

нотканного компонента мышц. При этом межмышечные перегородки четко не визуализировались, отмечались случаи их тесного контакта с кортикальной пластинкой.

При изучении локомоторной активности было выявлено, что после удлинения конечностей в среднем на 45% (22 см) длина шага увеличивалась на 24% (59 см). Характерное соотношение между длиной конечности и шириной шага после полного двухэтапного удлинения сегментов конечностей сохранялось. Количество шагов на контрольном участке пути составляло 169 ± 5 , что на 16% меньше, чем до лечения. Скорость локомоции в среднем увеличивалась на 15%, среднесуточная локомоторная двигательная активность достигала $7,03 \pm 0,89$ км, что на 51% больше, чем до лечения. Таким образом, оптимальные величины удлинения, при которых минимально, по сравнению с исходным уровнем, недовосстановление амплитуды движений в суставах и сократительной способности мышц, составляли для бедра 10 см, а для голени - 12 см. При этом рост пациентов увеличивался на 22 см и улучшались основные показатели локомоторной двигательной активности пациентов.

**В. И. Шевцов, Л. В. Скляр, А. Я. Коркин
(Курган)**

Оперативное лечение больных с деформациями коленного сустава

Operative treatment of patients with the knee deformities

Лечение больных с различными деформациями коленного сустава является одной из самых сложных задач восстановительной ортопедии. Выраженность анатомических изменений в костной и хрящевой ткани, степень поражения зон роста и связочного аппарата являются важным моментом в развитии деформации коленного сустава и в значительной мере определяют ее тяжесть. Деформации коленного сустава обусловлены отклонением его центра от биомеханической оси конечности в результате искривления дистального отдела бедра или проксимального отдела большеберцовой кости. Варусное или вальгусное отклонение во фронтальной плоскости, как правило, сопровождается опущением или недоразвитием соответствующего мыщелка, рекурвацией и боковой разболтанностью в коленном суставе, перекосом суставной щели по отношению к горизонтальной плоскости, торсионной деформацией конечности, этим объясняется трудность лечения данной категории больных.

За 25 лет работы нашего центра пролечено 3144 больных с различными деформациями скелета, среди них 2043 - с деформациями нижних конечностей, из которых 715 с деформациями коленного сустава. Этиологией развития деформаций коленного сустава являлись врожденные пороки развития у 453 (63,4%) больных и приобретенные заболевания у 262 (36,6%) больных. Среди врожденных заболеваний преобладали: болезнь Эрлаха - Блаунта, пострахитические деформации, различные виды эпифизарных дисплазий, аномалии развития. Приобретенные заболевания являлись следствием перенесенных остеомиелита, полиомиелита, менингококковой инфекции и травматических повреждений.

У больных с врожденными аномалиями развития преобладал варусный характер деформаций коленного сустава. Часто деформации были двухсторонними, симметричными (289 больных), а у 34 больных варусная деформация коленного сустава на одной конечности сочеталась с вальгусной деформацией на другой.

Среди больных с приобретенными повреждениями значительное место занимают больные с последствиями перенесенного остеомиелита (113 больных). В результате поражения дистального метафиза бедра и проксимального отдела большеберцовой кости у больных сформировалась деформация коленных суставов, преимущественно вальгусная, причем двухсторонний характер поражения был у 34 чело-

век, из них у 14 больных вальгусная деформация на одной конечности сочеталась с варусной деформацией на другой. Клиническо-рентгенологически величина вальгусной деформации колебалась от 165 до 130 градусов, варусной - от 160 до 125 градусов. Все пациенты имели функциональное, а свыше 70% - и анатомическое укорочение конечностей.

Лечение деформаций коленного сустава представляло многоплановую проблему и основывалось на принципах максимального восстановления оси и опороспособности деформированной конечности, возмещения недостающей длины. Для этого использовались корригирующие остеотомии, частичные кортикотомии, а в ряде случаев - у детей - и эпифизеолизы. Остеосинтез осуществлялся аппаратом Илизарова.

Больным с многоуровневыми деформациями проводилась одновременная полисегментарная полилокальная коррекция и удлинение бедра и голени. При двухстороннем поражении нижних конечностей коррекция оси и удлинение начинались с более деформированной и менее опорной конечности. Величина удлинения определялась возможностью адаптации к растяжению окружающих рубцово-измененных мягких тканей. Оставшееся укорочение ликвидировали на втором этапе. В раннем возрасте деформации исправлялись с гиперкоррекцией на 5-15 градусов с учетом возраста и темпов роста ребенка.

Отдаленные результаты со сроком от 1 до 20 лет прослежены у 93 (86,9%) больных. Хороший результат получен у 87% больных. У них полностью устранена деформация, достигнута компенсация укорочения, восстановлена или значительно улучшена опороспособность конечности.

Таким образом, проведенный нами анализ опыта лечения больных со сложными деформациями коленного сустава показал высокую эффективность метода Илизарова, причем гибкость и универсальность методики позволили практически у всех больных достигнуть полной коррекции деформации с восстановлением функции пораженной конечности.

**В. И. Шевцов, В. М. Куртов, М. П. Тепленький
(Курган)**

Лечение детей и подростков с врожденным вывихом бедра методом чрескостного остеосинтеза

Treatment of children and adolescents with congenital dislocation of the hip by the method of transosseous osteosynthesis

Врожденный вывих бедра является одним из наиболее частых и тяжелых пороков опорно-двигательного аппарата и составляет до 3% от всех ортопедических заболеваний (А. А. Афаунов с соавт., 1993). Анатомо-функциональные нарушения при данной патологии с возрастом прогрессируют и приводят данную категорию больных к инвалидности (А. А. Абакаров с соавт., 1986, А. В. Белецкий, 1986, В. И. Гнатов, 1987).

Лечение детей и подростков с врожденным вывихом бедра по данным научной медицинской литературы до настоящего времени продолжает оставаться актуальной проблемой, а предложенные различные операции восстановления естественных взаимоотношений тазобедренного сустава у пациентов указанного возраста в большинстве случаев не позволяют получать желаемые результаты, а значительный процент осложнений и неудовлетворительных исходов (Н. И. Кулиш с соавт., 1991) заставляет врачей ортопедов-травматологов искать новые и эффективные методы лечения.

В РНЦ "ВТО" разработаны и успешно применяются различные методики лечения больных с врожденным вывихом бедра. Выбор методики зависит от возраста пациента, степени выраженности анатомо-функциональных нарушений, с учетом деформаций сочленяющихся элементов тазобедренного сустава.

У детей в возрасте от 4 до 7 лет с высоким вывихом бедра,