

к аппаратной декомпрессии тазобедренного сустава осуществлять стимуляцию репаративного остеогенеза в шейке и головке внутрикостными механическими стимуляторами. В стадии фрагментации и кистозно-склеротической перестройки шейки и головки бедренной кости методика предусматривает дренирование патологических очагов остеонекроза с одновременным дозированным их заполнением костным регенератом. Использование аппаратной декомпрессии тазобедренного сустава в сочетании с корригирующей остеотомией бедренной кости показано при лечении пациентов, исходно имеющих необратимые вторичные деформации головки, шейки бедренной кости с грубым нарушением взаимоотношений в тазобедренном суставе.

Приведенные методики использованы при лечении 47 пациентов в возрасте от 4 до 15 лет. Мальчиков было 38, девочек - 9. Одностороннее поражение - у 28 пациентов, двустороннее - у 19. У больных с двусторонней патологией одновременно с аппаратным лечением наиболее пораженного сустава проводилось консервативное лечение контрлатерального сустава. При этом отмечено, что активизация восстановительных процессов на стороне аппаратного лечения приводила к выраженному ускорению восстановления другого сустава.

Средние сроки аппаратного лечения составили от 2,5 до 3,5 месяцев и зависели как от степени поражения и индивидуальных особенностей восстановления тазобедренного сустава, так и от адекватности стадии заболевания варианту использованной методики.

После снятия аппарата больным разрешалась постепенно возрастающая нагрузка на конечность. Общий срок лечения, с учетом ходьбы с полной нагрузкой на нижние конечности, составил 1-1,5 года.

Результаты лечения прослежены от 1 года до 8 лет. У пациентов, пролеченных в стадии остеонекроза и импрессионного перелома головки, а также в стадии фрагментации и кистозно-склеротической перестройки шейки и головки бедренной кости получены отличные и хорошие результаты. У пациентов, исходно имевших вторичные деформации вертлужной впадины, головки, шейки бедра и грубые необратимые изменения взаимоотношений в тазобедренном суставе, получены хорошие и удовлетворительные результаты. Неудовлетворительных результатов лечения не было.

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов лечения свидетельствует о высокой эффективности предлагаемых методик при лечении больных с одно- и двусторонней остеохондропатией тазобедренного сустава.

**В. И. Шевцов, Л. М. Куфтырев,
К.Э.Пожарищенский, Д.Ю.Борзунов,
Г.В.Шапошникова (Курган)**

**Замещение дефектов длинных трубчатых костей
полилокальным формированием дистракционных
регенератов**

**Substitution of defects of long tubular bones by polylocal
formation of distraction regenerates**

Среди современных методов реконструктивно-восстановительного лечения больных с дефектами длинных трубчатых костей управляемый чрескостный остеосинтез имеет существенные преимущества в отношении полноты замещения дефекта и возможности рациональной реконструкции конечности с учетом предъявляемых к ней функциональных требований, поэтому использование методик полилокального дистракционно-компрессионного остеосинтеза при замещении дефектов костей (особенно субтотальных) приобретает все большую значимость в силу сокращения этапности реабилитации.

Нами приводятся данные о лечении 82 больных с врожденными (9) и приобретенными (73) дефектами костей плеча

(5), предплечья (6), бедра (18) и голени (53), которым применялись методики удлинения отломков и межкостного синостозирования с полилокальным формированием дистракционных регенератов. Возраст больных составлял от 8 до 51 года, давность заболевания при этом была от 6 месяцев до 43 лет. Величина истинного дефекта костей верхней конечности варьировала от 19,5 до 64,3%; нижней - от 18,3 до 97% по отношению к контрлатеральному сегменту. Из приобретенных дефектов причиной их образования являлись: многократные секвестрэктомии по поводу хронического остеомиелита травматического происхождения (23 случая); непосредственно травма (2); перенесенный в раннем детском возрасте гематогенный остеомиелит (19), а также костные опухоли (19), из которых хронические пострезекционные дефекты составили 13 случаев, а 6 - острые. Ранее 79 больных перенесли 287 безуспешных оперативных вмешательств, что послужило причиной увеличения размеров дефекта и числа послеоперационных рубцов.

В зависимости от исходных анатомо-функциональных компонентов патологии осуществляли выбор методик остеосинтеза, которые нами объединены в две группы. Так, в первую группу вошли 45 пациентов, у которых методики удлинения отломков заключались в формировании двух и более фрагментов из: одного (более длинного) отломка одновременно во время операции или последовательно на этапе остеосинтеза (28), обоих отломков и их перемещение навстречу друг другу (9), а также в комбинации с компрессией на стыке отломков при их удлинении до восстановления длины сегмента (8). Причем в 11 случаях замещение дефекта осуществлялось на костях верхних конечностей (плечо - 5, предплечье - 6), а у 34 больных на нижней конечности (бедро - 18, голень - 16). Во вторую группу вошли 37 пациентов, которым было выполнено межкостное синостозирование, заключающееся в создании межберцовых синостозов и применяемое в случаях атрофических сложнопрофильных концов отломков при диафизарных дефектах большеберцовой кости, выраженных, нередко спаянных с отломками мягкотканых рубцов, когда получение полноценных регенератов из склерозированных отломков методом их удлинения нецелесообразно в силу резко сниженных регенерационных потенциалов, а также наличия сопутствующих факторов (деформация, величина дефекта и т.д.).

Методики полилокального берцового синостозирования включали: выполнение двойной остеотомии малоберцовой кости с целью перемещения ее несвободного трансплантата (отщепов или цилиндр-фрагмента) к отломкам большеберцовой, удлинения голени и устранения деформаций в 23 случаях, а в 14 - дополнительно выполнялись остеотомии отломков большеберцовой. В целом благоприятный исход лечения (78 пациентов) в виде замещения дефекта и достижения сращения фрагментов или получения берцовых синостозов достигнут в 95,1% случаях, из них с ликвидацией укорочения сегмента - в 78,2% за один этап реабилитации. Неудовлетворительные результаты у 4 больных связаны с нарушением тактико-технических приемов остеосинтеза. Таким образом, применявшиеся методики позволили дифференцированно решать вопросы одноэтапного лечения пациентов в зависимости от анатомо-функционального состояния сегмента и оказались эффективными в случаях значительной величины дефекта кости (более 30%) во всех возрастных группах и независимо от давности заболевания.

**В. И. Шевцов, В. Д. Макушин, Е.А.Волокитина
(Курган)**

**Принципы лечения больных с неартрозами
ацетабулярной зоны с позиций чрескостного
osteosynthesis**

**Principles of treatment for patients with neoarthroses of
acetabular zone from transosseous osteosynthesis point of
view**