

сроков ООМ до 48 и 72 ч вызывало распространение дистрофических процессов в извитых проксимальных и дистальных канальцах 1-2-й зон, а в 3-4-й зонах нарастали явления вакуольной дистрофии, деструкции дистальных прямых канальцев и склероза интерстиция. Данные изменения препятствовали восстановлению структурного гомеостаза всех групп нефронов. Компенсаторными морфологические реакциями

можно считать усиленный фибриллогенез в 3-4-й зонах органа и снижение депонирующих свойств эндокринных клеток.

Таким образом, сенситивность клеточных адренорецепторов определяет специфичность адаптивных и компенсаторных гистохимических реакций разных типов нефронов, что необходимо учитывать при диагностике течения индивидуального морфогенеза почек.

УДК: 616.345.566-344.52:616.567-957.345-02  
© Чугуй Е.В., Воропаев В.Н., Мельник Д.Д., 2011

## СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ, УЧАСТВУЮЩИХ В ФОРМИРОВАНИИ КОНТРАКТУРЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ У ДЕТЕЙ Чугуй Е.В., Воропаев В.Н.,\* Мельник Д.Д.

НИИТО ДонНМУ им. М. Горького; ГОУ ВПО СибГМУРосздрава, Томск, Россия

Удлинение ахиллова сухожилия, как элемент оперативной техники, используется наиболее часто из всех хирургических манипуляций при коррекции врожденной косолапости (ВК). Но не редкой деформации стопы остается прочно фиксированной и не поддается коррекции без рассечения капсулярно-связочного аппарата по заднемедиальному краю стопы. Сопротивление для исправления врожденной деформации в различной степени выраженности оказывают, практически, все ткани стопы и голеностопного сустава.

**Цель работы.** Исследовать состояние тканей, участвующих в формировании контрактуры голеностопного сустава и стопы при ВК.

Нами проведено гистологическое исследование 30 сухожилий с фрагментами мышечной и капсулярно-связочной ткани, взятых при первичной ахиллопластике у детей в возрасте от 6 до 11 месяцев и 15 сухожилий при повторных оперативных коррекциях рецидивирующих форм врожденной косолапости. Среди характерных ахиллову сухожилию плотных волнистых эластических волокон были выявлены участки некроза и атрофии, которые являются следствием снижения микроциркуляции и трофических нарушений, как причины развития врожденной косолапости. Более выраженные признаки нарушения трофики отмечены после длительного гипостатического состояния большой конечности во время лечения в гипсовой повязке. Плотная оболочка сухожилия не имеет выраженных патологических изменений. Мышечные волокна, прилежащие к ахиллову сухожилию, также претерпевают дистрофические изменения: жировое перерождение и атрофию мышечных структур, что свидетельствует о снижении микроциркуляции и трофики тканей. В зависимости от возраста ребенка и длительности лечения в гипсовой повязке нарушения гистологической структуры мышечной ткани носят различный характер: от легкой и средней степени выраженности дистрофии до глубоких дистрофических изменений.

Патологические изменения капсулярно-

связочного аппарата деформированных стопы и голеностопного сустава имеют динамику определенного характера, коррелирующую с клиническими проявлениями ВК у детей первых месяцев жизни. Не зависимо от длительности лечения патологии гипсовыми повязками в данных структурах отмечается разнообразная гистологическая картина: от неравномерного утолщения коллагеновых волокон с отеком и разрыхлением тканей, до истончения грубых соединительнотканых структур и прорастанием их фибробластами. Ткань капсулярно-связочного аппарата голеностопного сустава представляет собой плотную ткань, трудно поддающуюся изменениям при консервативном лечении патологии в гипсовой повязке. В тоже время динамичная морфологическая картина данных образований свидетельствует об изменчивости структур с возможностью трансформации формы капсулярно-связочного аппарата.

**Выводы:** Лечение гипсовыми повязками при ВК всегда сопровождается возникновением или усугублением контрактуры и развитием атрофии зафиксированных тканей.

После перенесенного оперативного лечения ВК к врожденной патологии мягких тканей конечности присоединяются микротравмы и травмы, связанные с оперативной коррекцией деформации. Наличие грубых коллагеновых образований, характерных для рубцов, являются фактором, уходящим функцио любого сустава. Поэтому стремление к максимальному использованию всех видов консервативной коррекции ВК должно доминировать при оказании ортопедической помощи, которая должна заключаться в длительном восстановительном лечении, в комплексе с мероприятиями, направленными на улучшение трофики тканей и повышении их эластичности.

Снижение регионарного кровообращения, повышение функциональной лабильности микроциркуляции и ее недостаточность играют важную роль в прогрессировании ВК (в т.ч. в отставании роста конечности).