

жил метод закритого інтрамедулярного остеосинтезу (ЗИМО). Эта идея реализована в 1972 году и получила название остеосинтеза с запорами (Verriegelungspiegelung), в русскоязычной литературе – "блокирующий остеосинтез". Внедрение в практику блокированных стержней дало возможность выполнить стабильную фиксацию не только в с/3 диафіза трубчатых костей, но и при метафизарных переломах – не только при поперечных и косых, но и при оскольчатых переломах. Метод ЗИМО позволяет уменьшить травматизацию надкостницы и мышц, снизить риск инфекции, кровопотери, а время операции и стабильная фиксация гарантирует успех. Нами используется система "CHARFIX – Внутрикостный остеосинтез" фирмы "СНМ" (Польша) при лечении переломов диафіза бедренной, большеберцовой и плечевой кости на различных уровнях. Конструкция стержня позволяет применять компрессионный, динамический и статический методы. Малоинвазивность вмешательства позволило снизить риск послеоперационных осложнений, как ранних, так и поздних. Неудовлетворительных результатов нами не наблюдалось. Применение метода позволило в послеоперационный период улучшить психо-эмоциональный статус, облегчить трудовую адаптацию и качество жизни наших пациентов.

ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ВІДКРИТИМИ ЧИСЛЕННИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДОВГИХ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК

І.М.Рубленик, М.В.Гасько, І.М.Циркот, П.Є.Ковальчук

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Актуальність проблеми численних переломів довгих кісток нижніх кінцівок зумовлена високою частотою незрощень переломів, розвитком післятравматичного остеомієліту, які призводять до тривалої втрати працездатності та стійкої інвалідності. Нині ведуться дискусії про переваги того чи іншого методу лікування при відкритих переломах і термінів оперативного лікування. Більшість спеціалістів визнає, що відкриті переломи кісток гомілки та стегна є шоковими пошкодженнями, які потребують ургентної стабілізації відламків. У розвинутих країнах світу при лікуванні переломів довгих кісток нижніх кінцівок застосовують блокуючий інтрамедулярний остеосинтез (БІОС), який має переваги над методами черезкісткового остеосинтезу. Проте показання до застосування БІОС з приводу відкритих переломів є відносними в зв'язку з високим ризиком виникнення інфекційних ускладнень та тяжким станом хворого. У клініці травматології та ортопедії впроваджена методика поетапного остеосинтезу: в ургентному порядку хворим виконують первинну хірур-

гічну обробку ран та стабілізацію відламків ріноманітними методами позаवгнищевого остеосинтезу; після нормалізації загального стану хворого та загоєння післяопераційних ран здійснюють БІОС стегнової та великогомілкової кісток. Тактика лікування застосована у 17 хворих, середній вік яких – 38,7 років. За локалізацією переломи розподілялись так: переломи стегнової кістки та кісток гомілки (11), кісток обох гомілок (6). Переломи були в середній третині діафіза та на межі середньої та нижньої третин. За площиною зламу переломи були: гвинтоподібні, косі та поперечні зі зміщенням відламків у ширину понад 1/2 поперечного розміру кістки. Віддалені результати лікування показали, що впроваджена тактика лікування, незважаючи на тяжкість ушкодження, забезпечила своєчасну консолідацію переломів з повним відновленням функції кінцівок.

БІОМЕХАНІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ УМОВ СТАБІЛЬНОСТІ НАКІСТКОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ

І.М.Рубленик, К.В.Стебліна, П.Є.Ковальчук, О.Г.Шайко-Шайковський¹

Буковинський державний медичний університет, Чернівецький національний університет ім. Ю.Федьковича¹

Серед методів оперативного лікування переломів кісток та їх наслідків накістковий остеосинтез посідає значне місце. Проте, як і іншим методам, накістковому остеосинтезу притаманні певні недоліки. Метод АО викликає порушення фізіології кістки, кісткова тканина під пластиною стоншується, міцнісні характеристики кісткової мозолі менші, ніж при застосуванні інтрамедулярного остеосинтезу, а на рівні прикріплення пластини до відламків кістки виникають явища остеопорозу (А.Т.Бруско, 1994). Це явище відоме як ефект шунтування. Тому в останні роки поширюється компресійно-динамічний спосіб остеосинтезу, коли відламки кістки завдяки спеціальній формі голівки блокуючих гвинтів та отворів у пластині стискаються з певним зусиллям (Л.Н.Анкін, 1989). У дослідженні проведено розрахункову оцінку зусиль, необхідних для виривання фіксуючих гвинтів з кортикального шару кісткових відламків. Вивчено зміни зусилля виривання кортикальних фіксуючих гвинтів залежно від їх діаметра, кроку різьби, а також проведено порівняльні розрахунки цих зусиль при здійсненні накісткового остеосинтезу із застосуванням полімерного осердя, розташованого в кістково-мозковій порожнині, та без нього. Дослідження проводили на препаратах великогомілкових кісток людей, що загинули раптовою смертю внаслідок нещасних випадків. Всі препарати належали до II вікової групи (40-60 рр.) за класифікацією Lindal (1970). Для кожного фрагмента розглядали два випадки: фіксація безпосередньо до