

оперативного лечения. Чрескожный способ шва с применением интраоперационной ультрасонографии путем визуализации прохождения иглы в толще сухожилия и контроля положения концов поврежденного сухожилия при завязывании нитей, может позволить исключить послеоперационный диастаз ахилла и повреждение п. suralis, тем самым минимизировать осложнения со стороны раны и исключить послеоперационную нейропатию. Послеоперационный УЗ-контроль репарации сухожилия в будущем позволит дифференцированно назначать реабилитационные мероприятия. Все это служит основанием для дальнейшего развития и совершенствования данного метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Середа, А.П. Хирургическое лечение разрывов ахиллова сухожилия: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.15 / А.П. Середа. – Москва, 2014. – 323 л.
2. Инструкция по применению диагностика лечение и реабилитация больных с разрывом ахиллова сухожилия: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 15.07.04. – Минск: Дикта, 2004. – 16 с.
3. Cetti R., Christiansen SE., Ejsted R., Jensen NM., Jorgensen U. Operative versus nonoperative treatment of Achilles tendon rupture: a prospective randomised study and review of the literature. // *Am J Sports Med.* - 1993. № 21. - P. 791-799
4. Carden DG., Noble J., Chalmers J., Lunn P., Ellis J. Rupture of the calcaneal tendon: the early and late management. // *J Bone Joint Surg Br.* - 1987. Vol. 69-B, № 3. - P. 416-420.
5. Soubeyrand M., Serra-Tosio G., Campagna R. Intraoperative ultrasonography during percutaneous Achilles tendon repair. // *Foot Ankle Int.* – 2010. Vol. 31, № 12. - P. 1069-74.
6. Giannetti S., Patricola AA., Stancati A., Santucci A. Intraoperative ultrasound assistance for percutaneous repair of the acute Achilles tendon rupture. // *Orthopedics.* – 2014. Vol. 37, № 12. - P. 820-824.
7. Blankstein A., Israeli A., Dudkiewicz I. Percutaneous Achilles tendon repair combined with real-time sonography. // *Isr Med Assoc J.* – 2007. Vol. 9, № 2. - P. 83-85.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ СУХОЖИЛИЯ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ БИЦЕПСА

Савчук А.В.¹, Даниленко О.А.¹, Макаревич Е.Р.²

¹Минская городская клиническая больница №6, Беларусь

²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Цель. Изучение результатов консервативного лечения пациентов с нестабильностью сухожилия длинной головки бицепса пролеченных с применением разработанных подходов.

Актуальность. Плечевой сустав занимает одно из ведущих мест в локомоторной функции опорно-двигательного аппарата. Его повреждения составляют от 16 до 55% в структуре травматической патологии всех крупных суставов человеческого тела[1]. Основной контингент больных с повреждением ротаторно-бицепсального комплекса – это люди трудоспособного возраста с высокими запросами к качеству жизни и к функции плечевого сустава, что

подчеркивает социально-экономическую значимость рассматриваемой проблемы. Вращающая манжета плеча и сухожилие длинной головки двуглавой мышцы плеча выполняет функцию динамического стабилизатора плечевого сустава и участвует в образовании сил компрессии между головкой плеча и суставной впадиной лопатки, осуществляя центрацию головки плечевой кости. По данным литературы нестабильность длинной головки бицепса сочетается в 16% случаев с повреждением вращательной манжеты плеча [2].

Согласно классификации повреждений, разработанной Bennett, выделяют пять типов нестабильности длинной головки бицепса [3]. Консервативный способ лечения применяется у пациентов с первым и вторым типами. Остальные типы повреждения требуют хирургического лечения.

Материалы и методы. Для выполнения задач исследования был произведен анализ данных диагностических методов и лечения 66 пациента в период за 2004-2015 годы. Исследование носило открытый сплошной характер. И включало в себя с группы пациентов с нестабильностью длинной головки бицепса по Bennet 1 и 2 типа, из них повреждения первого типа выявлены у 10 пациентов, в 6 случаях они были отнесены ко второму типу. Средний возраст пациентов составил $47,4 \pm 15,9$ года.

Методами исследования были клинический, рентгенологический, ультразвуковое и МРТ.

Консервативное лечение включало в себя:

- 1) иммобилизацию конечности в течение 10 дней повязкой типа Дезо в положении приведения и внутренней ротации плечевого сустава
- 2) криотерапию, электростимуляцию дельтовидной мышцы
- 3) приём нестероидных противовоспалительных препаратов
- 4) введение по ходу биципитальной борозды препаратов гиалуроновой кислоты в перитоний длинной головки бицепса под контролем УЗИ.

Результаты лечения. Лечебный эффект оценивался при помощи балльной шкалы Rowe (до лечения $53,3 \pm 14,4$ балла и $96,7 \pm 2,5$ балла после лечения) и ООП (Оксфордский опросник для плеча) (до лечения $52,2 \pm 5,7$ и $12,5 \pm 0,9$ после лечения). Неудовлетворительные результаты подверглись оперативному лечению с применением артроскопии.

Выводы

1. Применение разработанных тактических подходов к консервативному лечению пациентов с повреждением элементов ротаторно-биципитального комплекса позволяет улучшить результаты лечения.

2. Неэффективное консервативное лечение на протяжении более 6 месяцев, является показанием к оперативному лечению.

3. Опыт введения по ходу биципитальной борозды препаратов гиалуроновой кислоты в перитоний длинной головки бицепса под контролем УЗИ говорит об удовлетворительных результатах, при нестабильности длинной головки бицепса 1 и 2 типа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипов С.В., Кавалерский Г.М. Плечо: современные хирургические технологии: (Атлас). 2009. - С. 109-126.

2. Walch G, Nove-Josserand L, Boileau P, Levigne C. Subluxations and dislocation of the tendon of the long head of the biceps. J Shoulder Elbow Surg 1998; 7:100-8.
3. Bennett, WF. Arthroscopic repair of the anterosuperior (supraspinatus/subscapularis) rotator cuff tear: A prospective cohort with 2-4 year follow-up. Classification of biceps subluxation/instability. 2003; 19:21–33.

СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ И МНОГООСКОЛЬЧАТЫХ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Селицкий А.В., Кезля О.П.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Введение. По данным ВОЗ травмы и другие несчастные случаи составляют около 12% от общего числа заболеваний. Диафизарные переломы костей голени составляют 15-41% среди всех переломов и 32-61% среди переломов длинных трубчатых костей. Вводится понятие высокоэнергетической травмы – травмы наносимой объектами с высокой кинетической энергией, приводящей к обширному повреждению костей и мягких тканей с их последующей некротизацией.

Одной из характерных черт в лечении рассматриваемой патологии является сохраняющийся на протяжении многих лет относительно большой процент замедленной консолидации и образование ложных суставов, которые составляют до 26,8%. В связи с этим особое место занимают двойные и тройные переломы большеберцовой кости, так как их относят к тяжёлой высокоэнергетической травме голени. Удельный вес таких переломов большеберцовой кости на фоне общего числа переломов костей голени невелик от 1,2-12,0% до 18,6%, однако их последствия весьма тяжелые.

Лечение высокоэнергетической травмы голени по настоящее время является сложной задачей. Это отражает особую сложность выбора оптимального метода лечения и фиксации для сложных сегментарных и многооскольчатых иррегулярных переломов, где выбор метода лечения лимитирует степень повреждения мягких тканей и обширность повреждения костных структур.

Цель работы: улучшение результатов лечения больных со сложными сегментарными (C2) и сложными неправильными (C3) переломами большеберцовой кости путём выбора оптимальной тактики лечения таких больных и применения новых способов фиксации и репозиции промежуточных фрагментов.

Материалы: в нашем исследовании мы использовали универсальную классификацию открытых и закрытых переломов АО/ ASIF (the AO classification). При определении тактики лечения пациентов со сложными сегментарными сложными неправильными многооскольчатыми переломами диафиза большеберцовой кости мы принимали во внимание степень