

Визначали переміщення та напруження сегмента гомілки при осьовому та ротаційному навантаженні, при цьому технічні умови були тотожними.

**Результати.** Стабільність остеосинтезу ВГК при осьовому навантаженні виявилася найнижчою при сегментарних та однорівневих переломах обох кісток гомілки. Стабільність остеосинтезу зростала пропорційно збільшенню відстані між лініями переломів: при переломах ВГК у верхній і МГК в нижній третині, ВГК в нижній і МГК в верхній. Характеристики стабільності остеосинтезу при ротаційному навантаженні були аналогічними осьовим.

Результати другої серії дослідження продемонстрували, що стабільність остеосинтезу обох кісток гомілки приблизно однакова при будь-яких співвідношеннях рівнів переломів з різницею між мінімальними показниками 7,2% при осьовому, та 5,2% ротаційному навантаженнях. При однорівневих переломах остеосинтез обох кісток гомілки характеризується збільшенням жорсткості фіксації на 31,3-35,3% при осьовому та на 19,1-21% при ротаційному навантаженні у порівнянні з остеосинтезом тільки ВГК. Найвища жорсткість зареєстрована при переломах на різних рівнях і пропорційно збільшувалася відстані між лініями переломів.

**Висновки.** Остеосинтез малогомілкової кістки при нестабільних переломах кісток гомілки (42 В3, С1, С2, С3) за рахунок її нейтралізуючо-опорної функції збільшує жорсткість та стабільність фіксації великогомілкової кістки і сегменту в цілому, попереджує втрату репозиції та вторинного зміщення, сприяє відновлення анатомічних співвідношень, дозволяє відмовитися від застосування додаткової зовнішньої фіксації, що дає можливість раннього дозованого осьового навантаження та скоротити терміни реабілітації.

# НЕОБХІДНІСТЬ ФІКСАЦІЇ МАЛОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ ПРИ ОДНОРІВНЕВИХ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМАХ КІСТОК ГОМІЛКИ

Калашніков А.В., Літун Ю.М., Ставінський Ю.О.

*ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ, Україна*

**Ключові слова.** *Діафізарні переломи, кістки гомілки, малогомілкова кістка.*

**Вступ.** Діафізарні переломи кісток гомілки за частотою посідають перше місце серед переломів довгих кісток. Консервативне лікування закритих стабільних переломів допускає вкорочення до 10 мм та кутову деформацію до 5°. Як правило більшість хірургів, віддають перевагу оперативному лікуванню, попереджуючи контрактури, незрощення, деформації, а також можливість розпочати раннє відновне лікування та реабілітацію. Інтрамедулярний остеосинтез є золотим стандартом лікування діафізарних переломів. Незважаючи на ряд переваг даного методу частота розладів репаративного остеогенезу варіює від 5% до 33%.

Актуальним залишається ряд питань – яку роль у стабільності однорівневих переломів відіграє ушкоджена чи інтактна МГК?

**Мета** – вивчити вплив додаткової фіксації малогомілкової кістки на результати лікування діафізарних переломів обох кісток гомілки.

**Матеріали та методи.** Ретроспективно вивчено результати лікування 53 пацієнтів з діафізарними переломами кісток гомілки (42 АО/ASIF), які знаходилися на лікуванні в клініці інституту. Включені пацієнти в дослідження, були розділені на 2 групи. В дослідну групу, де була виконана додаткова фіксація МГК, увійшло 24 постраждалих (чоловіки – 22 і жінки – 2). Контрольну групу склали 29 пацієнтів (чоловіки – 23 та жінок – 6), де виконувався тільки остеосинтез ВГК. За механізмом та характером ушкодження в обох групах перевищувала високоенергетична травма (58,3% у дослідній групі і 41,4% у контрольній групі). Відкриті переломи – 11 осіб (45,8%) у I групі та 17 пацієнтів (58,6%) у II групі.

**Результати.** Протягом всього періоду спостереження в дослідній групі не було жодного випадку втрати репозиції чи кутової/ротаційної дислокації. На відміну від дослідної групи у контрольній було констатовано втрату репозиції з наступним невірним зрощенням у 4