

(22,3%), варусная трапециевидная (3,4%). Наиболее характерной для региона является вальгусная, варусная ромбовидная и прямая формы нижних конечностей, на долю которых приходится 2/3 всех наблюдений. Самая редко встречаемая – варусная трапециевидная форма ног (3,4%). Наибольшая длина нижних конечностей и всех их отделов свойственна девушкам с прямой с межбедренным просветом формой ног. Обхватные размеры бедра, голени и над лодыжками преобладают при вальгусной форме нижних конечностей по сравнению с другими вариантами. Вариабельность поперечных размеров не является формообразующим фактором индивидуальной изменчивости форм нижних конечностей. Выявлена зависимость анатомической формы свободных нижних конечностей от конституционального типа телосложения и групп физического развития. Практически при всех формах нижних конечностей чаще встречаются представительницы мегалосомной конституции и субатлетического соматотипа.

#### **МЕСТНЫЕ КОАГУЛОПАТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА, ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ**

Бабич И.И., Бойко А.С.

*Ростовский государственный  
медицинский университет,  
Ростов-на-Дону*

Несмотря на большое количество существующих на сегодняшний день теорий развития болезни Пертеса, наиболее полной и доказанной клинически и экспериментально следует считать сосудистую теорию – развитие асептического некроза вследствие нарушения кровообращения в проксимальном эпифизе бедра. Ведущим и, возможно, первичным фактором дисциркуляторных изменений является венозный застой в шейке и головке бедра, развивающийся в связи со снижением венозного оттока, о чем свидетельствует повышение внутрикостного давления в области шейки бедра с пораженной стороны на 20-37%.

В этой связи, с целью уточнения патогенеза данного синдрома, выполнялась электрокоагулограмма крови взятой при выполнении туннелизации шейки бедра. При этом было обнаружено снижение время свертываемости за счет первых двух фаз до одной-полутора минут. Характерно, что у всех пациентов как до операции, так и во время нее при взятии крови из периферической вены определялась нормокоагуляция. При выполнении развернутой биохимической коагулограммы крови, полученной из шейки бедра пациента и периферической вены, все параметры укладывались в возрастные значения нормы.

Таким образом, основным звеном в патогенезе локальной внутрикостной гипертензии при болезни Пертеса является венозный стаз с местным гиперкоагуляционным синдромом, что в конечном счете приводит к асептическому некрозу головки бедра.

Исходя из этого, на курсе детской хирургии ФПК РостГМУ разработан новый, патогенетически обоснованный способ оперативного лечения болезни Пертеса.

Во II и III стадиях процесса производится продольный разрез кожи длиной 2-3 см в проекции большого вертела по наружной поверхности верхней трети бедра. Обнажается подвертельная область бедренной кости. Сверлом формируется туннель в шейке бедра с перфорацией его ростковой пластины эпифиза. В образованный канал вводится полихлорвиниловый катетер с боковыми отверстиями. Через катетер вводится 2500 Ед гепарина. После чего периферический конец катетера заглушивается силиконовой пробкой и прячется под кожей в медиальной части разреза. Рана ушивается наглухо. В послеоперационном периоде ежедневно в течение 6-7 дней проводится чрезкожная пункция пробки катетера и промывание его физиологическим раствором, после чего вводится 0,5 мл гепарина на 1-2 мл физиологического раствора. Данная манипуляция позволяет стойко купировать процесс местной гиперкоагуляции и восстановить венозный отток, что подтверждается нормализацией внутрикостного давления на 4-5 сутки и восстановлением нормокоагуляции. На седьмые сутки снимается один шов в нижней части операционной раны, катетер удаляется зажимом. При этом из мягких тканей выделяется до 8-10 мл крови – опорожняется параоссальная гематома. Рана ушивается одним швом, который снимается на восьмые-девятые сутки после последней манипуляции.

Следует отметить, что способ технически прост и позволяет сократить сроки восстановления формы и структуры головки бедренной кости на 22,7% в среднем. Осложнений в раннем и позднем послеоперационном периодах не наблюдалось.

Все вышеуказанное позволяет рекомендовать данный способ для лечения болезни Пертеса на ранних стадиях при отсутствии подвывиха головки бедра.

#### **ПОСТСПЛЕНЭКТОМИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ У ДЕТЕЙ С КОМБИНИРОВАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ**

Бабич И.И., Матвеев О.Л.

*Ростовский государственный медицинский университет,  
Курс детской хирургии ФПК и ППС,  
Ростов-на-Дону*

В последние годы довольно резко возросло количество постспленэктомированных детей. При этом повреждения селезенки и печени стоят на первом месте среди травм органов брюшной полости.

Ургентные хирурги при комбинированном повреждении данных органов и массивном внутрибрюшном кровотечении ограничиваются, как правило, ушиванием раны печени спленэктомией. Спленэктомия при этом обусловлена ограничением времени, тяжелым состоянием ребенка, нестабильностью гемодинамики.

Постспленэктомический гипоспленизм, развивающийся после удаления селезенки, практически у всех больных сопровождается выраженной иммунодепрессией, механизм которой до настоящего времени до конца не изучен. В частности, недостаточной определена степень влияния селезенки на функцию