

кістки. фіксація до кістки з полімерним осердям, яке попередньо вставлялося в кістково-мозкову порожнину.

ЗАСТОСУВАННЯ СТЕРЖНЕВИХ АПАРАТІВ ЗОВНІШНЬОЇ ФІКСАЦІЇ НА ОСНОВІ СЕГМЕНТІВ КІЛЕЦЬ АПАРАТА ІЛІЗАРОВА

І.М.Рубленик, І.М.Циркот, М.В.Гасько

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Застосування апаратів Ілізарова стало методом вибору при відкритих та незрощених переломах і травмах, ускладнених остеомієлітом, що звільнило хворих від громіздких гіпсових пов'язок, тривалої іммобілізації, покращило результати лікування гнійних та специфічних артритів великих суглобів. Проте технологія остеосинтезу спицевими апаратами не позбавлена недоліків. Необхідність постійного тривалого лікарського контролю за станом м'яких тканин навколо спиць, ступенем натягу спиць та інші необхідні маніпуляції підвищують вартість лікування. Проведення спиць через міофасціальні футляри призводить до обмеження амплітуди рухів у суміжних суглобах. Загально визнаним недоліком спицевих апаратів є недостатній комфорт пацієнтів під час лікування (тривала наявність масивної металоконструкції на кінцівці нерідко стає джерелом психоастеничних розладів). Нами запропоновано нову конструкцію апарата зовнішньої фіксації. Конструкція призначена для позавогнищезового остеосинтезу довгих кісток стержнями, що фіксуються до 1/4 кілець апарата Ілізарова. Така конструкція забезпечує стабільну фіксацію в системі "апарат-стержні-кістка", стержні проходять тільки через один міофасціальний футляр, що не обмежує рухів у суміжних суглобах. Сама конструкція мала, знаходиться в одній площині (з боку проведених стержнів), легко монтується. На відміну від фіксації апаратами на основі спиць, запропоновані нами апарати суттєво покращують комфорт пацієнтів, зменшують ризик інфекційних ускладнень, не зменшуючи при цьому стабільність фіксації. Наша модифікація апробована в клінічних умовах і доказала свою ефективність.

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЛІКУВАННІ НАДВИРОСТКОВИХ ТА ЧЕРЕЗВИРОСТКОВИХ ПЕРЕЛОМІВ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ

В.М.Сапоженик, О.М.Сапоженик, В.Л.Васюк

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Пошкодження ліктьового суглоба у дітей становлять 40-50% від усіх пошкоджень опорно-рухового апарату, серед яких частішим є над- і черезвиросткові переломи (НВП, ЧВП). Їм належить друге місце після

пошкоджень дистального відділу кісток передпліччя у дітей. Високий відсоток незадовільних результатів (16-21%), тривалий реабілітаційний період, часті пошкодження судин та нервів при цих переломах зумовлюють актуальність даної проблеми в дитячій травматології. Існують такі методи лікування НВП та ЧВП: 1. При переломах без зміщення або з незначними зміщеннями – гіпсова іммобілізація (м'якотканнна іммобілізація). 2. При переломах зі зміщенням: а) закрыта репозиція та гіпсова іммобілізація, проте існує ймовірність вторинного зміщення при нестабільних переломах (до 30%), що обмежує показання до закрытої репозиції; б) скелетне витягання, яке при значному зміщенні та вираженому набряку м'яких тканин є методом вибору, оскільки при цьому методі можливе поступове вправлення без додаткового травмування, а також застосування ранньої розробки рухів у суглобі. Ефективність даного методу доводять численні дослідження віддалених наслідків лікування. Проте значний відсоток дітей не витримує режиму скелетного витягання. Крім того, при лікуванні даним методом необхідне спільне перебування дитини і родичів у стаціонарі, що становить соціально-економічну проблему. 3. Оперативне лікування: а) відкрита репозиція з фіксацією відламків спицями. Аналіз віддалених наслідків після відкритої репозиції виявляє найбільший відсоток незадовільних результатів, що обмежує показання до використання цього методу тільки в випадках пошкодження судинно-нервового пучка і при невдалій спробі лікування закрытими методами; б) малоінвазивний остеосинтез НВП та ЧВП. Метод полягає в проведенні закрытої репозиції, фіксації фрагментів навхрест спицями Кіршнера за відсутності набряку або паралельно з боку латерального надвиростка за наявності набряку, коли утруднена пальпація медіального надвиростка. Ця методика дозволяє розпочинати ранню розробку рухів, малотравматична, дозволяє значно скоротити термін перебування у стаціонарі і має найкращі віддалені наслідки. Однак для успішного застосування цієї методики потрібна новітня рентгенологічна апаратура, що обмежує можливості її застосування в нашій країні. Існує методика малоінвазивного остеосинтезу НВП та ЧВП у два етапи. Перший етап: а) накладання системи скелетного витягання при нестабільних переломах зі значним зміщенням відламків; б) поступове досягнення репозиції протягом 1-3 діб; в) при задовільному зіставленні (рентгенконтроль) перехід до другого етапу. Другий етап: хворому з налагодженою системою скелетного витягання в операційній проводять закрыту фіксацію репонованого перелому спицями Кіршнера. Ця методика дозволяє досягнути задовільних результатів без застосування вартісного обладнання в умовах будь-якого травматологічного стаціонару і тим самим значно скоротити термін перебування хворої дитини у стаціонарі.