

**А.М. <sup>1</sup>ЖАНАСПАЕВ, Г.А. <sup>2</sup>ЖАНАСПАЕВА**

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВ  
БЕДРА И БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ**

<sup>1</sup>Семипалатинская государственная медицинская академия, г. Семей,

<sup>2</sup>НИИ травматологии и ортопедии, г. Астана

Восстановительное лечение пострадавших с полным внутрисуставным переломом мыщелков в коленном суставе продолжает оставаться одной из труднейших проблем практического здравоохранения из-за высокой частоты осложнений от 12% до 38% в виде тугоподвижности коленного сустава, деформирующего артроза, несращения перелома [1-8]. Для благоприятного исхода лечения необходимо обеспечить точную репозицию мыщелков с подключением ранних движений в коленном суставе. Наиболее полно данные требования решаются при открытом сопоставлении перелома, стабильном остеосинтезе и ранней кинезотерапии.

В данной работе представлены результаты оперативного лечения 27 больных с переломом мыщелков бедра, большеберцовой кости, лечившихся в клинике с 1996 по 2007 годы. Из них мужчин было 19, женщин - 8. Повреждения получили при ДТП 20 больных, кататравме - 7. Изолированный перелом констатирован у 7 больных, эти переломы были доминирующими повреждениями при множественных переломах - у 15 и сочетались с повреждением полостных органов - у 5.

Обнажение места перелома производилось доступом R.D. Mize, R.W. Bucholz, D.F. Grogan (1982) с отсечением костной пластинки в верхней трети большеберцовой кости вместе с *tuberositas tibia*, со вскрытием капсулы сустава спереди и снаружи. Доступ обеспечивает оптимальное и точное вправление суставной поверхности обеих мыщелков и надмыщелковой зоны повреждения. Отломки при репозиции фиксировались спицами и одним винтом спереди. После этого моделировалась по конфигурации наружной поверхности бедра либо большеберцовой кости опорная пластина, которая закреплялась к мыщелкам 3-4 спонгиозными винтами диаметром 6,5 мм. К диафизу пластина фиксировалась 5-7 кортикальными винтами. Общая длина использованной пластины колебалась от 180 до 220 мм. Переломы мыщелков большеберцовой кости фиксировались Г-образной пластиной. У всех больных интраоперационно констатировалась стабильная фиксация перелома при переменной нагрузке - сгибание и разгибание голени в коленном суставе в диапазоне 90°. Кортикальная пластина большеберцовой кости укладывалась в свое ложе, сверху устанавливалась пластина на 3 отверстия и фиксировалась винтами. Стабильность синтеза проверялась при движении в коленном суставе до 90°.

Пациент укладывался после операции на ортопедическую кровать с риверсивным электроприводом в положении сгибания в коленном суставе на 90°. На 3 день в лечение подключались пассивные движения в коленном суставе с малой скоростью в 2 этапа:

1 этап: подключив электродвигатель, осуществлялось опускание ножной секции подматрачной панели с 90° до 170°. При этом происходило разгибание голени в коленном суставе;

2 этап: переключив электродвигатель, в обратном направлении конечность возвращалась в исходное положение - сгибания в коленном суставе 90°.

В первый день пассивное движение сустава (ПДС) производилось один раз. В последующие дни добавляли по одному и доводили до 5 циклов в день. Между циклами ПДС пациент самостоятельно проводил изометрическое напряжение мышц бедра, голени, активные движения стопой поврежденной конечности. Швы с послеоперационной раны снимали на 12-14 дни и переходили к активным движениям в коленном суставе, начиная с 15-20 упражнений ежедневно, увеличивая продолжительность ЛФК, доводили сеанс до 20-30 минут. ЛФК пациент осуществлял 6 раз в течение дня. Один сеанс производил под контролем методиста ЛФК, остальные самостоятельно. Активное восстановительное лечение проводилось в амбулаторных условиях. Если же пациент продолжал стационарное лечение из-за других повреждений, активная кинезотерапия осуществлялась в стационаре.

К моменту снятия швов с послеоперационной раны амплитуда подвижности коленного сустава у наблюдавшихся больных колебалась от 80° до 90°. В течение первого месяца после операции объем движения в коленном суставе достигал 110°-115°, второго месяца - восстанавливался до полного объема.

опорная нагрузка разрешалась через 4-6 недель. Пациенты ходили с полной опорной нагрузкой через 8-10 недель после операции.

Таким образом, остеосинтез опорной пластиной, ранние ПДС в после-операционном периоде до заживления послеоперационной раны, активная кинезотерапия в последующем, обеспечили полное восстановление подвижности коленного сустава и опороспособности конечности в течение 2 месяцев с момента операции.

**Литература:**

1. Mize K.D., Bucholz R.W., Grogan LP. Surgical treatment of displaced, comminuted fractures of the distal end of the femur: an extensile approach // J. Bone Joint Surg. 1982, № 64, P.871-879.

2. Savoie F.H. et. al. Tibial plateau fractures: a review of operative treatment using AO technique // Orthopedics. 1987, №10, 745 p.
3. Patterson B.M., Benirschke S.K., Mayo K.A., Henley M.B. Comminuted intraarticular fractures of the distal femur: a study of outcome // J. Orthop., Traum. 1993, №7, P. 170-176.
4. Kumar A. et. al. Fibular head autograftsalvage technique for severely comminuted lateral fractures of the tibial plateau: report of five cases // Am. J. Orthop. 1996, Vol 29, 766 p.
5. Whittle A.P Fractures of Lower Extremity // Campbells Operative Orthopaedics. Mosby, 1998, P. 2119-2136.
6. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения. Москва, «Книга плюс», 2002, 256 с.
7. Ali A., El Shaufie M., Llett K. Failure of fixation of tibial plateau fractures И J. Orthop. Trauma. 2002, Vol 16, №5, P. 323-329.
8. Каюпов С.К., Кадырбаев Ж.К., Джамалетдинов В.С., Джумашева А.Б. Оперативное лечение переломов дистального отдела бедра у пострадавших с сочетанной и множественной травмой // Травматология жэне ортопедия. 2005, № 2, С. 86-87.