

при ГГО, тоді як високий показник ШОЕ був характерним тільки для флегмон. Рання діагностика ГГО є складним диференційно-діагностичним процесом, що потребує умов стаціонару. Діти, особливо хлопчики, з наявністю локального гострого болю в опорно-руховому апараті, що має тенденцію до наростання, гіпертермії підлягають негайній госпіталізації в дитяче хірургічне відділення. Обстеження і пробну терапію поза спеціалізованим стаціонаром необхідно вважати лікарською помилкою.

АРТРОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ТРАВМ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Ю.О.Грубар, О.В.Ролік, О.М.Ружицький

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

В основі роботи – аналіз результатів клінічного обстеження та лікування 326 пацієнтів з травматичними ушкодженнями колінного суглоба (КС). Вік пацієнтів коливався від 14 до 71 року. Чоловіків було 260 (79,7%), жінок – 66 (20,3%). Виявлено, що серед чоловіків чисельнішою була група пацієнтів віком 20-29 (35%) років, серед жінок – 40-49 (24,3%). У чоловіків ушкодження медіального меніска артроскопічно підтвердився у 149 (70,6%) хворих. У 61 (29,1%) випадку виявлено розходження діагнозів. Причинами розходження діагнозів були: ушкодження латерального меніска – 9 (4,2%), післятравматичний остеоартроз КС – 27 (13,2%), хвороба Кеніга – 2 (1%), травматичне ушкодження хряща – 3 (1,4%), гіперплазія тіла Гоффа – 18 (8,5%). У 2 (1%) хворих патологічних змін у суглобі не виявлено. Серед 43 (65,2%) жінок з ушкодженнями медіального меніска виявлено такі розходження у клінічному та артроскопічному діагнозах. Ушкодження медіального меніска артроскопічно діагностовано лише у 21 (48,8%) особи. Причиною розходження діагнозів були: післятравматичний остеоартроз – 15 (34,9%), ушкодження латерального меніска – 4 (9,3%), хондроматоз КС – 1 (2,3%). В одному випадку патологічних змін у КС не діагностовано. Необхідно зазначити, що практично в усіх випадках застарілої травми КС виявлено зміни суглобового хряща: від втрати кольору, наявності легкої нерівності та матової поверхні хряща – до появи фрагментацій, лізису, узурацій хряща, дном яких була субхондральна кістка. Тривалість перебування хворих у стаціонарі, в яких діагностична артроскопія завершувалася мікроартротомією, становила $21,3 \pm 5,1$ днів. Середні терміни перебування хворих у стаціонарі після хірургічної артроскопії становили $10,2 \pm 1,9$ днів. Отже, у встановленні топічного анатомічного діагнозу вирішальну роль при гострій та хронічній травмі КС відіграє діагностична артроскопія. Впровадження малотравматичних хірургічних артроскопічних втручань на КС дозво-

ляє скоротити терміни перебування хворого у стаціонарі в середньому до $10,2 \pm 1,9$ днів та індивідуально підібрати програму реабілітації залежно від діагностованої патології.

КОНСЕРВАТИВНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ВЕЛИКИХ ВІДШАРУВАНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН ТУЛУБА І КІНЦІВОК

А.Т.Зінченко

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Травматичні пошкодження тулуба і кінцівок нерідко супроводжуються широкими відшаруваннями м'яких тканин та флюктуючими гематомами. Лікування таких хворих починають з видалення гематом, призначають спокій (ліжковий режим) і нерідко поновлюють крововтрату. Після пункції гематом застосовують туге бинтування, яке не забезпечує належного притискання пошкодженої поверхні. У зв'язку з цим пункції повторюють щоденно. Для усунення цих недоліків нами запропоновано пристосування для лікування великих відшарувань м'яких тканин тулуба і кінцівок, яке полягає в накладанні після пункції фігурної стискальної пов'язки на ділянку пошкодження. Спочатку помічають межі відшарування бриліантовим зеленим. Потім на ділянку відшарування накладають марлю і ножицями викроюють контур площі відшарування. Марлю накладають на картон, з якого за допомогою вати і бинта готують прокладку, повторюючи контури марлі. Після пункції прокладку укладають на ділянку відшарування і бинтують. Цим досягається адекватне притискання відшарованих м'яких тканин до тіла, що запобігає випоту, зменшення кількості пункцій до 2-3 з інтервалом у 3-4 дні та значне скорочення тривалості лікування. Даним способом лікували 9 хворих з пошкодженнями тулуба (3) і нижніх кінцівок (6). У всіх випадках отримано задовільні результати в оптимальні терміни.

МАЛОІНВАЗИВНИЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВАЛЬГУСНОГО ВІДХИЛЕННЯ ПЕРШОГО ПАЛЬЦЯ СТОПИ

А.Т.Зінченко

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Етіологічним фактором відхилення першого пальця стопи є поперечна плоскостопість. Вона усувається зближенням дистальних відділів плюсневих кісток за допомогою сухожилкового трансплантата, який протягують через кісткові канали і закріплюють у ділянці голівок першої та п'ятої плюсневих кісток. Канали роблять у фронтальній площині за допомогою електросвердлика діаметром 3-3,5 мм. Кінець сухожилкового трансплантата прошивають шовковою

лігатурою і протягують через зроблені отвори плюсневих кісток за допомогою зонда або дротяного серкляжа. У зв'язку з тим, що плюсневі кістки знаходяться на різних рівнях зазначена маніпуляція виконується не зразу, що спричиняє подовження тривалості операції, додаткове травмування тканин тощо. Щоб уникнути цього, ми робимо в межах хвостовика свердлика отвір з боковими пазами для протягування шовкової лігатури з сухожилковим трансплантатом. Після просвердлювання каналів у плюсневих кістках свердло-провідник від'єднують від електродрилі. До нього прикріплюють сухожилковий трансплантат, який без зусиль протягують через кісткові канали одночасно з видаленням свердлика. Даним методом прооперовано 28 хворих з Hallus valgus 3-4 ступеня із задовільними результатами. Запропонований спосіб оперативного втручання з приводу відхилення першого пальця стопи і вираженої поперечної плоскостопості скорочує тривалість оперативного втручання, виключає додаткове травмування тканин і може бути рекомендований для впровадження в практичну охорону здоров'я.

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ГІПСОВОЇ ПОВ'ЯЗКИ

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

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

При переломах плечової кістки після скелетного витягання останнім часом почали застосовувати функціональні гіпсові пов'язки. Їх накладають від надпліччя до верхньої третини передпліччя в положенні згинання ліктьового суглоба під кутом 130°. На передній поверхні нижньої третини плеча гіпс відсутній, що дозволяє згинати кінцівку в ліктьовому суглобі до кута 60°. Недоліком функціональної гіпсової пов'язки є можливість латерального та проксимального зміщення її на рівні верхньої третини плеча та надпліччя, що може погіршити фіксацію відламків. Нами запропоновані фіксувальні лямки, які прикріплюються до гіпсу на рівні верхньої третини плеча і надпліччя через зроблені отвори. Лямки до функціональної гіпсової пов'язки при переломах плечової кістки забезпечують надійну фіксацію кінцівки, виключають зміщення гіпсу в верхній третині плеча і дозволяють проводити ранні реабілітаційні заходи. Лікування за допомогою модифікованої функціональної гіпсової пов'язки проведено 23 хворим з переломами плечової кістки. У всіх пацієнтів отримані добрі результати. Отже, запропоновані фіксувальні лямки до функціональної гіпсової пов'язки при переломах плечової кістки є технічно простим і доступним методом, який скорочує термін перебування пацієнтів у стаціонарі, тому його можна рекомендувати для широкого впровадження.

СПОСІБ ПЕРЕВ'ЯЗУВАННЯ НЕОДНОРІДНИХ РАН КІНЦІВОК

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

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.

В ортопедо-травматологічній практиці трапляються хворі зі складними відкритими пошкодженнями, які в деяких випадках ускладнюються нагноєнням ран, відламкових гематом. Можливе виникнення неоднорідних ран з урахуванням ранового процесу, виділень, глибини пошкодження тканин, фаз запального процесу і інші. Наприклад, при відкритому подвійному переломі кісток гомілки можуть бути гранулюючі рани, які загоюються вторинним натягом, і рани з гнійним виділенням (міжвідламкова гематома, що нагноїлася). Одні з них потребують одноразового перев'язування впрожовж 2-3 днів, інші – щоденного. При щоденних перев'язках витрачається багато перев'язочного матеріалу. З метою його економії, а також прискорення загоювання ран нами розроблений спосіб перев'язування неоднорідних ран. Після накладання пов'язок застосований ватник (стерильний, ватно-марлевий) надрізають поперечно в декількох місцях (залежно від кількості ран). Наступного разу частина ватника в проекції рани відвертається, проводяться перев'язки і він знову прибинтовується. Ті рани під ватником, які не потребують перев'язок, не відкривають. Таким способом можливе щоденне перев'язування рани з гнійним виділенням та один раз у 2-3 доби гранулюючих або інших ран, які не потребують щоденних оглядів і перев'язок. Ватник замінюється один раз на 3 дні (традиційним способом – щоденно). Даний спосіб застосований нами для лікування двох пацієнтів з численними відкритими переломами кісток гомілок.

МОДИФІКАЦІЯ ГІПСОВОЇ ПОВ'ЯЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

А.Т.Зінченко, А.А.Зінченко, П.В.Ковальчук, А.В.Мартинов

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Переломи хребта, особливо в шийному відділі, відносяться до тяжких пошкоджень. При цьому нерідко застосовується консервативний метод лікування за допомогою гіпсових пов'язок, які накладаються з нашійником – гіпсовий напівкорсет. При переломах тіл шийних хребців гіпсовий напівкорсет з нашійником повинен утримувати голову хворого в закинутому положенні або з переднім нахилом. Останнє положення досягається за допомогою переднього щитка нашійника, який утримує підборіддя в потрібному положенні. При цьому іноді виникають явища дискомфорту в ділянці підборіддя. Для його усунення застосовують ватно-марлеві прокладки, які