

области по 1/4 оборота 4 раза в день. При правильной оси предпочтение отдавалось косой (52%) или поперечной (18%), при выраженной деформации - шарнирной (30%) остеотомии. Все раны зажили первичным натяжением. При удлинении голени больные начинали ходить на 3, бедра - на 5-6 сутки после операции. Полная нагрузка на ногу достигалась к 1-1,5 месяцам. Это позволило большинству оперированных значительный период лечения проводить в амбулаторных условиях. Послеоперационные осложнения отмечены у 18,7% (9) оперированных. Все они не повлияли на благоприятный результат лечения, закончившегося у всех 48 больных восстановлением длины конечности.

Вторую группу составили 24 пострадавших с посттравматическими дефектами большеберцовой (20) и бедренной (4) костей после открытых переломов вследствие утраты костного вещества в момент травмы (5), либо остеонекротизма при посттравматическом остеомиелите (19). Замещены дефекты протяженностью от 5 до 24 см методом чрескостного дистракционного остеосинтеза с остеотомией одного (у 22) или двух (у 2) фрагментов кости, произведенной в поперечном направлении из небольшого разреза.

Начало дистракции по 1/4 оборота 4 раза в сутки через 2 недели после операции. Все раны зажили первичным натяжением. Нагрузка на ногу в аппарате через 1-2 недели с доведением до полной к 1-1,5 мес. после операции. Сращение без обнажения концов отломков достигнуто у большинства (19 или 79,2%) больных и лишь у 5 потребовалось их обнажение из-за рубцов, препятствовавших точному сопоставлению и контакту (3), секвестра на стыке отломков (1) и перелома в месте их сращения после снятия аппарата (1). Осложнения возникли у 7 (29,1%) больных, перенесших остеомиелит и были связаны, в основном (у 5), с обострением инфекции. Лишь у 2 они заключались в разрыве регенерата большеберцовой кости после резко сброшенной дистракции (1) и переломе на стыке сросшейся культи бедра с большеберцовой костью после экзартикуляции 24 см дистальной его половины при остеомиелите с замещением дефекта по Илизарову при падении сразу после снятия аппарата (1). Ампутация через 3 года после травмы (открытый IV тип по Каплану-Марковой перелом голени с остеонекротизмом 18 см и замещением дефекта по Илизарову) произведена в связи с развившейся слоновостью конечности, делающей ее неработоспособной.

Положительные результаты у всех (кроме одного с ампутацией) свидетельствуют о высокой эффективности несвободной костной пластики по Илизарову при укорочениях, деформациях и посттравматических дефектах длинных трубчатых костей и необходимости ее широкого внедрения в лечебные учреждения Смоленской области. Особенно важным является ее внедрение в детском ортопедическом отделении с целью своевременной ликвидации укорочений для предупреждения вторичных деформаций скелета.

В. И. Шевцов, И. А. Атманский (Курган)

Реконструктивные операции у больных с фиксированной порочной установкой в тазобедренном суставе

Reconstructive surgeries in patients with fixed improper position of the hip

Традиционные способы лечения больных с анкилозом тазобедренного сустава в порочном положении, предусматривающие над-, под- и чрезвертельные корригирующие остеотомии, не устраняют полностью весь симптомокомплекс этого заболевания. Разработанные в РНЦ "ВТО" им. акад. Г. А. Илизарова методики реконструктивных операций на основе управляемого чрескостного остеосинтеза позволяют не только устранить порочное положение бедра, но восстановить длину и биомеханическую ось конечности с получением хорошего функционального и косметического результата.

Методики оперативных вмешательств при данной патологии предусматривают выполнение двойной остеотомии бедренной кости с фиксацией фрагментов аппаратом Илизарова. Проксимальная остеотомия (межвертельная или чрезвертельная) выполняется для устранения порочного положения бедра. Дистальная остеотомия производится на протяжении диафиза бедренной кости для нормализации биомеханической оси конечности в функционально-выгодном положении и удлинения до равной длины ног путём дозированной дистракции по стержням аппарата Илизарова.

Нами изучен опыт лечения 28-ми больных. Из них 5-ти больным с костным анкилозом тазобедренного сустава в порочном положении, укорочением и вальгусной деформацией коленного сустава произведена межвертельная корригирующая остеотомия с выведением конечности в функционально-выгодное положение и кортикотомия в нижней трети для коррекции биомеханической оси и удлинения. У трёх больных в дополнение к описанному выше оперативному вмешательству произведена корригирующая остеотомия костей голени и удлинение до анатомически равной длины. Восемнадцать больным, у которых наряду с укорочением, порочной установкой конечности, вальгусной деформацией коленного сустава имелся болевой синдром в области тазобедренного сустава, была выполнена меж(чрез)вертельная остеотомия со сдвигом проксимального конца бедренной кости под нижний край вертлужной впадины для ускорения полного замыкания сустава и формирования стабильного костного анкилоза с восстановлением межбедренного пространства. Для коррекции оси и удлинения остеотомии производили на границе верхней и средней трети бедра. Двум больным для нормализации биомеханической оси, восстановления длины конечности произведена дополнительно коррекция оси и удлинение голени.

Во всех случаях ликвидирован болевой синдром, конечности придавалось функционально-выгодное положение, выравнена длина ног, устранён перекос таза, восстановлена опороспособность конечности. Движения в дистальных суставах сохранены полностью. Трудоспособность восстановлена. Результатом лечения больные довольны.

Таким образом, разработанные и применяемые нами методики лечения больных с фиксированной порочной установкой в тазобедренном суставе позволяют в один этап лечения осуществлять полноценную их реабилитацию. Преимущество данных операций особенно очевидно у лиц женского пола: восстановление межбедренного пространства не только улучшает функционально-динамические возможности конечности, способствует правильной установке туловища, но и учитывает особенности генитальных и других физиологических отклонений, улучшает косметические контуры тела.

В. И. Шевцов, Е. М. Ермак (Курган)

Ультрасонографические критерии активности остеогенеза при дистракционном остеосинтезе по Илизарову

Ultrasonographic criteria of osteogenesis activity in distraction osteosynthesis according to Ilizarov

В последние годы в арсенал способов диагностики состояния регенерата активно входит ультрасонография. Применение этого метода дает объективную информацию о структуре регенерата и в значительной мере решает проблему радиационной безопасности пациента.

Цель работы состояла в разработке ультрасонографических критериев активности остеогенеза. Ультрасонографическое исследование роста костного регенерата верхней трети большеберцовой кости проведено у 75 больных в процессе одновременного удлинения голени и бедра. Возраст больных составил от 7 до 16 лет. Для удлинения применялась щадящая методика частичной кортикотомии после предва-