

стабільну фіксацію відламків та стабільність міжгомількового синдесмозу. 2. Фіксація гвинтами та пластинкою забезпечує ранню реабілітацію хворих і не потребує додаткової фіксації. 3. Раннє хірургічне втручання при супінаційних та пронаційних переломах кісток гомілки забезпечує швидку активізацію та реабілітацію хворих. 4. Пізнє хірургічне втручання на гомілко-

во-стопному суглобі сприяє подовженню тривалості реабілітаційного періоду, а в частини хворих призводить до інвалідності.

**Перспективи наукового пошуку.** Терміни та методи хірургічного лікування переломів дистального відділу кісток гомілки потребують створення чіткого діагностичного та лікувального алгоритму.

#### Література

1. Жук П.М., Плотиця В.И., Мицкевич О.А. и др. // Збір. наук. праць XIII з'їзду ортопедів-травматол. України. – Київ-Донецьк, 2001. – С. 155-156. 2. Побел А.Н., Пелещук И.Л., Амро Т.А. и др. Оперативное лечение около- и внутрисуставных переломов дистального отдела костей голени // Ортопед., травматол. и протезир. – 2003. – № 3. – С. 59-62. 3. Тяжелов А.А., Карпинский М.Ю., Мусса Джахад Махмуд, Ефимов Р.В. Анатомо-биомеханические особенности голеностопного сустава // Ортопед., травматол. и протезир. – 2003. – № 3. – С. 42-45. 4. Mc Bryde A., Chiasson B., Wilhelm A. et al. // Foot Ankle Int. – 1997. – V. 18, № 5. – P. 262-266.

### ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ КІСТОК ГОМІЛКИ

*В.М.Шимон, І.І.Блинда*

**Резюме.** У статті подано результати консервативного та хірургічного лікування 127 пацієнтів з переломами дистального відділу кісток гомілки. Рання жорстка фіксація переломів і розривів синдесмозу гвинтами і пластинкою забезпечує швидку реабілітацію хворих і не викликає порушення функції гомілково-стопного суглоба. Позитивні результати отримано у 88,2% випадків.

**Ключові слова:** гомілка, перелом, лікування.

### THE TREATMENT OF FRACTURES OF THE DISTAL PART OF THE SHIN BONES

*V.M.Shymon, I.I.Blynda*

**Abstract.** The paper deals with the results of conservative and surgical treatments of fractures of the distal part of the shin bones in 127 patients. Early hard fixation of fractures and ruptures of the syndesmosis with screws and plates secures a rapid rehabilitation of patients and does not result in a dysfunction of the talocrural joint. Positive results are obtained in 88,2% of the cases.

**Key words:** shin, fractures, treatment.

National University (Uzhhorod)

Надійшла в редакцію 14.06.2005 р.

© Лезвінський Я.С.

УДК 616.71-053.2-001.5-089

### МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕНЬ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ

*Я.С.Лезвінський*

*Київський медичний інститут Української асоціації народної медицини*

У зв'язку з ростом травматизму у дітей виникла необхідність удосконалення організації і методики спеціалізованої медичної допомоги. У цьому контексті на особливу увагу заслуговують малоінвазивні методи лікування ушкоджень опорно-рухового апарату (ОРА) [1-3].

Проведено клінічне обстеження 31562 хворих дітей з ушкодженнями ОРА. Переважній більшості дітей застосовували малоінвазивні методи лікування. При переломах кістки основним було консервативне лікування: закрита репозиція відламків, скелетне, клейове витягання.

Оперативний метод застосований у 7101 хворих.

У більшості хворих до операції застосовували консервативні методи лікування, які виявилися безуспішними. Фіксацію фрагментів при метафізарних переломах проводили спицями Кіршнера, Ілізарова, металевими, полімерними гвинтами, шурупами, інколи з черезкістковими кетгутувими, лавсановими швами. Для остеосинтезу діафізарних переломів використовували металеві спиці, стержні, пластини АО, металополімерні фіксатори (МПФ), апарати для черезкісткового остеосинтезу (ЧКО). При подвійних та багатоосколкових переломах плечової, стегнової та великогомілкової кісток використовували остеосинтез блокуючим МПФ.

Зупинимося на особливостях малоінвазивного остеосинтезу залежно від локалізації. Остеосинтез ключиці виконували через маленький розріз над переломом. У проксимальному відламку спицею просвердлювали хід. Останню проводили через дистальний відламок до рівня перелому з перфорацією шкіри на рівні акроміального кінця. Відламки зіставляли і ретроградно фіксували спицею. При вивихах, переломо-вивихах стерального та акроміального кінця ключиці остеосинтез проводили капроновими черезкістковими швами і спицями.

При епіфізеолізі голівки плечової кістки, переломах хірургічної шийки, надвиросткових і черезвиросткових, переломах голівчастого підвищення та блоку остеосинтез виконували спицями Х-подібно.

Остеосинтез голівки променевої кістки проводили трансартикулярно через голівчасте підвищення. Малі фрагменти надвиростків фіксували спицями, великі – металевими шурупами.

Остеосинтез діафіза кісток передпліччя виконували спицями. Для цього спиці проводили через дистальний відламок до рівня перелому з перфорацією шкіри в ділянці задньої поверхні променево-зап'ясткового суглоба при максимально зігнутий кисті. Відламки зіставляли і ретроградно синтезували.

При епіфізеолізі голівки та переломах шийки стегнової кістки під контролем ЕОП виконували закриту репозицію, остеосинтез пучком спиць або гвинтом. Епіфізеоліз дистального епіфіза і переломи виростків стегна, Т- та У-подібні переломи синтезували Х-подібно спицями або гвинтами.

Остеосинтез міжвиросткового підвищення великогомілкової кістки виконували капроною або лавсановою ниткою, проведеною через медіальний виросток за допомогою великої голки і гачка. При переломах виростків з порушенням конгруентності, медіальної і латеральної кісточки фіксацію проводили спицями або шурупами.

При переломах таза без пошкодження тазового кільця остеосинтез проводили черезкістковими швами або спицями. Розрив лобкового синдесмозу відновлювали за допомогою черезкісткових швів, спиць, рідко – пластин. Переломо-вивихи куприка синтезували черезкістковими швами, спицями, при застарілих і неправильно зрощених пошкодженнях куприк видаляли.

При косих, гвинтоподібних переломах діафіза плеча, стегна, кісток гомілки під контролем ЕОП виконували закриту репозицію відламків, фіксацію спицями перпендикулярно до площини перелому.

Для остеосинтезу переломів кісток кисті і стопи використовували тонкі спиці та ін'єкційні голки.

У післяопераційному періоді проводили іммобілізацію за допомогою гіпсової пов'язки. При внутрішньосуглобових пошкодженнях гіпсову пов'язку накладали на 3-6 тижнів. Діафізарні переломи були показанням для іммобілізації до повного зрощення відламків, в середньому на 6-12 тижнів. Після зняття гіпсової пов'язки всі хворі одержували фізіофункціональне лікування. Хворим з тяжкими пошкодженнями і вираженими порушеннями функції кінцівки рекомендували санаторно-курортне лікування. При стабільно-функціональному остеосинтезі шурупами, гвинтами, пластинами АО, МПФ та черезкістковими апаратами додаткову іммобілізацію не застосовували, що сприяло ранньому фізіофункціональному лікуванню і скороченню терміну відновлення функції пошкодженої кінцівки.

Для профілактики розвитку кістково-гнійних ускладнень при тяжких відкритих переломах у післяопераційному періоді застосовували розроблену нами комплексну профілактику та раннє лікування травматичного остеомієліту: 1) удосконалена система організації медичної допомоги дітям з переломами на догоспітальному етапі, рання обробка рани антибактеріальни-

ми препаратами, повноцінна транспортна іммобілізація; 2) рання хірургічна обробка відкритих переломів з оптимальним видаленням нежиттездатних тканин; 3) фіксація відламків малоінвазивними методами з їх ранньою остаточною репозицією, тобто під час первинної хірургічної обробки; 4) активний промивний дренаж антибіотиками та антисептиками; 5) підвищення імунобіологічної реактивності; 6) застосування неспецифічних засобів підвищення природної резистентності організму; 7) дезінтоксикаційна терапія, внутрішньовенне переливання гемодезу, поліглюкіну, альбуміну, манітолу; 8) створення в зоні перелому високої концент-

рації антибіотиків (внутрішньоартеріальне і внутрішньокісткове введення та внутрішньотканинний електрофорез).

Віддалені результати лікування у всіх хворих оцінені за 3-бальною шкалою. Добрі результати одержані у 92,2% випадків, задовільні – 7,8%, незадовільні – 1,2%.

Отже, основним методом лікування ушкоджень ОРА у дітей є консервативний. При оперативному лікуванні краще застосовувати малоінвазивні методи остеосинтезу і комплексну профілактику кістково-гнійних ускладнень. Одержані добрі і задовільні результати засвідчують раціональність таких методів лікування.

### Література

1. Лезвінський Я.С., Западєнський О.Я. Оперативне лікування переломів кісток у дітей // *Акт. пит. клініко-лабораторної діагностики захворювань людини*. – Чернівці, 2001. – С. 210-211.
2. Меркулов В.Н., Доронин А.И., Стужина В.Т. Диагностика и лечение переломов области локтевого сустава у детей и подростков // *Акт. пробл. діагностики та лікування ушкоджень і захворювань плечового та ліктьового суглобів*. – К., 2005. – С. 66-69.
3. Николаева Н.Г., Станко Е.А., Карабенюк А.В. и др. Множественные и сочетанные переломы верхних конечностей у детей // *Вісн. ортоп., травматол. та протезування*. – 2000. – № 1. – С. 14-16.

### МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ

Я.С.Лезвінський

**Резюме.** Проведено аналіз лікування 31562 хворих дітей з пошкодженням опорно-рухового апарату. Основними методами лікування переломів був консервативний. При оперативному лікуванні використовували в основному малоінвазивні методи остеосинтезу. В післяопераційному періоді при тяжких відкритих переломах застосовували розроблену автором комплексну профілактику травматичного остеомієліту. Отримані позитивні результати у 98,8% випадків свідчать про раціональність методів лікування.

**Ключові слова:** малоінвазивні методи остеосинтезу, консервативне лікування, діти.

### SLIGHTLY INVASIVE METHODS OF TREATING INJURIES OF THE LOCOMOTOR APPARATUS IN CHILDREN

Ya.S.Lezvins'kyi

**Abstract.** An analysis of treating 31562 sick children with injuries of the locomotor apparatus has been performed. The basic mode of treatment was conservative. Slightly invasive methods of osteosynthesis were mainly used in case of operative treatment. Complex prophylaxis of traumatic osteomyelitis elaborated by the author was used during the postoperative period in case of severe open fractures. The obtained positive findings in 98.8% are indicative of a rational choice of the mode of treatment.

**Key words:** slightly invasive methods of osteosynthesis, conservative treatment, children.

Medical Institute of the Ukrainian Association of Folk Medicine (Kyiv)

Надійшла в редакцію 20.07.2005 р.