

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 (С2) и сложными неправильными (С3) 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

повреждения костной ткани, тактику лечения также определяли размеры и характер ран при открытых переломах. Таким образом, при определении тактики лечения пациентов со сложными сегментарными и сложными неправильными-многооскольчатыми переломами диафиза большеберцовой кости мы, прежде всего, решали следующие задачи: проблему управляемости промежуточного фрагмента, проблему лечения ран с учётом разнофазовости течения раневого процесса, проблему лечения нейротрофических нарушений. При закрытых переломах мы обращали большое внимание, прежде всего на степень повреждения мягких тканей.

На базе Минской областной клинической больницы находились на лечении 48 больных со сложными сегментарными и сложными неправильными переломами большеберцовой кости. Мужчин трудоспособного возраста было 35, женщин – 13. В 86% повреждения получены вследствие дорожно-транспортных происшествий. Открытые переломы составили – 52,1%, закрытые 47,9%. У 37 пациентов (77%) применялся внеочаговый остеосинтез стержне-спицевыми аппаратом Илизарова. Из них при открытых переломах у 22 пациентов (59,5%) и у 15 пациентов (40,5%) с закрытыми переломами. Как правило, открытые переломы сопровождаются тяжелым общим состоянием пострадавших вследствие значительной кровопотери, а также часто (до 42,7%) носят сочетанный и множественный характер. В таких ситуациях проводилась временная фиксация перелома стержневыми аппаратами до стабилизации состояния больного. На втором этапе в специализированном отделении – полноценная стабилизация перелома стержне-спицевыми аппаратами Илизарова. С целью улучшения результатов при внеочаговом остеосинтезе аппаратом Илизарова нами предложен узел репозиции промежуточного фрагмента, который позволяет произвести закрытую репозицию всех смещений промежуточного фрагмента, в том числе и ротационного. Применялось устройство для фиксации чрескостного стержня собственной конструкции для устранения всех видов смещений. Получен патент на полезную модель на данное устройство.

Блокированный интрамедуллярный остеосинтез был применён у 11 пациентов (23%). Из них у трёх пациентов с открытыми переломами (27,3%) и у 8 пациентов (72,7%) с закрытыми переломами. При открытых повреждениях после заживления ран первичным натяжением, блокированный остеосинтез произведен на 10 и 14сут. После локализации раневого процесса у одного пациента с дефектом мягких тканей по задней поверхности голени проводилась пластика дефекта мягких тканей встречными лоскутами (на 21 сут) уже на «стабильном» сегменте после проведения блокированного интрамедуллярного остеосинтеза. При закрытых повреждениях при отсутствии нейротрофических нарушений на 2-5сутки был произведен блокированный остеосинтез.

**Результаты и обсуждение.** Данная тактика лечения сложных сегментарных и сложных неправильных-многооскольчатых переломов диафиза большеберцовой кости, с использованием внеочагового остеосинтеза стержне-спицевыми аппаратами Илизарова и блокированного интрамедуллярного

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