

включающего использование магнитотерапии, кинезиотерапевтического комплекса, терапевтического тейпирования.

**Методы исследования.** Материалом исследования явились 7 пациентов с травмами вращательной манжеты плеча, проходившие курс медицинской реабилитации на базе ГУ «Областной диспансер спортивной медицины». 3 девушки возрастом 22, 25, 20 лет, 4 мужчины возрастом 24, 28, 22, 26 лет.

**Результаты и их обсуждение.** Продолжительность курса медицинской реабилитации составила 15 дней. В течение этого времени пациентам проводилась магнитотерапия области плеча 1 раз в 2 дня, кинезиотерапевтический комплекс упражнений, как активных, так и пассивных движений, проводился 1 раз в 2 дня, наложение тейпа проводилась раз в три дня. На 5 день у 4 пациентов снижалось чувство дискомфорта и уменьшалась болезненность травмированной области. Болевой синдром оценивался по визуальной аналоговой шкале 0-10, 0 отсутствие боли, 10 нестерпимая боль. Согласно ВАШ до лечения у 2 пациентов боль 7 баллов, 4 пациента 4 балла, 1 пациент 5 баллов. После лечения у 5 пациентов 0 баллов, у 2 пациентов 2 балла.

**Выводы.** У пациентов наблюдалась положительная динамика, а именно уменьшение и полное исчезновение боли, увеличение активности мышц В МП. Можно сказать, что данные методы лечения повреждений вращательной манжеты плеча эффективны при тенопатиях и незначительных, небольших разрывах ВМП.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Котельников, Г. П. Травматология. Национальное руководство / Г. П. Котельников, С. П. Миронов. – М.: «Гэотар-медиа», 2008. – 808 с.
2. Thigpen, C. A. The American Society of Shoulder and Elbow Therapists' consensus statement on rehabilitation following arthroscopic rotator cuff repair / C. A. Thigpen, M. A. Shaffer, D. W. Gaunt // Journal of Shoulder and Elbow Surgery, 25(4). – P. 521-535.

## ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

**Зубко О. Б.**

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Лашковский В. В.

**Актуальность.** Переломы пяточной кости не являются редкой травмой. Они составляют от 1 до 2% от всех переломов костей скелета и 60% от переломов костей стопы [1]. 75% переломов данной локализации являются внутрисуставными по отношению к подтаранному и пяточно-кубовидному суставам. Консервативному лечению подлежат переломы типа Сандерс I.

Внутрисуставные двухфрагментные переломы типа Сандерс ПА, ПВ, ПС, трехфрагментные переломы ШАВ – ШАС – ШВС – не могут быть репонированы без оперативного вмешательства [2]. Состояние мягких тканей и хирургический доступ при открытой репозиции имеют решающее значение для заживления послеоперационной раны и репаративной регенерации костной ткани.

**Цель.** Провести анализ заживления послеоперационной раны в зависимости от предоперационного состояния мягких тканей и расположения L-образного доступа с учетом ангиосом стопы.

**Методы исследования.** Нами проанализировано 60 медицинских карт стационарного пациента (50 мужчин и 10 женщин, возраст от 22 до 69 лет), которые находились на лечении в отделениях травматологии и ортопедии УЗ «ГКБСМП г. Гродно» с 2018 по 2021 гг. Выполнено 60 операций: 29 (48,3%) пациентам с двухфрагментарными переломами типа Сандерс ПА, ПВ, ПС проведена малоинвазивная открытая репозиция под ЭОП-контролем с фиксацией отломков винтами, 28 (46,7%) пациентам с трехфрагментарными переломами ШАВ – ШАС – ШВС – открытая репозиция с использованием расширенного L-образного доступа и металлоостеосинтезом пластиной и винтами с угловой стабильностью, 3 (5%) пациентам с IV типом перелома – аппаратом внешней фиксации. У всех пациентов с трехфрагментными и четырехфрагментными переломами, а также 17 пациентов с 2-х фрагментными переломами на 2-3 сутки после травмы формировался выраженный отек мягких тканей с образованием фликтен. В связи с этим предоперационный койко-день составил от 7 до 10 дней. Только 4 пациентов с переломами типа Сандерс III оперированы в первые сутки.

**Результаты и их обсуждение.** У 5 пациентов с 3-х фрагментными переломами на начальных этапах освоения метода, при выполнении операции из расширенного L-образного доступа до спадения отека мягких тканей стопы (что затрудняло возможность корректного определения границы ангиосомов), отмечен краевой некроз и образование дефекта мягких тканей размером до 5 на 1,5 см. В последующем раны заживали вторичным натяжением. Ни в одном случае не отмечены явления остеомиелита. У 4 пациентов, оперированных в первые сутки после получения травмы, послеоперационная рана зажила первично.

**Выводы.** 1. Многофрагментные внутрисуставные переломы пяточной кости следует оперировать в первые сутки после травмы или через 7-12 дней после устранения трофических нарушений кожи. 2. При выполнении расширенного L-образного доступа необходимо обращать внимание на кровоснабжение боковой поверхности стопы с учетом расположения границ ангиосомов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Tomesen, T. Treatment of Displaced Intra-Articular Calcaneal Fractures with Closed Reduction and Percutaneous Screw Fixation / T. Tomesen, J. Biert, J. P. M. Frölke // J. Bone Joint Surg. Am. – 2011.- Vol.93-A, №10. – P.920-928.
2. Potter, M. Q. Long-Term Functional Outcomes After Operative Treatment for Intra-Articular Fractures of the Calcaneus / M. Q. Potter, J. A. Nunley // J. Bone Joint Surg. Am. – 2009.- Vol.91-A, №8. – P. 1854 -1860.