



Аналізували клінічні дані, результати лабораторних методів, параметри МПІ, класу поєднаної патології, вік. Вплив досліджених показників на розвиток післяопераційних ускладнень визначали за допомогою дисперсійного аналізу.

Виконаний аналіз дозволив розробити шкалу, згідно якої прогнозування ПУ проводиться у два етапи. На першому етапі, до операції, у шкалу включені показники, які характеризують хірургічну патологію, перитоніт і супутні захворювання. Кожному з них надана певні кількість пунктів: гострий апендицит, гострий простий холецистит, гінекологічна патологія, кишкова обструкція (не пухлинна) без некрозу (1); кишкова обструкція (не пухлинна) з некрозом, гострий деструктивний холецистит, перфорація гастродуоденальних виразок, тонкої кишки, пухлин шлунка, гостра виразкова кровотеча, акушерська патологія (2); травма живота, пухлина ободової кишки з непрохідністю, хвороба Крона, гострий панкреатит, мезентеріальний тромбоз, післяопераційний перитоніт (3); місцевий перитоніт (2), дифузний перитоніт (4), розлитий перитоніт (6); супутня патологія відсутня (0), клас коморбідності 0 (0), клас 1 (1), клас 2 (2), клас 3 (3).

Результати дисперсійного аналізу засвідчили статистично істотну залежність частоти розвитку ускладнень від визначеної суми пунктів. Згідно шкали, хворі попередньо поділяються на групи звичайного (2-4 пункти), збільшеного (5-7 пунктів), середнього (8-9 пунктів) і високого (10 і більше пунктів) ризику виникнення післяопераційних ускладнень. Таке виділення груп ризику дозволяє застосовувати необхідні заходи з профілактики ускладнень вже на етапі передопераційної підготовки хворих. Остаточне визначення ризику проводиться з урахуванням даних інтраопераційної ревізії та лабораторних досліджень. На цьому етапі склад і внесок прогностичних критеріїв наступні: характеристики хірургічної патології згідно передопераційних даних; характеристики перитоніту згідно показника МПІ; характеристики супутньої патології згідно доопераційних даних; вміст паличкоядерних лейкоцитів: менше 3, або більше 37% – 3 пункти, 26 – 36% - 2, 4 – 25% - 0; застосування запрограмованої санації 2 пункти.

Аналіз клінічних і лабораторних показників засвідчив, що дисперсія параметрів післяопераційних ускладнень статистично істотно пояснюється внеском представлених показників. Розмежування груп ризику проводиться наступним чином: менше 18 пунктів – звичайний ризик, 18-25 пунктів - збільшений (переважно ранові ускладнення), 26-34 пункти - середній (абсцеси, інфільтрати, дифузний перитоніт, неспроможність швів), більше 35 пунктів - високий ризик (тяжкий перитоніт, сепсис), що підтверджено результатами однофакторного дисперсійного аналізу. Віднесення конкретного хворого до певної групи дозволяє обґрунтовано використовувати необхідні профілактичні заходи під час операції та в післяопераційний період.

Таким чином, запропонований метод дозволяє відносити хворих на різні форми гострого перитоніту до груп звичайного, збільшеного, середнього і високого ризику виникнення післяопераційних ускладнень. Проведення роздільного прогнозування до та під час операції дозволяє диференційовано застосовувати заходи з профілактики ускладнень впродовж всього періоду лікування.

**Дудко О.Г., Головчанський І.В.**

### **ОСОБЛИВОСТІ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВІДКРИТИХ ПЕРЕЛОМІВ КИСТІ**

*Кафедра травматології та ортопедії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Відкриті переломи кісток кисті становлять 91,2% всіх переломів кисті, переважна більшість яких зустрічається у чоловіків працездатного віку. Нерідко вони супроводжуються значним пошкодженням м'яких тканин: шкіри, сухожилків, судин та нервів, що значно погіршує прогноз їх лікування та відновлення функції зокрема.

Нами проведено аналіз лікування та методів остеосинтезу при відкритих переломах кісток кисті у пацієнтів, що лікувалися в травматологічному відділенні для дорослих ОКУ «ЛШМД» м. Чернівці в 2015 – 2016 роках. Всього на стаціонарному лікуванні знаходився 121 хворий з переломами кисті, з них у 76 хворих були відкриті переломи (42 пацієнта у 2015 році, 34 – у 2016 році). Остеосинтез спицями проведено у 64 хворих, остеосинтез гвинтами у 4 хворих, остеосинтез гвинтами і спицями у двох хворих, остеосинтез АЗФ (апарат зовнішньої фіксації) у 6 хворих. При відкритих переломах фаланг пальців і п'яних кісток для остеосинтезу частіше застосовуються спиці Кіршнера різного діаметру. Застосування АЗФ показано при значній травматизації тканин кисті, обширних рваних ранах, субтотальних ампутаціях пальців. Зокрема при остеосинтезі скалкових, нестабільних переломів кісток кисті накладання АЗФ дозволяє швидко та атравматично провести стабілізацію перелому, після чого проводиться відновлення сухожилків та інших пошкоджених м'якотканинних структур. Крім того післяопераційне ведення даних хворих має наступні переваги: ведення хворого без гіпсової пов'язки, кращі умови для загоєння ран та відновлення функції сегменту. Консолідація переломів та видалення фіксаторів проводилося в терміни 4-5 тижнів з подальшою розробкою рухів в суглобах кисті.

При переломах з косою і гвинтоподібною лінією зламу доцільно застосовувати стягуючі мінігвинти, в поєднанні зі спицями Кіршнера. При значному пошкодженні м'яких тканин у випадку відкритих переломів кісток кисті доцільно проводити фіксацію АЗФ. Застосування АЗФ з різьбовою планкою дозволяє проводити дистракцію та репозицію змішених кісткових відламків.