



Республиканский Специализированный
Научно-Практический Медицинский Центр
Травматологии и Ортопедии



**Конференция травматологов
и ортопедов Узбекистана**

**«Эндоротезирование крупных
суставов и артроскопические
технологии»**



г. Ташкент
30 мая 2020 г.



физиологической кривизны лучевой кости при использовании жестких фиксаторов, что ведет к нарушению пронационно -супинационных движений, а также нарушение функции лучезапястного сустава.

Неудовлетворительные результаты по данным различных авторов встречаются от 7,8 до 46,7 %. В нашей клинике с 2015 по 2019 года оперированы 98 больных с диафизарными переломами костей предплечья. Из них 74 больных составили мужчины, 24 - женщины. 65 переломов приходилось на долю левого предплечья, 33 на правую. 66 больных имели переломы обеих костей предплечья, из них 48 составили переломы средней трети, 6 в верхней трети, 12 в нижней трети. Изолированные переломы лучевой кости встречались в 21 случаях, из них: 3 - в верхней трети, 11 - в средней трети, 7 - в нижней трети. Изолированные переломы локтевой кости встречались у 11 больных, из них: 5 в верхней, 6 в средней трети. В основном у 68 больных произведен интрамедуллярный остеосинтез, у 4 больных из-за наличия осколов дополнительно костные отломки фиксировались серкляжной проволокой. 12 больным произведен чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова. 14 больным произведен комбинированный интрамедуллярный и чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова. Одному больному произведен накостный остеосинтез пластиной.

Наш опыт показывает, что при диафизарных переломах костей предплечья наиболее целесообразным является применение аппаратов наружной чрескостной фиксации. Преимуществом чрескостных аппаратов является достижение стабильной фиксации костных отломков, создание необходимой компрессии, которая обеспечивает оптимальные условия для сращения костных отломков.

ПОКАЗАНИЯ ЭТАПНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

Косимов А.А., Ходжанов И.Ю.

*Республиканский специализированный научно-практический центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Несмотря на разработку целого ряда новых систем и направлений в лечении повреждений костей предплечья число осложнений в виде повторных переломов остается довольно высоким и достигает от 4% до 21,3%. Несмотря на достижения медицинской науки в области детской травматологии и ортопедии, исследования, посвященные лечению рефрактур, единичны. Анализ

литературных источников показал, что рентгенологические изменения в области рефрактуры имеют большое значение при выборе методов лечения и в определении сроков иммобилизации у детей. Кроме того, в литературе нет четкого определения понятия «рефрактура» у детей. По нашему мнению, недостаточная изученность диагностических особенностей и особенностей лечебных подходов при повторных переломах приводит к ухудшению окончательных результатов и объясняет частое возникновение осложнений у детей. Поэтому решение этого вопроса остается актуальным и социально значимым.

Материал и методы. В отделении детской травматологии ГУ «РСНПМЦТО» МЗ РУз с 2010 по 2018 гг. нами наблюдались 52 больных с повторными переломами костей предплечья, из которых 12 (23,1%) были девочки. Возраст детей колебался в пределах 3 – 18 лет (средний возраст - $9,75 \pm 0,28$ лет), больные с сопутствующими заболеваниями были исключены из исследования. Все наблюдавшиеся были разделены на две группы: 1 группа контрольная – 25 (48,1%) пациентов, находившихся на лечении с 2010 г. по 2014 г. с рефрактурами костей предплечья, получавших оперативное лечение (интрамедуллярный остеосинтез спицами - ИМОС); 2 группа – основная – 27 (51,9%) детей, находившихся на лечении с 2014 г. по 2018 г., которым проведено оперативное лечение: у 10 пациентов с выраженным мозолеобразованием по данным рентгенографии проведен ИМОС; у 17 детей проведен комбинированный остеосинтез (КО), т.е. интрамедуллярный остеосинтез спицей в комбинации с аппаратом Илизарова.

Результаты: Оперативное лечение рефрактуры костей предплечья состояло из двух этапов с учетом его особенностей. У детей с рефрактурами костей предплечья с наличием смещения по ширине на $1/3$ поперечника кости и по длине, с углом деформации отломков более 10° , наличием периостальной и параоссальной мозолей по данным рентгенографии в 2-х проекциях служило показанием к оперативному лечению, заключавшемуся в проведении интрамедуллярного остеосинтеза спицей с наложением гипсовой повязки. Операции проводились под общим наркозом. В ходе операции, имеющиеся периостальную и параоссальную мозоли, категорически рекомендуется не удалять.

На втором этапе - через один месяц у этих детей после контрольной рентгенограммы при наличии сращения в области перелома для улучшения кровообращения в эндостальном канале и создания условий для образования эндостальной мозоли под местной анестезией на выходе спица удалялась и накладывалась сегментарная гипсовая повязка на 2 недели. В этот период проводилась разработка смежных суставов для предупреждения развития в них

контрактуры. После снятия сегментарной гипсовой повязки через 2 недели рекомендовалось проведение физиотерапевтических процедур.

У больных с рефрактурами костей предплечья со смещением отломков костей и углом диафизарной деформации более 15° , отсутствием периостальной и параоссальной мозолей, закрытым костномозговым каналом по данным рентгенографии в двух проекциях на первом этапе оперативного лечения под общим наркозом проводился комбинированный остеосинтез. Через один месяц после проведения контрольной рентгенографии при наличии мозоли в области повторного перелома, под местным обезболиванием в области выхода спица удалялась с целью создания условий формирования эндостальной мозоли. Внешняя фиксация аппаратом Илизарова оставлялась еще на две недели с проведением в этот период мероприятий, разрабатывающих смежные суставы. После этого проводилось рентгенографическое исследование в динамике, и в случае образования эндостальной и интрамедиарной мозолей аппарат внешней фиксации демонтировался, т.е. проводилось этапное удаление фиксирующих средств. При отсутствии эндостальной и интрамедиарной мозолей аппарат внешней фиксации оставлялся еще на 2 недели. После снятия аппарата рекомендуется проведение физиотерапевтических процедур.

Вывод: При оперативном лечении и при наличии периостальной и параоссальной мозолей необходимо их сохранение, это относится к ранним рефрактурам относительно первого перелома. В случае рассасывания мозолей на поздних этапах регенерации, мозоли частично удаляются до здоровой ткани и очищается костно - мозговой канал для улучшения кровоснабжения на месте перелома и, соответственно, стимулируются процессы заживления.

УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАР РЕФРАКТУРАСИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Косимов А.А., Ходжанов И.Ю.

*Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-
амалий маркази, Тошкент*

Кириш. Болаларда суякларнинг анатомик-функционал бутунлигини тиклаш учун ортопед-травматологлар ҳам анъанавий консерватив ҳам оператив усуллари кўллашади, бунда остеосинтезнинг каминвазив усули афзал деб саналади. Адабиётлардан маълумки ҳозирги вақтда узун найсимон суякларни остеосинтез қилишда эластик интрамедулляр сихларни кўллаш

<i>Кодиров Р.Р., Кодиров Р.С., Соипов Р.Р.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	102
<i>Кодиров Р.С., Соипов Р.Р., Кодиров Р.Р.</i> ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ	103
<i>Косимов А.А., Ходжанов И.Ю.</i> ПОКАЗАНИЯ ЭТАПНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ.....	105
<i>Косимов А.А., Ходжанов И.Ю.</i> УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАР РЕФРАКТУРАСИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	107
<i>Мирзаев Ш.Х., Шадиев Б.У., Дурсунов А.М., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М.</i> ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	109
<i>Мухаммадиев А.Б., Абдурахмонов Б.У., Деҳқонов Қ.М.</i> УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАРДА БЛОКЛОВЧИ ИНТРАМЕДУЛЛЯР ОСТЕОСИНТЕЗ.....	110
<i>Назарова Н.З., Холмирзаев О.Н.</i> ЛЕЧЕНИЕ БАРОГИДРОТРАВМЫ КИСТИ.....	112
<i>Ни Г.В., Ходжанов И.Ю., Шоматов Х.Ш., Касымов Х.А., Эдилов У.А.</i> НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ОТРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	113
<i>Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б.</i> НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ.....	115
<i>Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ.....	117
<i>Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б.</i> СТИМУЛЯЦИЯ АУТОГЕННЫМ КОСТНЫМ МОЗГОМ ОСТЕОРЕПАРАЦИИ В ЗОНЕ СМОДЕЛИРОВАННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У КРЫС.....	118
<i>Рахматов Р.Б., Сайдиахматхонов С.С., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Шодиев Б.У., Рахимов А.М.</i> УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ	119
<i>Рузикулов О.Ш., Дурсунов А.М., Файзуллаев Г.А.</i> НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОС	121
<i>Сайдиахматхонов С.С., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Мирзаев Ш.Х., Рахимов А.М., Рахматов Р.Б.</i> УСТРОЙСТВО ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ КОСТНЫХ	