

нии, имеют многолетний научно-практический опыт лечения больных методом Г. А. Илизарова (1976-1996 гг.).
Нами проанализированы отдаленные исходы лечения дефектов кости различной локализации и генеза у 157 пациентов.

Дефекты были как диафиза кости, так и ее суставного конца. Они варьировали от 2,0 до 24 см. Локализация - плечевая кость, кости предплечья, бедренная кость, большеберцовая кость. Генез дефектов - результат открытого перелома, хирургических вмешательств по поводу хронического посттравматического остеомиелита, резекция кости вместе с опухолью.

Использовались исключительно методики Г. А. Илизарова. Особое внимание уделялось изучению следующих вопросов. Первый - сроки замещения дефектов. Второй - какой сегмент удлинять для восстановления длины конечности. Третий - особенности регенерации кости при замещении дефекта.

В процессе выполнения исследования тактика замещения дефекта, возникшего в результате открытого перелома, претерпела значительные изменения. Если первоначально операцию первичной хирургической обработки раны мы завершали чрескостным остеосинтезом и остеотомией по Илизарову, то в последующем пересечение кости для удлинения стали делать не ранее 14 суток с момента травмы. Это время необходимо для купирования воспалительного процесса при самом оптимальном его течении, что, в свою очередь, значительно снижает риск гнойновоспалительных осложнений в местах введения спиц и остеотомий. Сходная тактика применена нами и для замещения дефекта кости после некрэквестврактотомии. Здесь операция по Илизарову также производилась вторым этапом. В отличие от этого, резекция диафиза или суставного конца кости по поводу опухоли всегда завершалась удлинением по методу Илизарова [Бодулин В.В., Хералова А.К., Воротников А.А., 1985, 1986, 1989, 1995].

При дефектах плечевой кости, костей предплечья, большеберцовой кости удлинялся всегда одноименный сегмент. На бедре, при дефектах дистального суставного конца кости, а также стойкой утрате функции коленного сустава и дефекте диафиза, удлинялась голень. Это позволило уменьшить число проводимых спиц на бедре, упростить комплектацию аппарата, активизировать пациента, снизить число осложнений.

При анализе рентгенологической картины регенерации в зоне удлинения не отмечено ее зависимости от локализации дефекта, его величины и генеза. Не отмечено каких-либо особенностей регенерации в месте контакта диафиза и метафиза кости при лечении дефектов суставных концов. В 95% получены хорошие и удовлетворительные исходы лечения, что говорит о эффективности метода.

**С. Божиновски, Д. Спасески, З. Битраков
(Македония)**

Возможности реконструкции в костно-суставной хирургии

Reconstruction possibilities in osteoarticular surgery

Несмотря на то, что идея компрессионно-дистракционного остеосинтеза возникла еще в прошлом веке, однако, из-за несовершенства средств фиксации, она не привлекла большого внимания хирургов. Разнообразные научные исследования, которые проводились в РНЦ "ВТО" под руководством профессора Г. А. Илизарова привели к открытию целого ряда новых биологических закономерностей и механизмов, связанных с регуляцией роста костей, мягких тканей, нервов и кровеносных сосудов и к пониманию систем управления и формообразовательных процессов тканей мезенхимального происхождения. Все это говорит о том, что создан не просто новый метод лечения больных в орто-

педии и травматологии, а речь идет о принципиально новом научном направлении, т.е. новой философии лечения врожденных и приобретенных аномалий, травмы и ее последствий.

В нашем учреждении за последние 12 лет мы применяем только часть методик профессора Г. А. Илизарова. Ретроспективный анализ результатов позволил определить большие пластические свойства тканей и подтвердить ряд общепризнанных закономерностей в реконструктивной хирургии.

Более 1000 операций в нашей клинике у около 850 пациентов дали нам возможность создать свою модель, т.е. систему для употребления определенного метода в клинической практике при реконструктивных вмешательствах на трубчатых костях. Такая система в своей основе содержит основные постулаты философии Илизарова, исключая всякую импровизацию. Индикационную область мы приспособили к нашим возможностям и знаниям. Это относится к следующему:

1. Удлинение трубчатых костей;
2. Коррекция трубчатых костей;
3. Несращение костей и ложные суставы;
4. Дефект костей любой этиологии;
5. Коррекция дефекта стопы.

Перспективы:

1. Реконструктивные вмешательства на тазобедренном суставе;
2. Реконструктивные операции кисти;
3. Спинальная травма и патология позвоночника.

Е. А. Бурматов, С. Н. Голубь (Курган)

Результаты оперативного удлинения верхних и нижних конечностей по материалам ортопедо-травматологического отделения больницы УВД Курганской области

Results of surgical elongation of upper and lower limbs by materials of the orthopaedic-and-traumatologic department of the Kurgan Regional UVD Hospital

Проанализированы результаты лечения в нашем отделении 74 человек с врожденными и приобретенными укорочениями верхних и нижних конечностей.

Укорочение конечностей явилось следствием различных заболеваний у 19 человек, повреждений - у 32 пациентов, врожденных аномалий развития - у 23 человек.

Возраст больных был от 5 до 60 лет. Мужчин было - 45, женщин - 29 человек.

Укорочение бедра наблюдалось - у 31, голени - у 38 человек, плеча - у 3, предплечья - у 2 человек.

Величина укорочений - от 2 до 16 см. Оперативные вмешательства во всех случаях и на всех сегментах производились под общим обезболиванием и, как правило, под внутривенным сбалансированным наркозом.

Удлинение бедра у 25 больных осуществлялось за счет остеотомии дистального конца, у 4 - проксимального. У двух больных бедро удлинялось за счет зоны ложного сустава.

Удлинение голени в подавляющем большинстве случаев осуществлялось за счет остеотомии берцовых костей по Илизарову.

Удлинение плеча в 2 случаях производилось биполярно за счет остеотомий на уровне верхней трети и нижней трети плеча, в 1 случае - за счет остеотомии в нижней трети с одновременным устранением вальгусной деформации локтевого сустава.

Удлинение предплечий в обоих случаях производилось за счет остеотомии костей в 1/3 с одновременным устранением лучевой косорукости.

Темп удлинения - 1 мм в сутки, ритм удлинения - 0,25 мм x 4 раза в сутки. Удлинение начинали на 5-7 сутки после операции.