

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