

сучасному етапі застосовують операції з використанням позавогнищового компресійно-дистракційного методу остеосинтезу апаратами на зразок Лізарова з обов'язковою попередньою остеотомією малоомілкової кістки (МГК), яка до цього часу зростається. Застосовують і стержневі апарати, а також комбінацію компресійно-дистракційних і стержневих апаратів. Але в деяких випадках, коли є дефект кісткової тканини, проводять кісткову пластику. Автотрансплантат беруть з крила клубової або з ВГК. Проте остеотомія МГК з наступним зближенням фрагментів ВГК може викликати деформацію, стиснути м'які тканини і малоомілковий нерв. Забір трансплантата наносить додаткову травму хворому. Для усунення цих недоліків пропонується поперечна подвійна остеотомія МГК на рівні дефекту ВГК з використанням вирізаної частини МГК як автотрансплантата, що вводиться інтрамедулярно. Запропонований спосіб пластики несправжніх суглобів ВГК сприяє стабільній адаптації відламків, поліпшує регенерацію кісткової тканини і виключає додаткове травмування при формуванні кісткового трансплантата. За даною методикою прооперовано двоє хворих. Післяопераційних ускладнень не було.

УДК 618.019

### ОСТЕОСИНТЕЗ ЛІКТЬОВОГО ВІДРОСТКА МОДИФІКОВАНИМ ЦВЯХОМ БОГДАНОВА

*А.Т.Зінченко*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Методом вибору оперативного лікування при переломах ліктьового відростка (ЛВ) є металоостеосинтез цвяхом Богданова. Недоліки методу: стандартний цвях Богданова треба скорочувати в зв'язку з тим, що у нього на всій довжині один діаметр і це призводить до розклинення відламків та їх зміщення. Крім того, цвях може мігрувати, зменшуючи стабільність зіставлення відламків, і викликати явища бурситу ліктьового суглоба. Для усунення цих недоліків запропоновано модифікований цвях Богданова для остеосинтезу при переломах ЛВ зі зміщенням відламків. Для прискорення остеосинтезу, доброї адаптації відламків, стабільної фіксації перелому і виключення міграції діаметр цвяха Богданова на відстані 2-3 см від початку конусоподібно зменшують на половину і більше з урахуванням ступеня звуження кістково-мозкового каналу ліктьової кістки на межі середньої і нижньої третини. На 0,5 см від отвору цвяха, за який його видаляють після зрощення, формують звуження (шийку) завдовжки 0,5 см. Деякі зміни в конструкції цвяха Богданова (формування шийки, поступове конусоподібне зменшення діаметра) покращує стабільність фіксації відламків, виключає міграцію цвяха, значно скоро-

чує час операції, її травматичність і поліпшує якість лікування хворих. За даною методикою прооперовано 12 хворих. У післяопераційному періоді вони отримували анальгетики, антибіотики, іммобілізацію кінцівки гіпсовою шиною впродовж 1-2 тиж з раннім проведенням фізіофункціональної та реабілітаційної терапії. Ускладнень не було, зрощення і поновлення функції суглоба наставало в оптимальні терміни.

УДК 618.019

### СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОДВІЙНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

*А.Т.Зінченко*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Для поліпшення якості лікування подвійних переломів стегнової кістки, коли лінія перелому дистального відламка проходить через губчасту кісткову тканину (метаепіфіз), пропонується оперативний спосіб лікування, який поліпшує міцність фіксації кісткових відламків і не потребує накладання гіпсової пов'язки після операції. Спосіб передбачає комбінований остеосинтез (інтрамедулярний та екстремедулярний) з застосуванням компресійного металополімерного фіксатора (КМПФ) І.М.Рубленіка та кутоподібного фіксатора, який виготовляється з цвяха Бакічарова. Блокуючі гвинти проводять через поліамідні вікна КМПФ та отвори в бранші кутоподібного фіксатора. Вони не тільки надійно фіксують кутоподібний фіксатор, але й сприяють з'єднанню двох конструкцій в єдину систему, яка забезпечує стабільне зіставлення і компресію відламків. Кут конструкції становить 80-90°. Запропонований спосіб оперативного лікування подвійних переломів стегнової кістки поліпшує якість і стабільність остеосинтезу, виключає зовнішню фіксацію, що дозволяє в ранні терміни розробляти рухи в суглобах і навантажувати кінцівку. Даний спосіб використаний при лікуванні п'яти хворих. Післяопераційних ускладнень не було. Функції кінцівки поновилися в 2-3 рази швидше.

УДК 618.019

### ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ОСКОЛКОВИХ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМІВ ФАЛАНГ ПАЛЬЦІВ

*А.Т.Зінченко, А.А.Зінченко, В.С.Кирилюк*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

При осколкових внутрішньосуглобових переломах фаланг пальців у деяких випадках при неефективності консервативної терапії (ручна репозиція з накладанням гіпсової пов'язки, витягання методами