

остеосинтеза позволила получить сращение переломов у 93,8% больных в сроки до года, а у 6,2% больных – больше года.

Выводы

1. Внеочаговый остеосинтез и заблокированный интрамедуллярный остеосинтез требуют тщательного планирования операции, рационального проведения предоперационной подготовки, рентген контроля процессов консолидации, своевременного выполнения повторных операций.

2. При определении тактики лечения пациентов с со сложными сегментарными и сложными неправильными-многооскольчатыми переломами диафиза большеберцовой кости необходимо учитывать степень повреждения костной ткани, размеры и характер ран и степень повреждения мягких тканей.

ВОЗМОЖНЫЕ КОМБИНАЦИИ МЕТОДИК ПРИ КОРРЕКЦИИ УКОРАЧИВАЮЩИХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

Урьев Г.А., Соколовский О.А., Сердюченко С.Н.

ГУ «Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии», г. Минск, Беларусь

Проблема уравнивания длины нижних конечностей является чрезвычайно важной и имеет не только выраженную медицинскую, но и социальную значимость. В структуре патологии опорно-двигательной системы неравенство длины нижних конечностей у детей составляет по данным О.А. Малахова и М.Б. Цыкунова (2000) до 15%, Е.В. Лузиной (1981) – до 61,9%, а по данным Л.А. Поповой (1993) врожденные аномалии и недоразвития составляют 36,4%.

В работе представлен опыт лечения авторами укорачивающих деформаций нижних конечностей различной этиологии у 35 пациентов. При одновременном или последовательном решении нескольких ортопедических задач реконструктивные операции на тазобедренном суставе и временный эпифизиодез зон роста сочетался с классическими методами чрескостного остеосинтеза. Комбинированное применение этих методик дает возможность достигать хорошие анатомические и функциональные результаты с относительно низким процентом осложнений. Представлены результаты комплексного подхода для решения этих задач.

Целью исследования: анализ результатов лечения пациентов, которым уравнивание длинны нижних конечностей проводилась за счет временного блокирования зон роста и одновременного или последовательно сочетания реконструктивных операций на тазобедренном суставе или классическими методами чрескостного остеосинтеза.

Материалы и методы. Нами оценены результаты лечения 35 пациентов с укорачивающими деформациями нижних конечностей различной степени тяжести, которые были оперированы в детском ортопедическом отделении ГУ

РНПЦ травматологии и ортопедии в период с 2003 по 2013 год, из них с врожденными укорочениями 16 пациентов, остаточные явления перенесенного эпифизарного остеомиелита 10 пациентов, посттравматическое укорочение бедра 7 пациентов, остаточные явления перенесенного полиомиелита 1 пациент. На момент операции укорочение колебалось от 2,5 до 12 сантиметров и в среднем составляло 4.0 см.

Показанием к временному блокированию зон роста длинных трубчатых костей нижних конечностей, как методу самостоятельному, являлось наличие укорочения, не превышающее 3-4 см. У детей с укорочением более 6 см, когда положительный эффект только временного блокирования был сомнителен, а удлинение укороченного сегмента до полной коррекции за один этап не представлялось возможным, использовалась комбинация удлинения укороченного сегмента с помощью аппарата Илизарова и блокирование зоны роста одноименного сегмента противоположной конечности. В пятнадцати случаях временный эпифизиодез сочетался с реконструктивными операциями на тазобедренном суставе из них у 4 пациентов с последствиями патологического вывиха бедра и у 11 пациентов укорочение сочеталось с диспластической варусной деформацией шейки бедра. Комбинация этих методик преследовали решение одновременно двух задач: стабилизацию тазобедренного сустава и восстановление длины конечности. При этом удлинение бедра должно производиться только после восстановления стабильности в тазобедренном суставе и под тщательным клинико-рентгенологическим контролем состояния сустава.

Результаты. Полная прогнозируемая коррекция деформации была достигнута у 32 пациентов, частичная коррекция укорачивающей деформации на момент анализа результатов достигнута у 3 пациентов. Осложнения (миграция пластины, отек сустава) имели место в 2 случаях.

Заключение. На наш взгляд при укорочении нижних конечностей на 2-5 см. наиболее рационально производить временный эпифизиодез зон роста бедренной или большеберцовой кости либо удлинение укороченного сегмента аппаратами внешней фиксации (АВФ). При укорочении на 5-10 см удлинение с использованием аппарата внешней фиксации, возможно сочетание с временным эпифизиодезом сегментов более длинной конечности контралатеральной стороны для профилактики рецидива укорачивающей деформации в процессе роста ребенка. При укорочении более 10 см удлинение укороченного сегмента производится аппаратами внешней фиксации при необходимости в несколько этапов, возможно в сочетании с эпифизиодезом сегментов контралатеральной стороны. Таким образом, успех лечения при коррекции укорачивающих деформаций нижних конечностей у детей и подростков во многом зависит от изначально правильной постановки цели с определением стратегической задачи и тактических мероприятий, необходимых для ее достижения. При значительных укорочениях необходима выработка долгосрочной программы лечения, включающей сочетающей нескольких методов коррекции, способных в симбиозе упростить достижение поставленной

цели. Она должна быть максимально эффективной и минимально травматичной, способной гарантировать достижение хороших как функциональных, так и косметических результатов. При укорочении нижних конечностей до трех сантиметров возможно применение удлиняющей остеотомии подвздошной кости. Она показана у пациентов с дисплазией тазобедренного сустава и укорочением конечности на той же стороне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попков Д.А. с соавт. Современное состояние проблемы оперативного удлинения бедра (обзор литературы) // Гений ортопедии. - 1999. - № 3. - С. 105-111.
2. Попков А.В. Ошибки и осложнения при оперативном удлинении нижних конечностей у взрослых // Вестн. хирургии. - 1991. - № 1. - С. 113-116.
3. Илизаров, Г. А. Оперативное удлинение укороченной нижней конечности / Г. А. Илизаров, А. А. Девятов, В. Г. Трохова // Вестн. хирургии. - 1972. - Т. 108, № 2. - С.100-103.
4. Попков, А. В. Одновременное удлинения бедра и голени по Илизарову при врожденном укорочении конечностей / А. В. Попков, Г. С. Татаев // Лечение повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата методом Илизарова : сб. науч. тр. - Казань, 1991. - С. 38-40.
5. Paley, D. Multiplier method for predicting limb-length discrepancy / D. Paley, A. Bhave, J.E. Herzenberg // J. Bone Joint Surg. Am. – 2000. – Vol. 82, № 10. – P. 1432-1446.
6. Г.А.Урьев, А.В.Белецкий, О.А.Соколовский, Сердюченко С.Н. Коррекция осевых и укорачивающих деформаций нижних конечностей у детей и подростков. // Илизаровские чтения : материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Курган, 2012. – С. 288-289.
7. Уравнивание длины нижних конечностей – исторические ракурсы и современные тенденции / О.А. Соколовский, С.Н. Сердюченко, Г.А. Бродко, Г.А. Урьев // Мед. новости. – 2011. – № 7. – С. 11-18.
8. Соколовский О.А., Белецкий А.В., Урьев Г.А., Сердюченко С.Н. «Наш опыт хирургической коррекции разницы длины нижних конечностей». // Материалы научно-практической конференции детских травматологов-ортопедов России с международным участием. (Екатеринбург 19-21 сентября 2007 г.). – С. 402-403.

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВИЧНОГО ШВА СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Чернякова Ю.М.¹, Дорошкевич О.С.²

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет», Беларусь

²УО «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Беларусь

Введение. Травмы сухожилий сгибателей пальцев занимают 3% от общего числа травм кисти. В 37,8-47% случаев после хирургического восстановления целостности сухожилий пальцев возникают неудовлетворительные функциональные результаты, что на 82-86% обложено ошибками хирургической тактики и реабилитационного лечения [2, 5]. В случаях выраженного нарушения движений при рубцовой контрактуре пальца или при разрыве сшитого сухожилия выполняют повторные операции. Повторное восстановление сгибательного аппарата пальца происходят в