

Сроки удлинения зависели от величины укорочения и составляли от 22-148 дней. Сроки стабильной фиксации аппаратом после окончания удлинения составили 18-102 дня. Все, имевшие место осложнения, за исключением 2 случаев замедленной консолидации в зоне псевдоартроза и 1 случая неврита бедренного нерва, были ликвидированы в процессе лечения без дополнительных оперативных вмешательств и не повлияли на результаты лечения.

В 2-х случаях после снятия аппарата наступила трансформация регенерата с частичной потерей длины от 1 до 2,5 см и угловой деформацией до 10-15°. Возникшее при этом укорочение компенсируется обувью.

Во всех остальных случаях, помимо полного восстановления длины сегмента, устранены контрактуры и деформации суставов, достигнуто сращение псевдоартрозов, санация гнойных осложнений, восстановлена или улучшена опороспособность конечностей.

Все больные отмечают улучшение анатомического и функционального состояния оперированных конечностей.

Таким образом, метод удлинения конечностей, разработанный в РНЦ "ВТО" под руководством Г. А. Илизарова позволяет получить хорошие анатомические и функциональные результаты.

Специфические осложнения при удлинении конечностей не появляются внезапно, их можно предвидеть, а, следовательно, и своевременно предупредить.

**В. И. Веденов, В. Б. Гурьев, Т. А. Морозова
(Кострома)**

**Возможности аппарата Илизарова для
реконструктивных операций рецидивных форм
врожденной косолапости**

**Possibilities of the Ilizarov apparatus for reconstructive
surgeries of congenital recurrent club-foot**

Костромскому детскому ортопедическому отделению исполняется 35 лет. Мы начинаем лечение врожденной косолапости часто с момента рождения консервативно и своевременно оперируем до начала ходьбы. Однако получили 37% рецидива деформации стоп, что повышает актуальность данной проблемы.

С 1976 года при оперативном лечении рецидива косолапости и других деформаций стоп используем аппарат Илизарова. Выполнено 86 операций у 72 больных в возрасте от 10 месяцев до 22 лет. Двусторонняя косолапость была у 45 и односторонняя - у 27 пациентов. До трехлетнего возраста оперировано 20 человек, от 3 до 7 лет - 30, старше - 22 больных.

Причины рецидива косолапости делим на две группы: 1. Анатомические и медицинские: артрогрипоз, параличи, амниотические перетяжки, нарушения консервативного лечения и оперативной техники - 34 человека. 2. Социальные причины: позднее обращение, перерывы в лечении, ранний отказ от ортопедической обуви из-за ее низкого качества - 38 больных.

Методика устранения всех компонентов косолапости сложна для освоения, т.к. в заводских комплектах нет некоторых удобных деталей для монтажа, а стандартные кольца мало пригодны для самых маленьких пациентов. Пришлось кустарно изготавливать облегченные аппараты из текстолита и титана.

Особенностью методики считаем точное проведение спицы с напайкой через плюсневые кости из пятой в первую и через таранную кость для профилактики вывиха последней. С целью предупреждения вывиха пальцев используем не только матерчатые гамачки, но и фиксацию первого пальца спицей трансартикулярно. У больных старше пяти лет с тяжелой деформацией 29 раз применена шарнирная остеотомия костей стопы по Илизарову. Этот прием позволяет

значительно увеличить длину стопы за счет разворота или выращивания клиновидного регенерата. Полные шарнирные узлы аппарата дают возможность постепенно устранять все элементы деформации без перемонтажа. Облегченные аппараты монтируем так, чтобы дети могли наступать на оперированные ноги даже при двусторонней операции, выполненной одновременно. Помогают специальные подстоппники из толстого упругого поролон.

Обучение ходьбе по разработанной нами методике. До операции приучаем маленьких детей пользоваться костылями или ходунками. После операции стремимся поставить больного возможно рано с частичной опорой на оперированную ногу в период применения обезболивающих препаратов. Коррекцию начинаем с 7 дня. Темп distraction рассчитывается по специальной формуле и зависит от угла деформации и величины колец. Часто скорость distraction снижаем из-за натяжения кожи при старых рубцах. Общий срок лечения аппаратом зависит от индивидуальных особенностей пациентов и колеблется от 1,5 до 3,5 месяцев. После снятия аппарата заказывается ортопедическая обувь, до изготовления которой дети носят гипсовые сапожки.

Осложнения были связаны: с нагноением в зоне проведения спиц - 24 наблюдения (27,2%). У трех из них пришлось снять аппарат преждевременно и отложить лечение. В трех наблюдениях был поверхностный некроз кожи в зоне старого послеоперационного рубца. У трех был подвывих первого пальца.

Отдаленные результаты изучаются постоянно и известны у 51 пациента. Сроки наблюдения от 3 до 16 лет. Отличных результатов не было. Хорошо - 33, удовлетворительно - 12 и 6 плохих результатов, то есть - повторный рецидив. Все они оперированы повторно.

Лечение рецидива врожденной косолапости аппаратом Илизарова следует считать методом выбора.

Х. З. Гафаров, И. Ф. Ахтямов (Казань)

**Анализ результатов лечения осложненных форм
врожденного вывиха бедра методом Илизарова**

**Analysis of results of treatment of complicated congenital
dislocation of the hip by the Ilizarov method**

Активное внедрение способов лечения заболеваний тазобедренного сустава аппаратом Илизарова позволило в значительной мере снизить частоту неудовлетворительных результатов. Особая ценность этого метода заключается в возможности постепенной коррекции элементов сустава, снижении риска операционных ошибок, активном послеоперационном ведении больных и облегчении ухода за ними. Это облегчает возможность восстановления нормальных биомеханических параметров бедра, а впоследствии, при необходимости, и эндопротезирование сустава.

В отделении патологии конечностей у детей Научно-исследовательского центра Татарстана "Восстановительная травматология и ортопедия" наблюдались 220 больных в возрасте от трех до шестнадцати лет, оперированных по поводу врожденного вывиха бедра. Среди них было 183 девочки и 37 мальчиков. Подвывих бедра был обнаружен в 125 суставах из 275 прооперированных. Двусторонняя патология выявлена у 55 больных, дисплазия различной выраженности левого тазобедренного сустава - у 92, правого - у 73.

С учетом формы ВВБ, дегенеративно-дистрофического поражения суставов, возраста больного и сопутствующих осложнений разработана система оперативных вмешательств, направленных на восстановление опороспособности и биомеханики в суставе. Основными требованиями были: малая травматичность, сохранность хрящевого покрова и кровоснабжения суставных элементов.

Детям старше трехлетнего возраста (как и в более раннем возрасте) мы проводили открытое вправление в сочетании с