

сучасному етапі застосовують операції з використанням позавогнищового компресійно-дистракційного методу остеосинтезу апаратами на зразок Лізарова з обов'язковою попередньою остеотомією малоомілкової кістки (МГК), яка до цього часу зростається. Застосовують і стержневі апарати, а також комбінацію компресійно-дистракційних і стержневих апаратів. Але в деяких випадках, коли є дефект кісткової тканини, проводять кісткову пластику. Автотрансплантат беруть з крила клубової або з ВГК. Проте остеотомія МГК з наступним зближенням фрагментів ВГК може викликати деформацію, стиснути м'які тканини і малоомілковий нерв. Забір трансплантата наносить додаткову травму хворому. Для усунення цих недоліків пропонується поперечна подвійна остеотомія МГК на рівні дефекту ВГК з використанням вирізаної частини МГК як автотрансплантата, що вводиться інтрамедулярно. Запропонований спосіб пластики несправжніх суглобів ВГК сприяє стабільній адаптації відламків, поліпшує регенерацію кісткової тканини і виключає додаткове травмування при формуванні кісткового трансплантата. За даною методикою прооперовано двоє хворих. Післяопераційних ускладнень не було.

УДК 618.019

ОСТЕОСИНТЕЗ ЛІКТЬОВОГО ВІДРОСТКА МОДИФІКОВАНИМ ЦВЯХОМ БОГДАНОВА

А.Т.Зінченко

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Методом вибору оперативного лікування при переломах ліктьового відростка (ЛВ) є металоостеосинтез цвяхом Богданова. Недоліки методу: стандартний цвях Богданова треба скорочувати в зв'язку з тим, що у нього на всій довжині один діаметр і це призводить до розклинення відламків та їх зміщення. Крім того, цвях може мігрувати, зменшуючи стабільність зіставлення відламків, і викликати явища бурситу ліктьового суглоба. Для усунення цих недоліків запропоновано модифікований цвях Богданова для остеосинтезу при переломах ЛВ зі зміщенням відламків. Для прискорення остеосинтезу, доброї адаптації відламків, стабільної фіксації перелому і виключення міграції діаметр цвяха Богданова на відстані 2-3 см від початку конусоподібно зменшують на половину і більше з урахуванням ступеня звуження кістково-мозкового каналу ліктьової кістки на межі середньої і нижньої третини. На 0,5 см від отвору цвяха, за який його видаляють після зрощення, формують звуження (шийку) завдовжки 0,5 см. Деякі зміни в конструкції цвяха Богданова (формування шийки, поступове конусоподібне зменшення діаметра) покращує стабільність фіксації відламків, виключає міграцію цвяха, значно скоро-

чує час операції, її травматичність і поліпшує якість лікування хворих. За даною методикою прооперовано 12 хворих. У післяопераційному періоді вони отримували анальгетики, антибіотики, іммобілізацію кінцівки гіпсовою шиною впродовж 1-2 тиж з раннім проведенням фізіофункціональної та реабілітаційної терапії. Ускладнень не було, зрощення і поновлення функції суглоба наставало в оптимальні терміни.

УДК 618.019

СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОДВІЙНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

А.Т.Зінченко

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Для поліпшення якості лікування подвійних переломів стегнової кістки, коли лінія перелому дистального відламка проходить через губчасту кісткову тканину (метаепіфіз), пропонується оперативний спосіб лікування, який поліпшує міцність фіксації кісткових відламків і не потребує накладання гіпсової пов'язки після операції. Спосіб передбачає комбінований остеосинтез (інтрамедулярний та екстремедулярний) з застосуванням компресійного металополімерного фіксатора (КМПФ) І.М.Рубленіка та кутоподібного фіксатора, який виготовляється з цвяха Бакічарова. Блокуючі гвинти проводять через поліамідні вікна КМПФ та отвори в бранші кутоподібного фіксатора. Вони не тільки надійно фіксують кутоподібний фіксатор, але й сприяють з'єднанню двох конструкцій в єдину систему, яка забезпечує стабільне зіставлення і компресію відламків. Кут конструкції становить 80-90°. Запропонований спосіб оперативного лікування подвійних переломів стегнової кістки поліпшує якість і стабільність остеосинтезу, виключає зовнішню фіксацію, що дозволяє в ранні терміни розробляти рухи в суглобах і навантажувати кінцівку. Даний спосіб використаний при лікуванні п'яти хворих. Післяопераційних ускладнень не було. Функції кінцівки поновилися в 2-3 рази швидше.

УДК 618.019

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ОСКОЛКОВИХ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМІВ ФАЛАНГ ПАЛЬЦІВ

А.Т.Зінченко, А.А.Зінченко, В.С.Кирилюк

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

При осколкових внутрішньосуглобових переломах фаланг пальців у деяких випадках при неефективності консервативної терапії (ручна репозиція з накладанням гіпсової пов'язки, витягання методами

Клаппа або Черкес-Заде) і закритих оперативних методів (корекція з трансартикулярною фіксацією спицями Кіршнера) застосовують відкриту репозицію та остеосинтез спицями. При цьому частіше використовують дві спиці Кіршнера, які проводять навхрест з попередньою адаптацією відламків і фрагментів. Але не завжди вдається досягти повної конгруентності суглобових поверхонь. Крім того, відламки нерідко зміщуються під час проведення спиць та в післяопераційному періоді. Для усунення цих недоліків пропонується спочатку провести зіставлення і стабільну фіксацію відламків, які беруть участь в утворенні суглобових відділів фаланг, за допомогою поперечно проведеної спиці, а потім зіставлення відламків і їх фіксацію проведенням двох спиць навхрест. Запропонований спосіб сприяє більш точному і стабільному зіставленню та утриманню фрагментів. Це дозволяє скоротити час фіксації основних кісткових відламків і позитивно впливає на якість і терміни лікування, дозволяє в більш ранній період після операції проводити фізіофункціональне лікування і реабілітаційні заходи. Даним способом прооперовано 8 хворих. Післяопераційний період без ускладнень, у всіх хворих отримані задовільні функціональні результати.

УДК 618.019

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ БАГАТООСКОЛКОВИХ ПЕРЕЛОМІВ НАДКОЛІНКА

А.Т.Зінченко, А.А.Зінченко, В.С.Кирилюк

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Лікування закритих і відкритих багатоосколкових переломів надколінка (БОПН) проводиться оперативним методом. При цьому видаляють основу або верхівку, а в деяких випадках надколінок видаляють повністю, що призводить до розвитку деформуючого артрозу колінного суглоба. Причинами останнього є постійне мікротравмування суглоба. Пропонуємо спосіб оперативного лікування БОПН, який полягає в тому, що надколінка формується з двох найбільших відламків. Поновлюється розгинальний і боковий зв'язковий апарат, зберігається захисна функція надколінка. Отже, спосіб остеосинтезу при БОПН дозволяє зберегти найбільшу сесамоподібну кістку, яка захищає колінний суглоб від мікротравм. Даним методом лікували трьох хворих, в одному випадку перелом надколінка був відкритим. Післяопераційних ускладнень не було. Хворі отримували анальгетики, антибіотики, гіпсову іммобілізацію впродовж 4-6 тиж (гіпсова шина – 2 тиж, тугор – 4 тиж). Після накладання гіпсового тугора хворі ходили з навантаженням оперованої кінцівки в положенні розгинання її в колінному суглобі. Функція колінного суглоба у всіх хворих поновилася в оптимальні терміни.

УДК 616.342-002.44-005.1

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КРОВОТОЧИВОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

О.І.Іващук, О.О.Карлійчук, А.С.Паляниця, П.М.Волянюк

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

У роботі представлено результати дослідження та лікування 132 хворих віком понад 60 років із хронічною дуоденальною виразкою. У 97 пацієнтів (основна група) перебіг захворювання ускладнився кровотечею. У контрольній групі співвідношення між чоловіками і жінками – 1,5, в основній – 1,94. У контрольній групі “старечих” виразок було 15 (42,9%), а “застарілих” – 20 (57,1%); в основній – 59 (60,8%) та 38 (39,2%) відповідно. Легкий ступінь кровотечі був у 26 хворих (26,8%), середній – 47 (48,5%), тяжкий – 24 (24,7%). Виразковий анамнез при кровоточивих “старечих” виразках становив $2,57 \pm 0,67$, при “застарілих” – $19,21 \pm 1,51$ років. Час від проявів кровотечі і до госпіталізації – $36,18 \pm 4,02$ год. Наявність патології при кровотечі була $1,62 \pm 0,13$ у.о. (1 у.о. – одна система органів). За локалізацією виразки у контрольній групі переважав передній контур дванадцятипалої кишки (ДПК). При кровотечі підвищується відсоток локалізацій по задньому контуру та верхній стінці. Слід зазначити зростання подвійних виразок при кровотечі у 3,5 раза. Розмір виразки при виникненні кровотечі зменшувався, в той же час при “застарілій” виразці і тяжкому ступені розмір значно збільшувався (1,6 раза). Ендоскопічна картина за Forrest'ом: FIa – 3,6%; FIb – 3,6%; FIIa – 1,2%; FIIb – 35,7%; FIIc – 23,8%; FIII – 32,1%. Переважання “старечого” типу виразки при виникненні кровотечі має слугувати додатковим фактором у виборі лікування, оскільки роль кислотного фактора, Нр-інфекції значно меншав у їх етіопатогенезі, ніж при “застарілій”. Застосування загальноприйнятих методик комплексного лікування може бути неефективним і потребує подальшої розробки. Досить тривалий час від перших проявів кровотечі і до госпіталізації є тривожним фактором, оскільки відсутність адекватного комплексного лікування обтяжує перебіг захворювання виникненням порочного кола за участі поєднаної патології. При виборі адекватного оперативного втручання варто враховувати ріст відсотка виразкових локалізацій по задньому контуру ДПК, а також збільшення розміру виразок при “застарілій” локалізації. Це робить малоефективними багато загальноприйнятих методик – як органозберігальних, так і резекційних. Орієнтація на стигмати кровотечі за ендоскопічною картиною у даної групи хворих не коректна. Слід враховувати і тип виразки, тяжкість кровотечі та наявність і ха-