

жня с лигатурой) – анкер – вводится в суставную впадину лопатки в месте отрыва капсулы. Капсула сустава прошивается лигатурой, фиксированной на анкере, и фиксируется к суставной впадине. Изучены результаты лечения 22 пациентов с анкерной фиксацией капсулы сустава. Минимальный срок наблюдения – 4 месяца, максимальный – 4 года. Осложнений в виде нестабильности или инфекционного характера не отмечено ни в одном случае. Использование анкерной техники фиксации капсулы сустава к краю суставной впадины позволяет сократить продолжительность операции более чем на 30 мин. Качество анкерной фиксации позволило сократить период иммобилизации в среднем на 1,5 нед. Техника внедрения анкера, не требующая широкого угла операционного действия, позволила вдвое уменьшить длину кожного разреза и оперативного доступа. Все это в совокупности делает оперативное лечение менее травматичным, более надежным для больного, а также более удобным и менее длительным для хирурга.

#### **ЗАКРИТА ПЛАСТИКА ЗАСТАРИЛИХ ПОШКОДЖЕНЬ ЗВ'ЯЗОК КОЛІННОГО СУГЛОБА**

*А.Й.Чеміріс*

*Запорізький державний медичний університет*

В експериментах на 20 мерцях визначені зовнішні орієнтири проєкції схрещених і бічних зв'язок колінного суглоба. Для виконання оперативних втручань створені: підставка з можливістю жорсткої фіксації кінцівки і надання необхідного кута згинання, шило-провідник для формування кісткових каналів та іммобілізації пластичного матеріалу, пристрій для формування каналів під заданими кутами нахилу схрещених зв'язок. Для закріплення імплантатів розроблений спосіб їх фіксації заздалегідь заготовленими ксеностифтами на 2-3 мм більше діаметра кісткових каналів. Проведені експериментальні і конструкторські розробки дозволили впровадити закриті способи пластичного відновлення схрещених і бічних зв'язок з використанням імплантата – лавсанової стрічки завширшки 15 мм з жорсткою фіксацією аллоштифтами. Показанням до закритої пластики були ізольовані пошкодження зв'язок колінного суглоба. За розробленими методиками прооперовано 28 пацієнтів віком 23-58 років. Пошкодження передньої схрещеної зв'язки визначені у 11 пацієнтів, передньої схрещеної та великогомілкової колатеральної – 10, задньої схрещеної – 3, малоомілкової колатеральної – 4. Мінімальна травматичність втручання, жорстка фіксація пластичного матеріалу дозволили з другої доби починати відновне лікування (активно-пасивні рухи, магнітотерапія, електроміостимуляція). Віддалені результати вивчені у 21 пацієнта в строки від 1 до 15 років. Повне відновлення функції

та стабільності суглоба визначено у 13 пацієнтів, обмеження рухів до 15° при повній стабільності – 7, в одного пацієнта через 10 років після операції визначена передня нестабільність 2-го ступеня. При відсутності пошкоджень менісків і хрящів закриті способи пластики зв'язок завдяки мінімальній травматичності та ранньому функціональному лікуванню дозволяють отримати тривалі позитивні результати.

#### **ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА МІНІІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ГРИЖ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА**

*В.Я.Шутка*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

За період 2003-2004 рр. нами проведено 135 інтерламінектомії у хворих з грижами дисків поперекового відділу хребта. Показання до операції: чітка клінічна картина дискрадікулярного конфлікту, тобто ознаки компресії нервових корінців, наявність різних ступенів випадання міжхребцевого диска, підтвердженого даними додаткових методів обстеження (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, спонділографія, рентгенконтрастна радікулографія), та неефективність медикаментозної терапії. Під час оперативного втручання використовували мікрохірургічну техніку. Обсяг доступу визначався необхідною доцільною достатністю і залежав від особливостей анатомічної будови хребта, локалізації грижі і співвідношення між грижою та нервовим корінцем. За цими критеріями нами виділено такі групи: 1 група (26 хворих) – ті, яким зроблена тільки резекція жовтої зв'язки; 2 група (31) – проведено мінімальне (до 10%) видалення дужок та суглобових відростків; 3 група (79), яким видалено приблизно третину дужок вище- і нищележачих хребців та суглобових відростків з наступною декомпресивною фораміномією в межах ураженого корінця. Залежно від способу видалення диска виділили такі групи хворих: перша (24) – дискетомія, обмежена видаленням випавшої частини, друга група (112), яким видаляли як випавшу, так і частину, що знаходилася в міжхребцевому просторі. У 58% випадків остання була більша від попередньої. На етапі мікрохірургічної мобілізації нервового корінця виділили також 2 групи хворих: у першій (59) проводили як дорзальну, так і вентральну мобілізацію; у другій (76) – проведений в основному дорзальний невроліз. При аналізі результатів у післяопераційному періоді протягом одного-двох тижнів нами не встановлено залежності між обсягом доступу та зменшенням больового синдрому, оскільки значне покращання спостерігалось у всіх, за винятком 3, у яких розвинулися явища ранової інфекції. Вивчення віддалених наслідків показало, що найкращий ефект виявився в

групі пацієнтів, яким проведена розширена інтерламінектомія та фораміноміотомія. Залежно від способу видалення диска найближчі результати також приблизно однакові, але у 2 пацієнтів з 24, яким видалили тільки випавшу частину, були виконані операції з приводу рецидиву грижі, чого не спостерігалось у жодного зі 112 хворих з тотальною дискектомією. Нами не встановлено чіткого взаємозв'язку ступеня мобілізації нервового корінця з найближчими та віддаленими результатами, хоча в післяопераційному періоді у хворих з повною мобілізацією додатково виявлялися зони парестезій та анестезії, що пов'язано, мабуть, з розвитком незначних гемодинамічних порушень у нервовому стовбурі. Отже, при інтерламінектомії обсяг оперативного втручання визначається у кожного пацієнта індивідуально залежно від операційної ситуації, але нами досягнуто найкращих результатів у лікуванні хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта при проведенні розширеної інтерламінектомії з повним видаленням диска, доповненого декомпресивною фораміноміотомією та частковою дорзальною мобілізацією ураженого нервового корінця.

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УРОДЖЕНИХ СПИНО-МОЗКОВИХ ГРИЖ**

*В.Я.Шутка*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

За період з 1997 до 2004 рр. нами прооперовано 23 дітей віком від 7 днів до 3 років. Менінгомієлорадикулоцеле виявлено у 13 дітей, менінгоградикулоцеле – 10. При дообстеженні даних пацієнтів у 22 з них ви-

явлено наявність уродженої внутрішньої гідроцефалії, у 2 – серцеві вади. Ургентні оперативні втручання нами виконано у 14 дітей на 7-10 день після народження в зв'язку з появою лікворної нориці в ділянці грижового мішка. У дітей даної групи гіпертермічна реакція організму поєднувалася з явищами локального запального процесу в ділянці нориці, але це не було протипоказанням до оперативного втручання, яке виконувалося під прикриттям антибактеріальної терапії. Вважаємо доцільнішим для лікування спинно-мозкових гриж період від 2 тижнів до 1 місяця. В цей термін нами прооперовано 16 дітей, оскільки пізніше настає швидкий ріст тіла дитини і збільшуються як розміри грижі, так і розміри дефекту спинно-мозкового каналу, що значно утруднює успішну пластику. Одна дитина прооперована в 3-річному віці, бо раніше родина відмовлялася від операції. Використовували оригінальну методику, суть якої полягає в тому, що грижовий мішок виділяють не класичним методом – від шийки, а від дна. Розтиснули дно грижового мішка, відпрепарувували нервові корінці, проводили їх репозицію в спинно-мозковий канал, потім виконували пластику твердої оболонки дуплікатурними швами. Задню стінку спинно-мозкового каналу формували за допомогою переміщених окісних клаптів (при дефекті крижової ділянки) та апоневротичних клаптів – при дефекті поперекового та грудного відділів хребта. У 3 дітей післяопераційний період ускладнився інфекційними недугами: венікулітом (2) і нагноєнням рани (1), що пов'язано з вираженою гіпотрофією та розвитком менінгоенцефалітів у доопераційному періоді. З приводу внутрішньої гідроцефалії в подальшому виконували лікворощунтуючі операції.