

стали испытывать эстетический и психоэмоциональный дискомфорт в социальной среде. Все пациенты удовлетворены результатом лечения.

#### **Выводы**

1. Методика малоинвазивной коррекции ВДГК с помощью пластин является эффективным и безопасным методом хирургического лечения.

2. Видеоторакоскопическая поддержка позволяет минимизировать риск интраоперационных осложнений и уменьшить длительность оперативного вмешательства.

3. Малоинвазивность, отсутствие кровопотери, малое время операции, ранняя активизация пациентов позволяет оптимизировать показатель «койко-день» до 7–10 суток (включая отделение реанимации), уменьшая таким образом бюджетные расходы на стационарное пребывание пациента.

УДК 616.718-001.5

### **ПРИМЕНЕНИЕ СТЕРЖНЯ С БЛОКИРОВАНИЕМ И ТРЕХКОМПОНЕНТНЫМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПОКРЫТИЕМ, СОСТОЯЩИМ ИЗ ПОЛИМЕРА, СОЛИ СЕРЕБРА И АНТИБИОТИКА ПРИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПЕРЕЛОМАХ И НЕСРАЩЕНИЯХ БЕДРЕННОЙ И БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТЕЙ**

*Волотовский П. А.<sup>1</sup>, Ситник А. А.<sup>1</sup>, Тапальский Д. В.<sup>3</sup>, Герасимов А. В.<sup>2</sup>,  
Корзун О. А.<sup>1</sup>, Бондарев О. Н.<sup>1</sup>, Герасименко М. А.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии»,

<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения

«6-я городская клиническая больница»

Минск, Республика Беларусь

<sup>3</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Цель**

Мы провели данное исследование, чтобы оценить эффективность интрамедуллярного остеосинтеза стержнем с блокированием и антибактериальным покрытием, состоящим из полимера (полиуретан), соли серебра (AgBr) и антибиотика (ципрофлоксацин), при инфицированных переломах и несращениях длинных трубчатых костей нижних конечностей.

#### **Материал и методы исследования**

В качестве имплантатов использовали солидные титановые стержни с блокирующими отверстиями. Покрытие требуемой толщины наносили вакуумно-плазменным методом из активной газовой фазы на базе кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии Гомельского государственного медицинского университета.

В клиническое исследование были включены 8 пациентов с инфицированными переломами и несращениями бедра и голени, из которых — 6 (75 %) пациентов были мужского пола и 2 (25 %) — женского. Средний возраст составил  $43,5 \pm 14,7$  лет. Период времени от получения первичной травмы до остеосинтеза стержнем с блокированием и антибактериальным покрытием варьировал от 1 недели до 20 месяцев. У 2 (25 %) пациентов в качестве диагноза фигурировал хронический посттравматический остеомиелит и ложный сустав длинной трубчатой кости, у 2 (25 %) пациентов переломы были изначально закрытыми, однако сопровождались значительным повреждением мягких тканей, еще у 4 (50 %) пациентов были открытые инфицированные пере-

ломы длинных трубчатых костей нижних конечностей. Результаты бактериологического исследования показали, что у 2 (25 %) пациентов инфекции были вызваны *S. aureus*, у 1 (12,5 %) *E. Coli* и *K. Pneumoniae*, в остальных случаях посев тканей роста не дал. После хирургической обработки остеосинтез проводили по общепринятым стандартам. Пациенты дополнительно получали системную антибиотикотерапию в соответствии с профилем чувствительности. Нагрузку на оперированную конечность разрешали с учетом анатомических особенностей перелома.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

На момент написания статьи средняя продолжительность наблюдения после операции составляет  $4,4 \pm 1,0$  месяца. Ни у одного из пациентов после операции и завершения курса антибактериальной терапии не наблюдалось никаких признаков рецидива инфекции. Не позднее 2,5 месяцев после операции все 8 (100 %) пациентов приступили к полной нагрузке на оперированную конечность. Рентгенография подтвердила наличие костного сращения у 5 пациентов, еще у 3 пациентов на рентгенограммах стояние конструкции и положение удовлетворительное, наблюдаются начальные признаки консолидации перелома.

#### **Выводы**

Интрамедуллярный остеосинтез стержнем с блокированием и трехкомпонентным антибактериальным покрытием позволил добиться эрадикации инфекции и сращения костных отломков у большинства пациентов. Данная методика эффективна и ее применение не сопряжено с трудностями, характерными для интраоперационного изготовления антибактериальных покрытий.

УДК 615.847+616.8-009.7

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ МИОФАСЦИАЛЬНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ**

*Голдобина Л. П.<sup>1</sup>, Столярова Т. В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Республиканская клиническая больница имени Г. Г. Куватова»

<sup>2</sup>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Больница скорой медицинской помощи»  
г. Уфа, Российская Федерация

#### **Цель**

Изучение эффективности воздействия различными методиками физиотерапии при миофасциальном болевом синдроме (МФБС).

#### **Материал и методы исследования**

Наблюдались 58 пациентов в возрасте от 30 до 50 лет с нейродистрофическими мышечными синдромами остеохондроза позвоночника. Локальные мышечные гипертонусы наиболее часто выявлялись в трапецевидных, грудных, ягодичных и икроножных мышцах. Всем больным проводили клинико-инструментальное обследование, включающее нейроортопедические, рентгенографические с качественной и количественной их оценкой: подсчитывался показатель миофасциального болевого синдрома (ПМФБС). Восстановительное лечение пациентов с МФБС было направлено на инактивацию триггерных точек, восстановление нарушенного состояния нервно-мышечного аппарата, нормализацию нейровегетативных нарушений, коррекцию патологического и закрепление оптимального двигательного стереотипа. 1-я группа (30 пациентов) получала комплексное лечение — низкочастотную магнитотерапию на область миогенного триггера и паравер-