

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.<sup>1</sup>, Дорошкевич О.С.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>УО «Гомельский государственный медицинский университет», Беларусь

<sup>2</sup>УО «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% обусловлено 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

неблагоприятных условиях выраженного рубцевания фиброзно-синовиального канала, дегенеративных изменений поврежденного сухожилия и его укорочения, что значительно увеличивает сложность хирургического вмешательства и создает риски послеоперационных осложнений [1, 3, 4].

**Цель.** Установить причины несостоятельности первичного шва сухожилий глубоких сгибателей пальцев в зоне фиброзно-синовиальных каналов кисти. Оценить результаты восстановления целостности сгибательного аппарата пальцев кисти при повторном хирургическом лечении.

**Методы исследования.** Использованы данные ревизионных операций у пациентов, перенесших открытые повреждения 47 сухожилий глубоких сгибателей пальцев кисти в зоне фиброзно-синовиальных каналов с наложением первичного шва, поступивших в Гомельскую областную клиническую больницу с января 2013 г. по декабрь 2015 г.

Пациенты в возрасте от 19 до 58 лет были ранее прооперированы в условиях районных больниц в первые сутки после травмы и в течение 3-4 недель соблюдали иммобилизацию кисти гипсовыми повязками. В восстановительном периоде у всех пациентов отмечалось ограничение активного сгибания, а также активного и пассивного разгибания в суставах пальцев, в связи с чем они направлялись на реабилитационное лечение. Массаж и лечебную физкультуру в поликлиниках по месту жительства получал 21 пациент. Выполняли разгибание пальцев кисти самостоятельно 16 пациентов. Несостоятельность первичного шва возникала в сроки от 4 недель до 1,5 месяцев после операций и проявлялась отсутствием активного сгибания ногтевых фаланг оперированных пальцев.

**Результаты и обсуждение.** При повторных операциях в области фиброзно-синовиальных каналов в зоне первичных повреждений сухожилий выявлялись значительные разрастания рубцовой соединительной ткани, а также диастаз концов сухожилий глубоких сгибателей пальцев кисти от 2 до 7,5 см. В дегенеративно-измененных концах сухожилий обнаружены разорванные неабсорбируемые или частично разрушенные абсорбируемые нити. После иссечения концов сухожилий, тенолиза и редрессации мышц удалось восстановить целостность сухожилий с незначительным натяжением в 37 случаях. Сшивание 10 сухожилий оказалось невозможным из-за их натяжения и диастаза концов, целостность которых восстанавливали путем пластики дефекта трансплантатом из сухожилия поверхностного сгибателя того же пальца или поверхностного сгибателя 4 пальца. После послойного шва ран пальцы фиксировали в положении сгибания гипсовой повязкой на срок до 5 недель при наложении повторного шва и 6 недель после выполнения пластики сухожилия. Через 6 месяцев после повторных операций хорошие и удовлетворительные функциональные результаты отмечены в 32 случаях, неудовлетворительные (связанные с рубцовыми контрактурами) у 15 пациентов.

Данные анамнеза и выполненные ревизионные операции позволили выявить дефекты первичных вмешательств и послеоперационного ведения

пациентов. Шов сухожилия абсорбируемыми нитями значительно увеличивает риск разрывов в ходе реабилитации. Грубое исполнение шва и деформация зоны анастомоза блокируют скольжение сухожилия в фиброзно-синовиальном канале, попытки преодолеть механическую и рубцовую блокаду приводят к разрыву шва и разрушению анастомоза. Срок иммобилизации менее 4 недель недостаточен для формирования в зоне шва прочной соединительной ткани. Пассивное резкое форсированное разгибание пальцев при проведении неадекватной реабилитации вызывает разрыв нити и незрелого регенерата сухожилия в области шва.

**Выводы.** Несостоятельность первичного шва сухожилий установлена после операций, выполненных в ургентной обстановке при использовании несоответствующего шовного материала, с нарушением требований атравматичности шва, а также кратковременной иммобилизации и неправильной реабилитации. Операции на сухожилиях кисти должны выполняться подготовленным специалистом, имеющим необходимую квалификацию. При отсутствии условий для наложения первичного шва операция может быть отсрочена до двух недель. Реабилитация пациентов продолжается до 4 месяцев и требует индивидуального контроля лечащим врачом. После истечения данного срока при сохранении ограничения объема активных движений в пальце, требуется выполнение повторной операции тенолиза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Колесников Ю.П. Новый вариант сухожильного шва и восстановительное лечение больных с повреждением сгибателей пальцев кисти // Травматология и ортопедия России. – 1998. – № 1. – С. 33-35.
2. Попов И.В., Корнилов Д.Н. Хирургия повреждений сухожилий сгибателей на уровне кисти (аналитический обзор литературы) // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 22-26.
3. Guinard D., Montanier F., Thomas D., et al. Flexor Tendon Repair in Zone I // J. Hand Surg. – 1999. – Vol. 24 B, No 2. – P. 148-151.
4. McLarney E., Hoffman H., Wolfe S. Biomechanical Analysis of the Cruciate Four-Strand Flexor Tendon Repair // J. Hand Surg. – 2000. – Vol. 24 A, No 2. – P. 295-301.
5. Verdant C.E. Primary repair of flexor tendons // J. Bone and Joint Surg. – 1960. – Vol. 42 A. – P. 647-657.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

*Чешик С.Л.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

**Введение.** Проблема лечения нестабильных переломов позвоночника актуальна на сегодняшний день. По литературным данным они составляют до 60% повреждений позвоночного столба и нередко сопровождаются