

1. Бархатова Т. П., Кадиева В. А. Акушер. и гинекол., 1980, 12, с. 48.
2. Владимиров Ю. А., Арчаков А. М. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. М., 1972.
3. Иванов И. П. Акушер. и гинекол., 1979, 4, с. 58.
4. Цирюльников М. В. В сб.: Токсикозы беременных. Л., 1973, с. 36.
5. Duggan D. D. Arch. Biochem. Biophys., 1959, 84, 116.

УДК 617.58:616.71—007.151

С. Г. КАРАПЕТЯН, А. С. ТУМЯН, А. Б. ГЕВОРКЯН, З. А. АКОПЯН

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАХИТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Приводится тактика операций не поддающихся консервативному лечению посттрахитических деформаций нижних конечностей. Тактика заключается в одномоментно производимых остеотомиях костей обеих голеней при варусных деформациях: V-образной—большеберцовой кости и поперечной—малоберцовой.

Первое место среди осевых деформаций нижних конечностей у детей, нуждающихся в ортопедическом лечении, занимают посттрахитические искривления нижних конечностей [3, 4]. Проблема профилактики и лечения этого контингента больных в период роста весьма сложна и изучена до настоящего времени недостаточно.

Под нашим наблюдением находилось 132 ребенка с посттрахитическими деформациями нижних конечностей в возрасте от 2 до 6 лет. У 97 детей имелись варусные деформации голени, из коих у 13—в сочетании с саблевидной деформацией, у 35—вальгусные деформации коленных суставов. Деформации у всех детей возникли после начала ходьбы и постепенно прогрессировали в процессе роста.

У 121 ребенка деформации голеней были выражены слабо, угол искривления не превышал 25—30°, что являлось показанием для начала консервативного лечения, которое заключалось в этапных корригирующих гипсовых повязках, накладываемых периодически через 15—20 дней в течение 2—3 месяцев. В перерывах между этапами проводились массажи и физиотерапевтическое лечение.

Из 132 случаев в 14 пришлось прибегнуть к оперативному вмешательству, в 12 случаях это были варусные деформации голеней с углом 35—40° (у двух больных в сочетании с искривлением кпереди), у двух имели место вальгусные деформации голеней с углом 40—42°.

Некоторые авторы [1, 2, 5] при посттрахитических деформациях нижних конечностей предлагают производить поперечную остеотомию костей голени при варусных деформациях или косую остеотомию с синтезом двумя винтами и поперечную остеотомию бедра при вальгусных деформациях коленного сустава с последующей иммобилизацией гипсовой повязкой на 2—3 месяца. В отличие от них при варусных деформациях голени мы производили угловую остеотомию по Репке большеберцовой кости на месте наибольшего искривления и поперечную—малоберцовой. В двух случаях вальгусной деформации была произведе-

дена надмышцелковая остеотомия бедра по Репке. Задняя часть компактного вещества при остеотомиях полностью не рассекалась, а надламывалась, чтобы при ручной редрессации деформации на операционном столе получить компрессию на месте остеотомии. Это дает возможность укоротить срок послеоперационной иммобилизации конечности до 1,5 месяцев, что имеет немаловажное значение в профилактике послеоперационной сгибательной контрактуры коленного сустава. По истечении 1,5 месяцев после контрольной рентгенографии снимали гипсовую повязку и проводили лечебную физкультуру и массаж. Наиболее оптимальный возраст для производства этих операций 3—6 лет.

В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Больная А. Л., 5 лет, история болезни № 1804/4633, поступила в отделение 17.10.86 г. с диагнозом: пострахитическая варусная деформация обеих голеней, вальгус обоих коленных суставов.

В 1,5-годичном возрасте ребенок перенес рахит, после чего деформации обеих голеней и коленных суставов прогрессировали. Варус голени достиг 38°с обеих сторон, а вальгус коленных суставов—40°.

27.10.86 г. была произведена V-образная остеотомия обеих большеберцовых костей и поперечная—обеих малоберцовых, надмышцелковая остеотомия обоих бедер по Репке с наложением коксидной гипсовой повязки на обе нижние конечности. Послеоперационный период прошел гладко, через 8 дней произведена перегипсовка с окончательной коррекцией отломков. Через 1,5 месяца после контрольной рентгенографии назначалась лечебная физкультура, в которую входила ходьба с костылями и разработка движений в коленных суставах. Движения в полном объеме полностью восстановились через 2 недели, и больная начала ходить без костылей.

Одномоментно произведенные операции на двух сегментах нижней конечности дают возможность сразу прервать патологический биомеханический комплекс в кинетической цепи опорно-двигательного аппарата ребенка.

Отдаленные результаты от 3 месяцев до 4 лет были прослежены нами у всех 14 больных. В 13 случаях был отмечен положительный результат, у одного больного после нагноения операционной раны появились начальные явления остеомиелита, которые были купированы ударными дозами антибиотиков и местным лечением раны.

Методика лечения проста и эффективна, но может быть рекомендована только для специализированных детских ортопедических отделений, так как требует специальной подготовки оперирующих хирургов и глубоких знаний детской ортопедии.

IV детская клиническая больница
МЗ Арм ССР

Поступила 20/1 1987 г.

Ս. Գ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ, Ա. Ս. ՔՈՒՄՅԱՆ, Ա. Բ. ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ, Զ. Ա. ՇԱԿՈՅԱՆ
ԱՏՈՐԻՆ ԾԱՅՐԱՆԻՒՄՆԵՐԻ ՀԵՏԻԱԽԻՏԱՅԻՆ ԾՈՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ՕՐԹՈՊԵԴԻԿ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Հողվածում առաջարկվում է վիրահատման մեթոդը կիրառել այն դեպքում, երբ պահպանողական ձևով հնարավոր չէ շտկել ստորին ծայրանդամների ծովածո ֆունկցիաները:

Վիրահատման գործելակերպը կայանում է նրանում, որ կատարվում է երկու սրունքների միաժամանակյա ոսկրահատում: Մեծ ոլորի V-աձև, իսկ փոքր ոլորի լայնածիզ հատում, ընդ որում ոսկրերի հետին պատը չի հատվում, այլ կտրվում է ձեռքով՝ վիրահատման սեղանին: Այս մեթոդը ստեղծում է երկու բեկորների միջև կոմպրես, որը հնարավորություն է տալիս կրճատելու հետվիրահատման ժամկետը մինչև 1,5 ամիս:

Այս մեթոդով ենթարկվել են վիրահատման 14 հիվանդներ, որոնցից 13-ի մոտ ստացվել է դրական արդյունք, իսկ մեկը վերջի բորբոքային երևույթների պատճառով դեռ գտնվում է հսկողության տակ:

Վիրահատման այս մեթոդը պարզ է, արդյունավետ և կարելի է առաջարկել շրջանային մասնագիտացված բաժիններում կիրառման համար:

S. G. KARAPETIAN. A. S. TOUMJIAN. A. B. GEVORKIAN. Z. A. HAKOPIAN
ORTHOPEDIC TREATMENT OF POSTRACHITIC DEFORMATIONS
OF THE LOWER EXTREMITIES

The methods of the operations of the posttrachitic deformations of the lower extremities are described. The tactics of these operations is in the single-moment osteotomies of the bones of both crura in viraj deformations. The methods are not complicated, efficient and can be recommended for the regional hospitals' specialized departments.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бойчев Б., Конфорти Б., Чоканов К. Оперативная ортопедия и тразматология. София, 1982.
2. Волков М. В., Дедова В. Д. Детская ортопедия. М., 1980.
3. Кабацкий М. С., Ткач Т. А. Ортопедия, травматология и протезирование, 1984, 4, с. 29.
4. Талько И. И., Кабацкий М. С. Ортопедия, травматология и протезирование, 1986, 10, с. 58.
5. Фрейка Б. В кн.: Руководство по ортопедии и травматологии. М., 1968, с. 193.

УДК 616.72—002

С. В. АГАБАБОВ, Х. С. САЯДЯН, Г. Р. ГАБРИЕЛЯН, А. В. ЗИЛЬФЯН,
М. С. КЛЧЯН, Г. С. МХИТАРЯН

ИЗУЧЕНИЕ КАЛЬЦИЙРЕГУЛИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ
ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Проведенное изучение кальцийрегулирующей системы при ревматоидном артрите (РА) свидетельствует о «расшатанности» кальциевого обмена, при РА. Рекомендуются лечение больных проводить с учетом изменений кальциевого гомеостаза.

Ревматоидный артрит (РА)—хроническое системное воспалительное заболевание, при котором, помимо суставов, могут поражаться практически все органы и системы, включая костную. Поражение костей при РА обычно проявляется болями в костях, распространенным остеопорозом, повышенной хрупкостью костей, приводящей к более частым переломам [4].