

ванный линией, соединяющей центры головки и основания шейки бедра и вертикальной линией, проведенной через центр основания шейки.

Найденные закономерности разложения физических сил, действующих на головку бедра, отраженные в данной работе, дают возможность точного биомеханического вычисления отведения (вальгизации) проксимального отдела бедренной кости и степени медиализации дистального отломка при осуществлении межвертельной коррегирующей остеотомии в практике лечения идиопатического деформирующего коксартроза. Становится возможным определение начальных стадий коксартроза путем выявления объективных биомеханических предпосылок.

**В. И. Устьянцев, А. И. Голоденко, Ю. В. Бородихин (Барнаул)**

**Реконструктивные операции проксимального конца бедренной кости по Г. А. Илизарову в системе лечения деформирующих коксартрозов**

**Reconstructive surgeries of proximal femoral end according to G.A.Ilizarov for treatment of deforming coxarthroses**

В работе проведен анализ лечения 306 больных с деформирующим артрозом тазобедренного сустава, лечившихся в Алтайской краевой травматолого-ортопедической больнице. Из них лиц мужского пола - 145, женского - 161.

Из всего многообразия существующих способов лечения деформирующих коксартрозов в практике АКТОБ использовались различного рода межвертельные остеотомии проксимального отдела бедренной кости, реконструкция по Г. А. Илизарову с медиализацией дистального отломка остеотомированной кости (на 1/3, 2/3 или полный диаметр кости).

Одновременно устранялось порочное положение конечности. Лечебный эффект вышеуказанных остеотомий, по нашим данным и данным литературы, получается в результате:

1. Денервации проксимального конца бедренной кости;
2. Улучшения регионарного кровообращения (в зоне остеотомии кровотоки увеличивается в 5-7 раз, через 2-2,5 месяца кровотоки нормализуются);
3. В результате реконструктивных остеотомий проксимального конца бедренной кости наступает улучшение биомеханики сустава, происходит разгрузка верхне-наружного квадранта головки мыщц, увеличивается площадь опорной поверхности, что особенно важно при вторичных коксартрозах. Коррекция деформации дает восстановление правильной оси конечности, ее длины, улучшает конгруэнтность суставной поверхности.

При дегенеративно-дистрофических процессах в тазобедренном суставе I или I-2 стадии стойкие, хорошие результаты дает применение методики пролонгированной регионарной гиперваскуляризации, направленной на максимальное возможное продление периода повышенного регионарного кровообращения в проксимальной части бедренной кости.

Суть методики в формировании дистракционного регенерата межвертельной области длиной 1,5-2 см с последующей его компактизацией.

Остеотомии осуществлялись через кожный разрез 2-2,5 см, без обнажения кости. Схема и методики остеосинтеза типичны, общепринятые. Нагрузка на оперированную конечность осуществлялась дозированно. Величина, на которую надо увеличивать силу раздражения, всегда составляет определенную часть исходной величины (в данном случае исходная величина - это вес больного).

Для проксимального отдела бедра, в частности, головки бедра и тазобедренного сустава, порог раздражения колебался от 17 до 48 процентов (M -32,2%, -10,1%), приблизительно 1/4 веса больного.

Средний срок фиксации аппаратом составил 39 дней, нагрузка сустава сохранялась на протяжении 4-6 месяцев. Оценка результатов лечения проводилась по совокупности следующих признаков:

1. Купирование болевого синдрома (ведущий симптом, исчезновение которого всеми авторами расценивается как положительный результат лечения);
2. Увеличение или сохранение объема движений в суставе;
3. R-логическая картина дегенеративно-дистрофического процесса в суставе;
4. Субъективная оценка самого больного.

В таблице 1 приведены сводные данные результатов лечения 206 больных. Сроки наблюдения от 2 до 8 лет.

Неудовлетворительные результаты лечения (30,5%) при 3 стадии заболевания связаны, прежде всего, с выраженностью дегенеративно-дистрофического процесса в суставе, когда на прогрессирование деструктивного процесса уже невозможно повлиять коррегирующими операциями.

Это обстоятельство диктует необходимость внедрения в практику лечения коксартрозов дополнительных современных методов лечения, таких, например, как эндопротезирование.

Таблица 1

Отдаленные результаты реконструктивных остеотомий бедренной кости по Г. А. Илизарову при деформирующих коксартрозах

	Хорошо	Удовлетворительно	Без перемен
1 стадия	15 чел.- 71,4%	3 чел. - 14,3%	3 чел. - 14,3%
2 стадия	56 чел.- 56%	24 чел. - 24%	20 чел. - 20%
3 стадия	23 чел.- 27%	22 чел. - 26%	40 чел. - 47%
4 стадия	94 чел.- 46%	49 чел.- 23,5%	63 чел. - 30,5%

Оперативное лечение начальных форм коксартроза весьма эффективно по методике профессора Г. А. Илизарова и дает положительный результат лечения, по нашим данным, в 69,5% случаев.

**Д. И. Фаддеев (Смоленск)**

**Чрескостный остеосинтез по Илизарову в лечении врожденных и приобретенных укорочений, деформаций и дефектов длинных трубчатых костей нижних конечностей**

**Transosseous osteosynthesis according to Ilizarov in treatment of congenital and acquired shortenings, deformities and defects of long tubular bones of lower limbs**

Сообщение основано на опыте лечения 72 больных в возрасте от 5,5 до 58 лет с врожденными и приобретенными укорочениями (48), в том числе сопровождающимися деформациями (10) нижних конечностей, а также посттравматическими дефектами большеберцовой (20) и бедренной (4) костей, протяженностью от 5 до 24 см методом чрескостного остеосинтеза по Илизарову.

Первую группу составили 48 больных с укорочениями и деформациями. Удлинение голени и бедра от 4 до 5 см произведено 13, от 5 до 10 см - 21, от 10 до 15 см - 18, от 15 до 20 см - 1, свыше 20 см - 2 больным. Всего чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова с удлиняющей остеотомией по поводу укорочений и деформаций произведен на 51 сегменте: голени (32), бедре (24), бедре и голени (1). Кроме того, произведено еще 4 удлиняюще-коррегирующих остеотомии в аппарате: этапные - бедра (3) и повторная - голени (1). Все остеотомии производились лишь после наложения аппарата Илизарова с точной центрацией и прочной фиксацией удлиняемой кости из небольшого (позволяющего лишь ввести долото) разреза, т.е. с соблюдением методик Г. А. Илизарова. Начало дистракции через 1 неделю - при остеотомии в метафизарной и через 1,5-2 недели - в диафизарной