

лігатурою і протягують через зроблені отвори плюсневих кісток за допомогою зонда або дротяного серкляжа. У зв'язку з тим, що плюсневі кістки знаходяться на різних рівнях зазначена маніпуляція виконується не зразу, що спричиняє подовження тривалості операції, додаткове травмування тканин тощо. Щоб уникнути цього, ми робимо в межах хвостовика свердлика отвір з боковими пазами для протягування шовкової лігатури з сухожилковим трансплантатом. Після просвердлювання каналів у плюсневих кістках свердло-провідник від'єднують від електродрилі. До нього прикріплюють сухожилковий трансплантат, який без зусиль протягують через кісткові канали одночасно з видаленням свердлика. Даним методом прооперовано 28 хворих з Hallus valgus 3-4 ступеня із задовільними результатами. Запропонований спосіб оперативного втручання з приводу відхилення першого пальця стопи і вираженої поперечної плоскостопості скорочує тривалість оперативного втручання, виключає додаткове травмування тканин і може бути рекомендований для впровадження в практичну охорону здоров'я.

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ГІПСОВОЇ ПОВ'ЯЗКИ

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

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

При переломах плечової кістки після скелетного витягання останнім часом почали застосовувати функціональні гіпсові пов'язки. Їх накладають від надпліччя до верхньої третини передпліччя в положенні згинання ліктьового суглоба під кутом 130°. На передній поверхні нижньої третини плеча гіпс відсутній, що дозволяє згинати кінцівку в ліктьовому суглобі до кута 60°. Недоліком функціональної гіпсової пов'язки є можливість латерального та проксимального зміщення її на рівні верхньої третини плеча та надпліччя, що може погіршити фіксацію відламків. Нами запропоновані фіксувальні лямки, які прикріплюються до гіпсу на рівні верхньої третини плеча і надпліччя через зроблені отвори. Лямки до функціональної гіпсової пов'язки при переломах плечової кістки забезпечують надійну фіксацію кінцівки, виключають зміщення гіпсу в верхній третині плеча і дозволяють проводити ранні реабілітаційні заходи. Лікування за допомогою модифікованої функціональної гіпсової пов'язки проведено 23 хворим з переломами плечової кістки. У всіх пацієнтів отримані добрі результати. Отже, запропоновані фіксувальні лямки до функціональної гіпсової пов'язки при переломах плечової кістки є технічно простим і доступним методом, який скорочує термін перебування пацієнтів у стаціонарі, тому його можна рекомендувати для широкого впровадження.

СПОСІБ ПЕРЕВ'ЯЗУВАННЯ НЕОДНОРІДНИХ РАН КІНЦІВОК

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

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.

В ортопедо-травматологічній практиці трапляються хворі зі складними відкритими пошкодженнями, які в деяких випадках ускладнюються нагноєнням ран, відламкових гематом. Можливе виникнення неоднорідних ран з урахуванням ранового процесу, виділень, глибини пошкодження тканин, фаз запального процесу і інші. Наприклад, при відкритому подвійному переломі кісток гомілки можуть бути гранулюючі рани, які загоюються вторинним натягом, і рани з гнійним виділенням (міжвідламкова гематома, що нагноїлася). Одні з них потребують одноразового перев'язування впрожовж 2-3 днів, інші – щоденного. При щоденних перев'язках витрачається багато перев'язочного матеріалу. З метою його економії, а також прискорення загоювання ран нами розроблений спосіб перев'язування неоднорідних ран. Після накладання пов'язок застосований ватник (стерильний, ватно-марлевий) надрізають поперечно в декількох місцях (залежно від кількості ран). Наступного разу частина ватника в проекції рани відвертається, проводяться перев'язки і він знову прибинтовується. Ті рани під ватником, які не потребують перев'язок, не відкривають. Таким способом можливе щоденне перев'язування рани з гнійним виділенням та один раз у 2-3 доби гранулюючих або інших ран, які не потребують щоденних оглядів і перев'язок. Ватник замінюється один раз на 3 дні (традиційним способом – щоденно). Даний спосіб застосований нами для лікування двох пацієнтів з численними відкритими переломами кісток гомілок.

МОДИФІКАЦІЯ ГІПСОВОЇ ПОВ'ЯЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

А.Т.Зінченко, А.А.Зінченко, П.В.Ковальчук, А.В.Мартинов

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Переломи хребта, особливо в шийному відділі, відносяться до тяжких пошкоджень. При цьому нерідко застосовується консервативний метод лікування за допомогою гіпсових пов'язок, які накладаються з нашійником – гіпсовий напівкорсет. При переломах тіл шийних хребців гіпсовий напівкорсет з нашійником повинен утримувати голову хворого в закинутому положенні або з переднім нахилом. Останнє положення досягається за допомогою переднього щитка нашійника, який утримує підборіддя в потрібному положенні. При цьому іноді виникають явища дискомфорту в ділянці підборіддя. Для його усунення застосовують ватно-марлеві прокладки, які

можуть збільшувати кут нахилу голови, що неприпустимо. Нами запропонована стандартна підставка для підборіддя від шин, яка вмонтовується в напівкорсет у заданому положенні, що виключає явища дискомфорту і запобігає збільшенню кута нахилу голови. Модифікована гіпсова пов'язка застосована у шести хворих з переломами шийного відділу хребта, одержані добрі результати. Отже, гіпсова пов'язка з підставкою для підборіддя при переломах шийного відділу хребта усуває дискомфорт у хворих, тому її можна рекомендувати для широкого впровадження.

ПРИСТАВКА ДЛЯ ВИТЯГАННЯ ДО ТОРОКОБРАХІАЛЬНОЇ ПОВ'ЯЗКИ

А.Т.Зінченко, А.А.Зінченко, А.В.Мартишов

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.

При переломах кісток лопатки і плеча лікування може здійснюватися за допомогою шини ЦІТО, яка дозволяє зробити відведення кінцівки і застосувати скелетне витягання. Хворі самостійно рухаються, тому лікування можна проводити в амбулаторних умовах. За відсутності такої шини лікування проводять у стаціонарі, де хворий тривалий час "прикутий" до ліжка (скелетне витягання). Нами запропонована приставка для витягання, яку вмонтовують у торокобрахіальну гіпсову пов'язку, що дозволяє проводити лікування в амбулаторних умовах. При цьому нижня третина плеча і ліктьовий суглоб вільні від гіпсу в зв'язку з тим, що спицю Кіршнера проводять через ліктьовий відросток. Приставка складається з блочка, прикріпленого до металевої або дерев'яної планки. Дана приставка може бути використана для лікування переломів лопатки і плечової кістки в будь-якому травматологічному або хірургічному відділеннях з наступним переведенням хворих на амбулаторне лікування. Приставку можна використовувати багаторазово. За допомогою приставки для торокобрахіальної гіпсової пов'язки лікували п'ять хворих з переломами шийки лопатки зі зміщенням і 11 хворих з переломами діафіза плечової кістки. Отримані добрі анатомічні і функціональні результати.

МАЛОІНВАЗИВНИЙ СПОСІБ КОМПРЕСІЙНО-ДИСТРАКЦІЙНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ПОДВІЙНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ГОМІЛКИ

А.Т.Зінченко, С.В.Кирилюк, О.М.Сапоженик

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.

При лікуванні подвійних переломів кісток гомілки зі зміщенням відламків найчастіше застосовують метод позавогнищезового остеосинтезу за допомогою компресійно-дистракційних апаратів типу Ілізарова і стержневих. Для стабільної фіксації подвійних переломів кісток гомілки компресійно-дистракційними

апаратами Ілізарова треба застосовувати більше кілець (5-6 замість 4-х). Стержневі апарати також потребують збільшення кількості стержнів (8-12). Все це наносить додаткову травму хворому і подовжує час оперативного втручання. Нами запропоновано малоінвазивний спосіб компресійно-дистракційного остеосинтезу подвійних переломів кісток гомілки завдяки комбінації апарата Ілізарова зі стержневим. Замість 5-6 кілець Ілізарова застосовують 2, а замість 8-12 стержнів – 4. Це дозволяє уникнути додаткового травмування, прискорити час оперативного втручання при збереженні стабільної фіксації зіставлених кісткових відламків, значно зменшити матеріальні витрати на операцію. Даним способом лікували трьох хворих з подвійними відкритими переломами кісток гомілки зі зміщенням. Зрощення кісток настало в оптимальні терміни у всіх пацієнтів.

МАЛОІНВАЗИВНИЙ СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

А.Т.Зінченко, С.В.Кирилюк, Д.І.Яким'юк

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Переломи шийки стегнової кістки здебільшого лікують оперативним методом. Для скріплення зіставлених відламків використовують різні конструкції: три-, дволопатні цвяхи, канульовані спонгіозні гвинти, трилопатний цвях з насадкою та інші. Трилопатні цвяхи часто мігрують, операція із застосуванням трилопатного цвяха з насадкою травматичніша, остеосинтез канульованими спонгіозними гвинтами потребує попереднього введення спиць з нарізаною різьбою, що потребує додаткового часу. Нами запропоновано малотравматичний спосіб остеосинтезу шийки стегнової кістки неканульованими спонгіозними гвинтами, який потребує значно менше часу на операцію. На ортопедичному столі, після зіставлення відламків під ЕОП-контролем, з підвертлюгової ділянки проводять спицю через шийку і голівку стегна, поряд з нею роблять отвір у кістці через прокол шкіри (0,3-0,5 см). Паралельно до спиці вводять спонгіозний гвинт, який скріплює зіставлені відламки. Залежно від характеру перелому можливе проведення двох або трьох гвинтів. Даним способом прооперовано 19 хворих, у яких одержані добрі результати лікування.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАКРЫТОГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

Н.А.Корж, А.А.Тяжелов, В.И.Тарасенко, Д.Н.Воляк

Институт патологии позвоночника и суставов им. М.П.Ситенка АМН Украины, г. Харьков

С целью расширения возможностей интрамедуллярной стабилизации переломов Кюнчер (1939) предло-