

* * *

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННОЙ
КОНТРАКТУРЫ СУХОЖИЛИЙ БОЛЬШИХ
ЯГОДИЧНЫХ МЫШЦ У ДЕТЕЙ****Нарходжаев Н.С., Жуматай А.О., Нематилла А.Е.,
Таубаев А.А., Бектаев Е.Т.**Акционерное общество «Южно-Казахстанская
медицинская академия», Шымкент, Республика Казахстан**Ключевые слова:** *дети; фиброз ягодичных мышц;
диагностика; хирургическое лечение***Актуальность.** Врождённая контрактура сухожилий
больших ягодичных мышц у детей — это редкое заболе-
вание характеризующееся появлением щёлкающего звука

в момент сгибания бедра в тазобедренном суставе с наружной ротацией и разведением, и повторением щёлканья при возвращении бедра в исходное положения, создавая ложное впечатление вывихивания и вправления головки бедренной кости. Врождённая контрактура сухожилий больших ягодичных мышц у детей описана также как фиброз ягодичных мышц, щёлкающее бедро, разгибательно-отводящая контрактура тазобедренного сустава. Феномен щёлканья можно объяснить дисплазией *tractus iliotibialis*, его фиброзированием и напряжением, что требует тщательной дифференциации с врождённым вывихом бедра. **Цель:** определить особенности хирургического лечения врождённой контрактуры сухожилий больших ягодичных мышц у детей.

Материалы и методы. Обследовано 23 больных с данной патологией в возрасте 2–13 лет за 2019–2024 гг. Родители детей подписывали форму добровольного информированного согласия на лечение. Большее число детей приходится на возраст 2–6 лет — 11 детей. Это объясняется тем, что диагностике данной патологии стали уделять большое внимание; затем в возрасте 7–10 лет — 8 и 11–13 лет — 4 больных.

Результаты. Среди прооперированных детей было 14 мальчиков, 9 девочек, односторонняя форма патологии была у 16, двусторонняя — у 7 детей. Всем больным проведено оперативное лечение в плановом порядке, под интубационным наркозом. В положении больного на боку по проекции большого вертела продольным или полуовальным разрезом обнажали широкую фасцию бедра, интраоперационно определяли зону щёлканья. В промежутке между *m. gluteus maximus* и *m. tensor fasciae latae* широкую фасцию пересекали, иссекали изменённую слизистую сумку большого вертела. При выраженном фиброзе и натяжения *tractus iliotibialis* по проекции большого вертела поперечно пересекали сухожилие *m. tensor fasciae latae*, проксимальный отдел препарировали и подшивали без натяжения к *m. gluteus maximus*, освобождая большой вертел. Затём производили контрольные движения в тазобедренном суставе для выявления щёлканья, при его отсутствии рану послойно зашивали. Нogu укладывали на шину Белера и фиксировали в положении умеренного отведения. Через 3–4 нед больные проходили курс лечения в отделении реабилитации. Рецидивов патологии не наблюдалось.

Заключение. Обязательное устранение всех элементов, включённых в патологический процесс, и адекватная реабилитация позволяют добиться хороших результатов и улучшить качество жизни детей.

* * *