

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-