

тикотомии бедренной кости на соответствующем уровне: при отсутствии сопутствующей вальгусной деформации коленного сустава - на границе верхней и средней трети, при наличии - в нижней трети.

Сроки последующей фиксации аппаратом зависели от величины удлинения бедренной кости и составили в области корригирующей остеотомии - $50,1 \pm 4,9$ дней, при удлинении на границе верхней и средней трети бедренной кости - $71,5 \pm 6,8$ дня, в нижней трети бедра - $59,6 \pm 4,9$.

Аппарат демонтировали после наступления консолидации между фрагментами бедренной кости. После снятия аппарата 73,6% больных в течение 1-1,5 месяцев перешли к полной нагрузке на оперированную конечность.

Таким образом, метод чрескостного остеосинтеза обладает несомненными преимуществами при лечении больных с соха вага и позволяет комплексно решать поставленные лечебные задачи.

**В. И. Шевцов, Н. М. Ключин, А. М. Аранович,
В. И. Шляхов (Курган)**

**Метод управляемого чрескостного остеосинтеза в
лечении больных с хроническим остеомиелитом**

**The method of controlled transosseous osteosynthesis for
treatment of patients with chronic osteomyelitis**

Лечение больных с хроническим остеомиелитом до настоящего времени является одной из актуальных задач клинической медицины. Достаточно сказать, что анализ результатов лечения данного заболевания, проведенного по общепринятым методам, свидетельствует о 22-35 % случаев неудовлетворительных исходов. Причиной этого, на наш взгляд, является невозможность создания и поддержания в тканях пораженного сегмента достаточной терапевтической концентрации используемых антибактериальных препаратов в силу выраженной ишемизации очага, на фоне резкой аллержизации населения и резистентности к антибиотиками основных штаммов гноеродной микрофлоры.

Метод управляемого чрескостного остеосинтеза позволил с новых позиций подойти к решению проблемы лечения хронического остеомиелита. Их принципиальное отличие заключается в том, что подавление гнойно-воспалительных явлений в тканях пораженного сегмента идет не за счет использования антимикробных препаратов, а в результате действия сил напряжения, возбуждающих и поддерживающих повышенную бактерицидную активность тканей. В основе механизма повышения естественной бактерицидной активности тканей лежит усиление интенсивности тканевого гидролиза, приводящего к перенасыщению их атомарным кислородом на фоне оптимизации регионарного артериального русла. Одновременно это позволяет объединить в один этап решение задач устранения ортопедической патологии и купирования гнойно-воспалительного процесса.

Характер решения репаративных процессов при использовании методик управляемого чрескостного остеосинтеза неразрывно связан с динамикой показателей систем гомеостаза. Анализ изменений этих показателей позволяет не только соответствующим образом строить тактику лечебного процесса и вносить в нее, при необходимости, коррективы, но и свидетельствует о достаточной, либо недостаточной для каждого конкретного пациента продолжительности действия сил напряжения, как источника подавления гнойно-воспалительных явлений. Иными словами, это позволяет делать обоснованный вывод о полном подавлении последних, исключая рецидивирование заболевания.

Необходимость поддержания в тканях пораженного сегмента в течение определенного времени условий напряжения обусловило и применение трех основных групп методик остеосинтеза: монолокального, биллокального остеосинтеза и методик остеосинтеза с использованием костнопластических приемов. Показания к использованию кон-

кретных методик строятся на основе рабочей классификации хронического остеомиелита с учетом его проявлений в каждом клиническом наблюдении. При этом, конкретные методики лечения предусматривают выполнение определенной техники оперативного вмешательства, включая: формирование костных фрагментов для дозированного замещения дефектов кости, различных видов отщепов для закрытия остеомиелитических полостей, приемы обработки последних, а также прилежащих участков кости и окружающих тканей. Аналогичным образом тактика послеоперационного ведения предусматривает использование различных темпов distraction и компрессии, их смену и сочетание, переход от одного этапа остеосинтеза к другому. В совокупности это обеспечивает индивидуализацию лечебного процесса в самых широких пределах.

Разработанная технология лечения больных хроническим остеомиелитом использована нами более чем в 2500 случаях. Большинство пациентов (92,1%) составили лица трудоспособного возраста, при этом 53,2% из них были инвалидами первой и второй группы. Локализация хронического очага гнойного воспаления была на: голени - 58,1%, бедре - 29,5%, плече - 7,2%, предплечье - 1,1%, полисегментарная - 4,1%.

Дифференцированное применение методик чрескостного остеосинтеза и комплексный контроль за динамикой клинико-лабораторных показателей обеспечивает получение конечного положительного исхода восстановительного лечения в 97,6% случаев в условиях со строго ограниченным применением антибиотиков.

**В. И. Шевцов, В. М. Куртов, В. И. Тропин,
Т. Ю. Карасева (Курган)**

**Лечение детей и подростков с остеохондропатией
тазобедренного сустава**

**Treatment of children and adolescents with
osteochondropathy of the hip**

Остеохондропатия тазобедренного сустава в настоящее время привлекает все большее внимание отечественных и зарубежных специалистов не только из-за увеличения ее частоты, но и из-за неудовлетворенности результатами лечения. Особую сложность для лечения представляют пациенты с двусторонним поражением.

Одним из ведущих факторов, влияющих на успех лечения, является своевременная диагностика и квалифицированное лечение в начальной стадии заболевания. Несвоевременно начатое лечение данной категории больных сопряжено с резким усложнением и повышением травматичности оперативных вмешательств, при снижении их эффективности. Применяемые же консервативные методы лечения в запущенных стадиях заболевания, несмотря на длительный постельный режим, в большинстве случаев не позволяют восстановить форму головки бедренной кости и правильные взаимоотношения в тазобедренном суставе.

В РНЦ "ВТО" им. академика Г. А. Илизарова разработаны и успешно применяются методики лечения детей и подростков с остеохондропатией тазобедренного сустава, предусматривающие создание управляемой декомпрессии сустава в сочетании с активной функциональной нагрузкой на конечность, что позволяет не только купировать процессы разрушения головки бедра, но и восстановить ее естественную форму и структуру. Малая травматичность и надежная фиксация подвздошной и бедренной костей аппаратом Илизарова позволяют рано активизировать больных и создают оптимальные условия для полноценного восстановления тазобедренного сустава. Варианты методик зависят от стадии заболевания и степени выраженности наступивших патологических изменений тазобедренного сустава. Так, при лечении пациентов в стадии остеонекроза и импрессионного перелома головки бедра предусматривается дополнительно