

- 8, предплечья - 5 человек.

Предоперационная подготовка включала в себя: обзорную рентгенографию пораженного сегмента, напряженную фистулографию, бактериологическое исследование отделяемого из ран и свищей с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам, коррекцию основных показателей гомеостаза организма.

Применялись следующие оперативные вмешательства: одномоментная секвестрнекрэктомиа с использованием компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Илизарову с обычной продольной компрессией отломков; в случаях ложных суставов с деформацией применяли комбинированный компрессионно-дистракционный остеосинтез с использованием шарнирных устройств и постепенной дистракцией со стороны угла деформации. При наличии язв и дефектов кожи сначала восстанавливали кожный покров различными методами (стеблем Филатова, по Тычинкиной, дермотензией, свободными расщепленными лоскутами), а затем производили хирургическое вмешательство на гнойном очаге с одновременным остеосинтезом по Илизарову. Одномоментная операция с использованием остеосинтеза по Илизарову произведена у 12 больных, двухэтапное оперативное вмешательство выполнено у 16 человек. Величина дефектов трубчатых костей до 5 см имела у 21 больного, от 6 до 10 см - у 11, более 11 см - у 5 человек. При дефектах до 4 см применяли компрессионно-дистракционный остеосинтез со встречной компрессией, либо конец одного отломка внедряли в другой или соединяли отломки по типу "русского" замка со встречно-боковой компрессией. При больших дефектах применяли би- или полилокальный остеосинтез. Остеотомия производилась в поперечном направлении пилой Джильи, а не долотом. Каких-либо изменений роста костного регенерата и сроков его перестройки при этом не наблюдали. Перемещение фрагмента начинали на 7-10 сутки с обычной скоростью дистракции 1 мм в сутки, дробно по 0,25 мм 4 раза в день. Продолжительность дистракции и фиксации в аппарате определялась величиной дефекта и составляла 12-16 месяцев. Консолидация отломков, исправление деформации и замещение дефектов со стиханием остеомиелитического процесса получены у 45 больных. Сращение не получено у 4-х больных, что потребовало повторной операции. У 16 пациентов наблюдали нагноение спицевых ран, которое купировалось применением антибиотиков, в редких случаях спицы удалялись и проводились вновь. В 4-х случаях отмечалось прорезание дистракционных спиц. В одном случае в результате увеличения скорости дистракции (по вине больного) произошел разрыв регенерата.

**И. А. Норкин, А. Ш. Дауров, Н. Х. Бахтеева  
(Саратов)**

#### Хирургическое лечение детей с болезнью Пертеса Surgical treatment of children with Perthes disease

Остеохондропатия головки бедренной кости является одной из наиболее распространенных ортопедических патологий у детей и наблюдается в 2,5% случаев от общего числа дегенеративно-дистрофических поражений опорно-двигательного аппарата. При этом имеется тенденция роста данной нозологии в структуре ортопедических заболеваний. В связи с трудностью ранней диагностики и относительно малой эффективностью как консервативных, так и хирургических методов лечения, болезнь Легг-Кальве-Пертеса до настоящего времени является актуальной проблемой ортопедии.

В отделении детской ортопедии Саратовского НИИ травматологии и ортопедии проведен анализ результатов хирургического лечения 80 детей с болезнью Легг-Кальве-Пертеса. Возраст пациентов от 4 до 14 лет. Срок наблюдения соста-

вил от 1 года до 8 лет. У 25 больных использовалась корригирующе-медиализирующе-межвертельная остеотомия бедренной кости, у 55 детей - биостимуляция костным аллоили аутоотрансплантатом на питающей мышечно-сосудистой ножке в различных модификациях. Всем пациентам, независимо от характера выполненного хирургического вмешательства, проводилась туннелизация шейки бедренной кости. В послеоперационном периоде все дети получали общепринятое консервативное лечение (разгрузка сустава, физио-функциональные процедуры, медикаментозная терапия). Для объективизации оценки полученных результатов больным проводились клинично-рентгенологические, включая компьютерную томографию, биомеханические, реографические, тепловизионные методы исследования. На основании полученных данных мы пришли к выводу, что лучшие результаты имели больные, которым проводилась корригирующе-медиализирующая остеотомия бедра. Эффективность ее, по-видимому, связана не только с коррекцией нарушенной пространственной ориентации проксимального конца бедренной кости, но и с тем, что при этом идет образование костной мозоли, которое сопровождается активизацией репаративной деятельности в этом сегменте конечности, в том числе и увеличением количества и диаметра сосудов.

С целью улучшения результатов лечения данной категории больных нами предложено хирургическое вмешательство, заключающееся в улучшении кровоснабжения проксимального отдела бедренной кости путем создания раздражения и активизации репаративных процессов. При этом используется образование костной мозоли, которая подвергается определенному воздействию.

Предложенный метод улучшения кровоснабжения проксимального конца бедренной кости основывается на концепции Г. А. Илизарова о напряжении растяжения тканей, возбуждающего в них активные пролиферативные процессы, ведущие к органогенезу. При этом процессы костеобразования в дистракционном регенерате, сопровождаются резким улучшением регионарной сосудистой сети, т.е. предложенный метод является патогенетическим.

Методика операции. В подвертельной области путем кортикотомии (аналогично методике Г. А. Илизарова и Ф. Н. Зусмановича при лечении больных с хронической ишемией при окклюзионных заболеваниях артерий нижних конечностей) создается отщеп длиной 4-5 см и шириной, равной диаметру бедренной кости, который в последующем подвергается воздействию в виде попеременной дистракции и компрессии. Воздействие осуществляется с помощью простейшего стержневого аппарата, состоящего из четырех стержней-шуропов и наружной пластины. Два стержня-шуропов проводятся в основную кость через один кортикальный слой. Снаружи на все четыре стержня монтируется пластина с помощью гаек. С 4-5 дня после операции начинается проведение попеременной дистракции и компрессии отщепа. Воздействие продолжается в течение 20-25 дней и заканчивается компрессией отщепа приблизительно до исходного уровня. Период фиксации осуществляется до наступления сращения отщепа с основной костью, после чего конструкция удаляется без дополнительной операции. Анализ ближайших результатов использования данного способа позволяет сделать вывод о его преимуществе перед ранее применяемыми. Патогенетичность метода, основанная на концепции Г. А. Илизарова и доказанная самыми современными методами исследования, дает возможность значительно сократить сроки лечения детей с болезнью Легг-Кальве-Пертеса, получая при этом более благоприятные результаты, что имеет важное медицинское и социально-экономическое значение.