскому типу, угол схождения лобковых костей $65-70^\circ$, анкилоз крестцово-подвздошных суставов, гиперостоз лобкового симфиза, вертикальный размер которого увеличен более чем в два раза за счет частичного сращения нисходящих ветвей лобковых костей с двумя массивными остеофитами (см. рисунок, б, в). Деформация и дислокация органов малого таза;

— магнитно-резонансная томография: деформация костей таза, рубцово-спаечные изменения мягких тканей и органов малого таза, поликистоз яичников, больше слева;

— консультация уролога: на уретроцистограмме в прямой и боковой проекциях уретра свободно проходима на всем протяжении. Емкость мочевого пузыря достаточная. Контуры мочевого пузыря четкие, ровные (см. рисунок, 2). Катетеризация мочевого пузыря затруднена из-за деформации костей таза и атипичного расположения входа в уретру, который открывается не в преддверие, а в само влагалище по передней стенке. Клитор практически не выражен. В урологическом лечении не нуждается.

3.10.94 под эндотрахеальным наркозом произведена хирургическая коррекция деформации переднего отдела тазового кольца: резекция симфиза, иссечение остеофитов, резекция нисходящих отделов лобковых и седалищных костей (до седалищных бугров).

Дугообразным разрезом над лоном обнажена передняя поверхность лобкового симфиза. Нисходящие ветви лобковых костей сходятся к симфизу под углом 60° , значительно сужая вход во влагалище. При ревизии по передней поверхности симфиза обнаружены два массивных остеофита с основаниями 4×6 и 5×4 см, выстоящие над лоном до 2,5 и 3 см. Имеется сращение нисходящих ветвей лобковых костей по всей длине, за счет чего длинник лобкового симфиза превышает 10 см.

Произведено надкостничное выделение передней поверхности симфиза и нисходящих ветвей лобковых костей до седалищных бугров. Выполнена частичная резекция лобкового симфиза на уровне 3,5 см от верхнего края, в зоне резекции частично удалена полностью замурованная в толще кости проволоочная петля, оставшаяся после первой операции, перенесенной в детстве. Произведена резекция лобковых костей до уровня седалищных бугров (см. рисунок, д). Осуществлен гемостаз. При вагинальном исследовании влагалище пропускает два пальца. Обращает на себя внимание тот факт, что стенка влагалища рубцово изменена, ригидна (напоминает по виду хрящевые кольца трахеи).

Послеоперационное течение без осложнений. Катетеризация мочевого пузыря продолжалась 7 сут, после удаления катетера восстановилось самостоятельное мочеиспускание. Рана зажила первично. Режим вертикальных нагрузок без ограничений с первого дня. Швы сняты через 2 нед. Больная ходит без дополнительных средств опоры, походка свободная, ритмичная, безболезненная.

Консультирована гинекологом (проф. Л.К. Савицкая) 27.10.94: в результате пластической операции на тазовых костях вход во влагалище свободный, влагалище достаточной емкости. Половая жизнь возможна.

28.10.94 (через 3 нед после операции) выписана под амбулаторное наблюдение гинеколога и

травматолога по месту жительства. При вагинальном исследовании влагалище пропускает три пальца. Отдаленный результат прослежен в течение 5 лет после операции (см. рисунок, е). Пациентка жалоб не предъявляет, в семейной жизни счастлива.

© Коллектив авторов, 1999

А.Н. Махсон, Н.Е. Махсон, М.Ю. Щупак

ДЕСМОПЛАСТИЧЕСКАЯ ФИБРОМА (ДЕСМОИД) БЕДРЕННОЙ КОСТИ: 2 НАБЛЮДЕНИЯ

Московская городская клиническая онкологическая больница № 62

Десмопластическая фиброма (экстраабдоминальный десмоид) впервые выделена в самостоятельную нозологическую форму в 1958 г. Н.Л. Jaffe [6]. Эта опухоль существенно отличается по своему течению от десмоида брюшной стенки. Ей присуща резко выраженная способность инфильтрировать окружающие ткани, нередко случаи распространения опухоли на сосуды и нервы. Заболевание поражает, как правило, мягкие ткани. Экстраабдоминальные десмоиды чаще возникают в области плеча, грудной стенки, спины, лопатки [1, 6]. Десмопластические фибромы костей встречаются крайне редко. Так, Р. Vuhm и соавт. [5] описали два случая поражения этой опухолью большеберцовой кости. По их данным, к 1996 г. в литературе представлено всего несколько десятков случаев поражения костей. Н.Н. Петровичев [3] описал случай десмоида бедренной кости. В книге С.Т. Зацепина «Сохранные операции при опухолях костей» [2] сообщается об операциях на предплечье у двух больных с рецидивами десмопластической фибромы. Хирургические вмешательства сопровождались резекцией костей предплечья. Наблюдения интересны, но ни в одном, ни в другом случае нет ни клинических, ни рентгенологических данных, которые могли бы свидетельствовать о поражении костей предплечья десмоидом, да автор и сам не указывает на это. Других публикаций о десмопластической фиброме костей мы в отечественной литературе не обнаружили. По данным Н.Н. Петровичева со ссылкой на работу Н.Г. Spjut, опубликованную в 1971 г., в литературе к тому времени было описано всего 6 случаев поражения бедренной кости.