

цию. Билокальный компрессионно-дистракционный остеосинтез с остеотомией более длинного проксимального или дистального фрагмента был применен у 15 больных. Дистракцию с направляющими спицами использовали у 5 пациентов с дефектом костей более 10 см.

Средние сроки фиксации в аппарате при нерасширившихся переломах составили 128,6 дня, при ложных суставах — 145,4, при замещении дефектов — 204,3. Спустя 1,5—3 мес после снятия аппарата трудоспособность восстановилась у 82 (51,9%) больных, а 23 человека приступили к работе, не дожидаясь срока переосвидетельствования во ВТЭК.

Отдаленные результаты были изучены у 106 больных в сроки от 2 до 11 лет. Положительные исходы отмечены у 93 (87,7%) пациентов, неудовлетворительные — у 13 (12,3%). У всех 27 обследованных лиц с нерасширившимися переломами достигнуты положительные исходы. Из 66 больных с ложным суставом в отдаленные сроки у 6 было обострение остеомиелитического процесса; у одного ликвидирован патологический очаг на голени, но получено осложнение — спонгиоз остеомиелит, который даже после трехкратного оперативного вмешательства купировать не удалось. У одного больного с инфицированным ложным суставом голени в нижней трети и неопороспособной конечностью после трехкратных безуспешных попыток чрескостного остеосинтеза на фоне почечной недостаточности была ампутирована голень. В отдаленные сроки из 23 обследованных с дефектом кости у 5 были неудовлетворительные исходы. Рецидив дефекта трубчатой кости наступил у 3 пациентов. У одного больного было обострение остеомиелитического процесса. Другому пациенту с дефектом большеберцовой кости в 12 см и остеомиелитом после двухкратных безуспешных попыток чрескостного остеосинтеза была произведена высокая ампутация голени.

Несмотря на некоторые неудачи, наши клинические наблюдения свидетельствуют о больших возможностях компрессионно-дистракционного остеосинтеза при лечении больных с последствиями переломов длинных трубчатых костей в условиях гнойной инфекции.

УДК 616.718.49—001—089.844

Н. Е. Осипенко (г. Сухиничи, Калужской обл.). Случай эндопротезирования надколенника

Переломы надколенника составляют 1,5—2,2% от всех повреждений скелета. Если переломы надколенника без смещения лечат консервативно, путем наложения глубокой задней гипсовой лонгеты с «сушкой», уложенной на передней поверхности сустава, то смещенные переломы требуют оперативного вмешательства. При многооскольчатых и раздробленных переломах надколенника со смещением, при котором исключается возможность сближения всех отломков П-образным лавсановым или кистным швами, лучшие исходы могут быть достигнуты в результате эндопротезирования, то есть удаления всего раздробленного надколенника и замещения его эндопротезом.

В настоящем сообщении мы хотим поделиться опытом эндопротезирования надколенника по Г. С. Самойлову, выполненного при многооскольчатом переломе в условиях ЦРБ.

К., 27 лет, поступил в хирургическое отделение больницы 29.06.79 г. по поводу закрытого многооскольчатого перелома правого надколенника со смещением отломков и гемартроза.

Травму получил 29.06.79 г., когда ехал на мотоцикле и ударился правым коленом о бетонный столб. В приемном покое после рентгенографии произведены обезболивание и пункция сустава; наложена глубокая гипсовая лонгета с «сушкой». Больной госпитализирован в хирургическое отделение; правой конечности придано возвышенное положение с холодом на поврежденный сустав.

Для изготовления эндопротеза у трупа был взят надколенник; по нему была сделана форма, которую залили пластмассой марки АКР-7 или АКР-100, применяемой в стоматологической практике. Так как все углубления и выступы (места прикрепления собственной связки надколенника и сухожилия четырехглавой мышцы бедра) хорошо проецируются при отливке на эндопротезе, то последний отшлифовали до состояния идеальной гладкости. Затем, отступив не более чем на 1 см от края, сверлом нанесли отверстия по всей окружности эндопротеза, который за сутки до операции поместили в тройной раствор, а за час до операции — в спирт.

Больной был прооперирован 25.07.79 г. Под местной новокаиновой инфильтрационной анестезией сделан разрез Пайра. Гемостаз. Рана расширена крючками. В ране определяется распластанный конгломерат неправильно сросшихся осколков надколенника. Распатором осторожно отделены находящиеся на передней поверхности надколенника рубцовые ткани, от нижнего полюса — собственная связка надколенника, а от верхнего — сухожилие четырехглавой мышцы бедра. Все осколки убраны. Произведен туалет раны и полости сустава. Толстым лавсаном эндопротез подшит к сухожилию четырехглавой мышцы бедра для исключения прорезания швов. Сверху эндопротез закрыт ранее отделенными тканями и подшит к ним лавсаном. Рана ушита послойно наглухо. Наложена задняя глубокая гипсовая лонгета с «сушкой», конечности придано возвышенное положение с холодом на коленный сустав.

Послеоперационный период протекал без осложнений, в это время больной получал кварц, УВЧ, ЛФК, массаж мышц бедра.

Гипсовая лонгета была снята на 9-е, а швы — на 12-е сутки после операции. Функция оперированного сустава восстановилась полностью на 16-е сутки; больной был выписан из хирургического отделения на 17-е сутки, к работе по специальности приступил на 21-е сутки после операции.

Через 6 лет после операции признаков деформирующего артроза не обнаружено. Движения в оперированном суставе неограниченны. Жалоб нет. Продолжает работать по специальности.

УДК 616.711—073.75

Ф. Ф. Огиенко, И. А. Торчинов (Орджоникидзе). Способ оценки функционального состояния позвоночника

Все способы оценки функционального состояния позвоночника основаны на использо-