

ється до пружності кістки, дозволяє уникнути критичної концентрації напружень та значних навантажень, які у випадках застосування блокуючих металевих цвяхів можуть призвести до перелому блокуючих гвинтів. До переваг металополімерних конструкцій можна віднести більші можливості їх застосування в реконструктивній хірургії опорно-рухового апарату, зокрема, при остеосинтезі наслідків переломів. Блокуючі металополімерні конструкції також мають великі потенційні можливості для подальшого удосконалення з використанням нових біоінертних сплавів металів та полімерних матеріалів з високими міцносними характеристиками. Це дозволить застосувати БІМПО в лікуванні переломів усіх довгих кісток. БІМПО має усі характеристики, щоб посісти належне місце в арсеналі методів оперативного лікування переломів та їх наслідків.

### **ДИНАМІЧНИЙ, СТАТИЧНИЙ ТА ДЕТЕНЗІЙНИЙ ВАРІАНТИ БЛОКУЮЧОГО МЕТАЛОПОЛІМЕРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ**

*Л.І.Васюк, І.С.Олексюк, С.В.Васюк*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Нові технології оперативного лікування переломів кісток та їх наслідків застосовані у 782 хворих за період з 1994 по 2003 рік, серед яких у 250 пацієнтів застосовано блокуючий інтрамедулярний металополімерний остеосинтез (БІМПО) стегнової та великогомілкової кісток. Середній вік чоловіків становив 43,16, жінок – 56,07 років. Більшість операцій (55,12%) виконано під електронно-оптичним перетворювачем. Перевагу надавали закритому (22,4%) та напіввідкритому (29,2%) способам остеосинтезу. Динамічний варіант БІМПО при переломах і наслідках переломів стегнової та великогомілкової кісток виконано на 215 (86%) сегментах, статичний – 29 (11,6%), детензійний – 6 (2,4%). Можливість широкого застосування динамічного варіанту пов'язана з конструктивними особливостями компресійного металополімерного фіксатора (КМПФ), який має в проксимальній частині деротаційний плоский виступ, що перешкоджає ротаційній нестабільності фіксатора в проксимальному відламку. Проксимальне блокування фіксатора Grosse-Kempf і інших аналогічних конструкцій здійснюється в основному для запобігання ротаційної нестабільності, проте разом з дистальним блокуванням це призводить до статичного варіанту в 85% випадків. Відсутність динамічних навантажень у зоні регенерата негативно позначається на термінах зрощення, внаслідок чого виникає необхідність динамізації шляхом видалення проксимальних або дистальних блокуючих гвинтів, що збільшує терміни і підвищує вартість лікування. При використанні КМПФ-3 деротаційну функцію проксимального блокуючого гвинта виконує деро-

таційний плоский виступ, внаслідок чого існує можливість забезпечення ротаційної стабільності одночасно з можливістю динамічних навантажень регенерата в зоні перелому в післяопераційному періоді. Отже, КМПФ біомеханічно досконаліший, ніж існуючі металеві фіксатори, що зумовило застосування динамічного варіанту блокуючого остеосинтезу в 86% випадків.

### **РАННЯ ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ В ДІТЕЙ**

*В.В.Горячев, Б.М.Боднар, С.В.Шестобуз, В.Л.Брозжик, О.Б.Боднар, Д.А.Трефаненко*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

При гострому гематогенному остеомієліті (ГГО) в дітей ураження стегна є найчастішим локусом процесу. Якщо перехід ГГО в хронічну форму становить 11,8%, то при локалізації в ділянці кульшового суглоба – 53,7%. Помилки діагностики ГГО на догоспітальному етапі сягають 60%. Причинами помилок, наведених в літературі, є нечіткі клінічні і рентгенологічні ("діагностична ловушка") прояви запального процесу в кістці в перші три доби від початку захворювання, недостатня обізнаність лікарів поліклінік, відсутність декретованих вимог до діагностики ГГО на догоспітальному етапі. Мета дослідження – уточнити ранні клінічні діагностичні критерії ГГО. Проведений поглиблений аналіз 51 історії хвороби дітей, госпіталізованих в обласний центр дитячої хірургії протягом року з діагнозом ГГО. Рентгенологічно ГГО верифікований у 17 дітей (9 – транзиторний синовіт кульшового суглоба, 6 – інфекційний коксит, 1 – хвороба Пертеса, 8 – постравматичний і інфекційний гоніти, 6 – артрити плечового, ліктьового і гомілково-стопного суглобів, 3 – глибокі абсцеси і флегмони, 1 – ГРВІ). З ураженням кульшового суглоба поступило 19 дітей (37,3%). Рання клінічна картина захворювання характеризувалася больовим синдромом і відсутністю регіонарного лімфаденіту. Як правило, діти з гострим синовітом і артритами поступали на 1-2 добу від початку захворювання. Синовіти були без підвищення температури. Домінував больовий синдром, обмеження рухів, особливо ротації в суглобах. Синдром болю зникав протягом 1-2 діб, обсяг рухів відновлювався за 3-6 днів. Аналогічна клінічна картина спостерігалася і при артритах, але зменшення больового синдрому відбувалось значно повільніше. При ГГО біль у перші 3 доби прогресивно наростав від помірного до нестерпного, клінічна картина супроводжувалася гіпертермічним синдромом. Індекс Кальф-Каліфа становив 1, що було більш значимим, ніж показник лейкоцитозу. На 4-ту добу захворювання клінічна картина ГГО майже не відрізнялася від глибоких гнояків. Лейкоцитоз при флегмонах був вищий, ніж

при ГГО, тоді як високий показник ШОЕ був характерним тільки для флегмон. Рання діагностика ГГО є складним диференційно-діагностичним процесом, що потребує умов стаціонару. Діти, особливо хлопчики, з наявністю локального гострого болю в опорно-руховому апараті, що має тенденцію до наростання, гіпертермії підлягають негайній госпіталізації в дитяче хірургічне відділення. Обстеження і пробну терапію поза спеціалізованим стаціонаром необхідно вважати лікарською помилкою.

### АРТРОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ТРАВМ КОЛІННОГО СУГЛОБА

*Ю.О.Грубар, О.В.Ролік, О.М.Ружицький*

*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського*

В основі роботи – аналіз результатів клінічного обстеження та лікування 326 пацієнтів з травматичними ушкодженнями колінного суглоба (КС). Вік пацієнтів коливався від 14 до 71 року. Чоловіків було 260 (79,7%), жінок – 66 (20,3%). Виявлено, що серед чоловіків чисельнішою була група пацієнтів віком 20-29 (35%) років, серед жінок – 40-49 (24,3%). У чоловіків ушкодження медіального меніска артроскопічно підтвердився у 149 (70,6%) хворих. У 61 (29,1%) випадку виявлено розходження діагнозів. Причинами розходження діагнозів були: ушкодження латерального меніска – 9 (4,2%), післятравматичний остеоартроз КС – 27 (13,2%), хвороба Кеніга – 2 (1%), травматичне ушкодження хряща – 3 (1,4%), гіперплазія тіла Гоффа – 18 (8,5%). У 2 (1%) хворих патологічних змін у суглобі не виявлено. Серед 43 (65,2%) жінок з ушкодженнями медіального меніска виявлено такі розходження у клінічному та артроскопічному діагнозах. Ушкодження медіального меніска артроскопічно діагностовано лише у 21 (48,8%) особи. Причиною розходження діагнозів були: післятравматичний остеоартроз – 15 (34,9%), ушкодження латерального меніска – 4 (9,3%), хондроматоз КС – 1 (2,3%). В одному випадку патологічних змін у КС не діагностовано. Необхідно зазначити, що практично в усіх випадках застарілої травми КС виявлено зміни суглобового хряща: від втрати кольору, наявності легкої нерівності та матової поверхні хряща – до появи фрагментацій, лізису, узурацій хряща, дном яких була субхондральна кістка. Тривалість перебування хворих у стаціонарі, в яких діагностична артроскопія завершувалася мікроартротомією, становила  $21,3 \pm 5,1$  днів. Середні терміни перебування хворих у стаціонарі після хірургічної артроскопії становили  $10,2 \pm 1,9$  днів. Отже, у встановленні топічного анатомічного діагнозу вирішальну роль при гострій та хронічній травмі КС відіграє діагностична артроскопія. Впровадження малотравматичних хірургічних артроскопічних втручань на КС дозво-

ляє скоротити терміни перебування хворого у стаціонарі в середньому до  $10,2 \pm 1,9$  днів та індивідуально підібрати програму реабілітації залежно від діагностованої патології.

### КОНСЕРВАТИВНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ВЕЛИКИХ ВІДШАРУВАНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН ТУЛУБА І КІНЦІВОК

*А.Т.Зінченко*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Травматичні пошкодження тулуба і кінцівок нерідко супроводжуються широкими відшаруваннями м'яких тканин та флюктуючими гематомами. Лікування таких хворих починають з видалення гематом, призначають спокій (ліжковий режим) і нерідко поновлюють крововтрату. Після пункції гематом застосовують туге бинтування, яке не забезпечує належного притискання пошкодженої поверхні. У зв'язку з цим пункції повторюють щоденно. Для усунення цих недоліків нами запропоновано пристосування для лікування великих відшарувань м'яких тканин тулуба і кінцівок, яке полягає в накладанні після пункції фігурної стискальної пов'язки на ділянку пошкодження. Спочатку помічають межі відшарування бриліантовим зеленим. Потім на ділянку відшарування накладають марлю і ножицями викроюють контур площі відшарування. Марлю накладають на картон, з якого за допомогою вати і бинта готують прокладку, повторюючи контури марлі. Після пункції прокладку укладають на ділянку відшарування і бинтують. Цим досягається адекватне притискання відшарованих м'яких тканин до тіла, що запобігає випоту, зменшення кількості пункцій до 2-3 з інтервалом у 3-4 дні та значне скорочення тривалості лікування. Даним способом лікували 9 хворих з пошкодженнями тулуба (3) і нижніх кінцівок (6). У всіх випадках отримано задовільні результати в оптимальні терміни.

### МАЛОІНВАЗИВНИЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВАЛЬГУСНОГО ВІДХИЛЕННЯ ПЕРШОГО ПАЛЬЦЯ СТОПИ

*А.Т.Зінченко*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Етіологічним фактором відхилення першого пальця стопи є поперечна плоскостопість. Вона усувається зближенням дистальних відділів плюсневих кісток за допомогою сухожилкового трансплантата, який протягують через кісткові канали і закріплюють у ділянці голівок першої та п'ятої плюсневих кісток. Канали роблять у фронтальній площині за допомогою електросвердлика діаметром 3-3,5 мм. Кінець сухожилкового трансплантата прошивають шовковою