

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, зменшенню 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