

помимо хіміолучевого лікування отримували гормональну терапію і бисфосфонати.

Результати дослідження і їх обговорення. В результаті використання малоінвазивного методу лікування у хворих з кістковими кістами (паста на основі ГА) в ранньому післяопераційному періоді і в процесі спостереження яких-небудь ускладнень з боку кістки не було. При рентгенологічному контролі паста на основі ГА поступово біодеградувала, а дефект кістки заповнювався новоутвореною кістковою тканиною. У одного пацієнта стався патологічний перелом шийки тазової кістки. Хворому виконано сегментарну резекцію кістки і ендопротезування тазобедреного

сустава. У решти шести пацієнтів ускладнень в післяопераційному періоді не спостерігалося, що дозволило провести їм хіміолучеве лікування і бисфосфонати.

Висновки. 1. При невеликих розмірах кісткових кіст і гігантноклітинних пухлин трубчастих кісток показано малоінвазивний метод заповнення дефекта кістки пастою на основі гідроксилапатиту. 2. Малоінвазивний метод пломбировки метастатичного ураження трубчастих кісток кістковим цементом показано ослабленим онкологічним хворим для запобігання загрози патологічних переломів, що дозволяє в подальшому провести протипухлинне лікування.

Література

1. Проценко В.В., Толстопятов Б.А. *Применение керамики при костно-пластических операциях в онкоортопедии // Лікар. справа. – 1999. – № 6. – С. 105-107.*

НАШ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОНКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

*В.В.Проценко, В.Ф.Коноваленко,
Б.О.Толстопятов, І.Б.Волков*

Резюме. Малоінвазивні методи оперативного лікування використані у 10 пацієнтів з пухлинноподібними ураженнями кістки, у 2 пацієнтів з гігантноклітинною пухлиною, у 7 пацієнтів з метастатичним ураженням довгих трубчастих кісток. Отримані задовільні результати лікування.

Ключові слова: малоінвазивні методи, доброякісні пухлини кістки, пухлинноподібні ураження кістки, метастатичне ураження кістки.

OUR EXPERIENCE OF USING SLIGHTLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN ONCOLOGICAL PRACTICE

*V.V.Protsenko, V.F.Konovaleiko, B.O.Tolstopiatov,
I.B.Volkov*

Abstract. Slightly invasive methods of operative treatment have been used in 10 patients with tumor-like bone affections, in 2 patients with giant-cell tumor and in 7 patients with metastatic lesions of the long tubular bones. Satisfactory therapeutic results have been obtained.

Key words: slightly invasive methods, benign bone tumors, tumor-like bone lesions, metastatic bone lesions.

Institute of Oncology of Ukraine's AMS (Kyiv)

Надійшла в редакцію 30.05.2005 р.

© Шимон В.М., Блинда І.І.

УДК 617.718.516.-001.513-089

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ КІСТОК ГОМІЛКИ

В.М.Шимон, І.І.Блинда

Ужгородський національний університет, медичний факультет

Переломи дистального відділу велико- та мало-гомілкової кісток і розриви синдесмозу потребу-

ють диференційованого підходу до лікування у зв'язку з особливістю трофіки тканин та ана-

томічної будови гомілково-стопного суглоба (ГСС). Існуючі методи і види стабільного функціонального остеосинтезу характеризуються вузькопрофільністю, складністю оперативного втручання, неможливістю швидкого застосування без попередньої підготовки пацієнта [1, 2]. Зростання травматизму в нинішній час ставить нові завдання перед остеосинтезом: стабільна фіксація відламків, анатомічне зіставлення, технічна простота, раннє відновлення функції травмованої кінцівки.

Матеріал і методи. У дослідження включено 127 пацієнтів, які лікувалися в ортопедичному відділенні обласної клінічної лікарні м. Ужгород. Вік пацієнтів – від 16 до 70 років, чоловіків було 84, жінок – 43. З метою діагностики усім травмованим виконували рентгенологічне дослідження в двох проєкціях. У 17 пацієнтів застосовано комп'ютерну томографію. Відкрита травма ГСС була у 26 пацієнтів. Усі хворі були розділені у відповідні клінічні групи згідно з класифікацією АО/ASIF (V.E. Muller et al., 1990). До першої клінічної групи ввійшов 51 хворий із суглобовими (навколосуглобовими) переломами дистального відділу кісток гомілки (A_{1-3}), до другої – 35 пацієнтів з неповними внутрішньосуглобовими переломами дистального відділу кісток гомілки (B_{1-3}), до третьої – 30 хворих з повними внутрішньосуглобовими переломами дистального відділу кісток гомілки (C_{1-3}) і до четвертої – 11 хворих з переломами в ділянці кісточок (AC_{1-3}). У 87 (68,5%) травмованих проведено хірургічне лікування, у 13 (10,2%) – витягання за п'яткову кістку, яке через 4 тижні було замінено гіпсовою пов'язкою, у 27 (21,3%) – консервативне, яке полягало в репозиції та накладанні гіпсової пов'язки.

Результати дослідження та їх обговорення. Наші дослідження показали, що точна рентгенологічна діагностика, а при необхідності й комп'ютерна томографія є базовими методами діагностики, вони сприяють визначенню клінічної групи, тактики і терміну лікування, послідовності та обсягу втручання, вибору конструкції та засобу фіксації.

При пронаційних та супінаційних переломах термін хірургічного втручання залежить від стану м'яких тканин, зокрема набряку ГСС. Супінаційні переломи виникають в результаті різкого підвертання стопи всередину при навантаженні всього тіла. Це призводить до різкого натягування зовнішніх зв'язок, які відтягують латеральну кісточку, а таранна кістка впирається в медіальну кісточку, що спричинює перелом на рівні суглобової щілини. Пронаційні переломи виникають при різкому підвертанні стопи

назовні з наступним, подібним супінаційному, механізмом ушкодження. Дані особливості слід враховувати при виборі тактики лікування.

В ургентному порядку було проведено хірургічні втручання у 23 пацієнтів. У 17 травмованих виконано остеосинтез і вправлення виху в ГСС, а розрив синдесмозу фіксовано двома гвинтами (один вводився по нижньому, а другий – по верхньому краях синдесмозу). Медіальну кісточку фіксували компресуючим гвинтом у 7 хворих, латеральну – у 12. Трьом травмованим проведено первинну хірургічну обробку з наступним плановим хірургічним лікуванням.

У 27 пацієнтів хірургічне лікування проведено на 3-4 день після травми і було спрямоване на фіксацію розриву міжгомілкового синдесмозу з наступною фіксацією переломів медіальної і латеральної кісточок. У 10 хворих спиці самостійно проривалися під шкіру і тому були видалені.

Групі хворих (30) з переломами на зразок "Десто" на малогомілкову кістку і на міжгомілковий синдесмоз накладали пластини з фіксацією компресуючим гвинтом, з фіксацією заднього краю спицями та медіальної кісточку гвинтами. Тільки 11 пацієнтам цієї групи було накладено гіпсову пов'язку, решта хворих була активною і тому гіпсову пов'язку їм не накладали.

У післяопераційному періоді у 4 пацієнтів виникло нагноєння, яке після проведеної антибіотикотерапії було ліквідоване.

Ми підтримуємо думку авторів [3, 4] стосовно тактики жорсткої фіксації гомілкових кісток і міжгомілкового артрозу. Під час аналізу річного хірургічного лікування з'ясовано, що там, де була жорстка стабільність остеосинтезу (особливо двома гвинтами), і там, де було накладено пластинки, реабілітаційні процеси перебігали швидше і практично на п'ятому місяці пацієнти навантажували кінцівку і приступали до роботи. У 15 хворих активність була значно знижена і вони були переведені на інвалідність, хоча на контрольних рентгенограмах виявлено чітке анатомічне зіставлення відламків. У 5 із цих пацієнтів виявлено цукровий діабет. Позитивні результати лікування були у 88,2% хворих.

Висновки. 1. Застосування стабільного остеосинтезу при переломах у гомілково-стопному суглобі з розривом синдесмозу забезпечує

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.