

после резекции опухоли. Большинство больных (81 пациент) до поступления в Центр были безуспешно оперированы в различных лечебных учреждениях от 1 до 11 раз. Локализация дефекта были: у 55 - бедренная кость (47,82%) больных, у 40 (34,78%) - кости голени, у 14 (12,17%) - кости предплечья и у 6 (5,21%) - плечевая кость.

Дефекты костей делили по разработанной в Центре классификации (В. Д. Макушин, 1984) на дефект-псевдоартрозы с щелевидным диастазом (0,5-1,5 см) и дефект-диастазы с межотломковым диастазом более 1,5 см. Средняя величина дефекта бедренной кости составила $7,142 \pm 0,31$ см, костей голени - $3,463 \pm 0,28$ см, плечевой кости - $2,30 \pm 0,20$ см и костей предплечья - $3,143 \pm 0,44$ см. Сопутствующее укорочение конечности от 2 до 13 см было у 91 (79,13%) пациента. У 100 пациентов при поступлении имелись деформации сегмента поврежденной конечности. У 65 больных опорная функция нижней конечности была нарушена полностью, у 42 - частично. У пациентов с дефектами костей верхней конечности значительно страдало самообслуживание из-за резкого ограничения ее функции. У 70 (60,86%) осложнением основной патологии являлись контрактуры смежных суставов и у 29 (25,21%) - свищевая форма остеомиелита. Средняя продолжительность периода компрессии составила: при нормальной структуре кости - $11,437 \pm 0,927$ дней, при остеопорозе концов отломков - $10,354 \pm 0,974$ дня и при склеротических изменениях концов отломков - $18,192 \pm 1,709$ дней. Продолжительность дистракции определялась величиной дефекта и темпом дистракции. Средний темп дистракции на бедре составил 0,87 мм, на голени - 0,75 мм, на плече - 0,82 мм и на предплечье - 0,7 мм в день. Результаты лечения изучены у всех больных в ближайшие (до 1 года) и у 82 (71,3%) больных - в отдаленные от 2 до 17 лет сроки. Положительные результаты лечения при дефектах, осложненных свищевой формой остеомиелита, составили 93,2%, не осложненных остеомиелитом - 98,3%, при острых посттравматических (включая резекцию опухоли) - 98,9%; отрицательных исходов лечения не было.

Л. Н. Якунина, И. В. Тофан (Молдова)

Восстановление застарелого разрыва лобкового симфиза аппаратом Илизарова

Restoration of advanced rupture of pubic symphysis with the Ilizarov apparatus

При застарелых разрывах лобкового симфиза весьма сложным является сближение тазовых костей и удержание их в правильном положении до образования рубцовой спайки. Нами в клиниках кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Кишиневского медицинского университета при застарелых разрывах лобкового симфиза применяется чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова.

Методика наложения. На уровне передних верхних остей проводятся две пары перекрещивающихся спиц. Первая спица проводится отступая от передней верхней ости кнутри на 1,5-2 см и ведется снутри кнаружи и спереди-назад. Вторая - проводится по наружному краю передней верхней ости снаружи-кнутри и спереди-назад. Аналогичным образом проводятся спицы и с другой стороны таза. Спицы крепятся и натягиваются в 2-х дугах аппарата Илизарова. Последние крепятся между собой с помощью 8-ми консольных приставок, располагающихся по обе стороны дуги вверху и внизу и соединенных между собой 4-мя стержнями. Два из них располагаются спереди, два - сзади по обе стороны дуг. Создавая компрессию на передних стержнях сближаем тазовые кости и в нужном положении удерживаем в течении всего периода фиксации.

При этом способе восстановления разорванного лобкового симфиза аппаратом Илизарова через спицы усилия передаются непосредственно на кость, благодаря чему достигается хорошая репозиция и стабильность. Больные в аппарате активны, облегчается уход за ними. Уменьшается срок пребывания больного в стационаре максимум до 2 недель вместо 1-1,5 месяцев. Таким образом, способ закрытого восстановления застарелых разрывов лобкового симфиза чрескостным остеосинтезом аппаратом Илизарова технически прост, дает хорошие результаты и определенный экономический эффект.