

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ  
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**ДОСЯГНЕННЯ  
РАЦІОНАЛІЗАТОРІВ  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО  
МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**У 2011 РОЦІ**

**Чернівці - 2012**

видихуваного повітря з чутливістю - 87,5%, специфічністю - 50% передбачуваною цінністю негативного результату - 83,3%, відношенням правдоподібності - 1,75, співвідношенням шансів наявності симпатикотонічного типу вегетативної дисфункції за наведеного вмісту метаболітів оксиду азоту 5,0 (95% ДІ: 0,45-54,5), абсолютним ризиком 0,33. Водночас, якщо претестова вірогідність симпатикотонічного типу вегетативної дисфункції при вмісті метаболітів оксиду азоту, меншому за 31 мкмоль/л, становила 50%, то посттестовий шанс сягав 1,5, посттестова вірогідність збільшувалася до 60%.

**Васюк В.Л., Зінченко А.Т., Брагар О.А.,  
Васюк С.В., Дудко О.Г., Білик С.В.  
БЛОКОВАНІЙ ІНТРАМЕДУЛЯРНИЙ ФІКСАТОР**

На даний час відома значна кількість пристроїв для лікування різноманітних переломів. У пристрої представлено еластичний трубчастий елемент із розширювальними отворами на кінцях і стяжним механізмом та стяжною голівкою, всередині якого встановлено додатковий різьбовий стрижень. Тому, актуальним є завдання створення пристрою, який би характеризувався підвищеною механічною міцністю, підвищеною точністю попадання гвинтів і посадочну різьбу через бокову стінку кістки, зменшеною оперативною травматичністю та меншим часом оперативного втручання.

Блокований інтрамедулярний фіксатор, що містить стрижень, кінці якого мають у проксимальному та дистальному торцях наскрізні осьові отвори, який відрізняється тим, що містить поздовжні отвори для блокуючих гвинтів, виконані перпендикулярно до його центральної осі, при цьому їх довжина  $l$  більша за діаметр  $d$  різьби блокуючих гвинтів. Блокований інтрамедулярний фіксатор по п.1, який відрізняється тим, що переріз вказаних отворів являє собою два зустрічно направлені вершинами конуси таким чином, що відстань між вершинами  $d_0$  збігається з діаметром  $d$  різьби блокуючого гвинта. Блокований інтрамедулярний фіксатор, який відрізняється тим, що стрижень на заданій відстані від ввідного торця виконаний під певним необхідним кутом  $\alpha > 0$ . Блокований інтрамедулярний фіксатор, який відрізняється тим, що стрижень між поздовжніми отворами виконано пустотілим таким чином, що не послаблює механічної міцності його конструкції.

Таким чином, використання такого виду конструкції дасть можливість зменшити час оперативного втручання при лікуванні переломів кісток. Точність попадання гвинта в отвір збільшить у  $1/d$  раз. Для ефективного фіксації складних переломів можна використовувати  $1/3d$  гвинтів в одній площині через один поздовжній отвір без послаблення механічної міцності кістки. Матеріалом для блокуючого інтрамедулярного фіксатора представленої форми пропонується нержавіюча сталь. Необхідно також відмітити, що можливість посадки гвинтів вглибину співрозмірно з бічною

зменшує травматичність, а фіксація гвинта в протилежних кістках до зменшення навантаження на кістку - при лікуванні перелому. При цьому відсутність необхідності виконувати свердління отвору у випадку непопадання в різьбу призводить до значного скорочення часу оперативного лікування.

**Васюк В.Л., Зінченко А.Т., Брагар О.А.,  
Васюк С.В., Дудко О.Г., Білик С.В.  
НАВІГАЦІЙНА СИСТЕМА ДЛЯ БЛОКОВАНОГО  
ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО ФІКСАТОРА**

На даний час відома значна кількість пристроїв для лікування переломів кісток. До недоліків таких пристроїв належать строго визначені в певних точках отвори для наведення свердильного пристрою чи свердильного гвинта. Тому, актуальним є завдання створення пристрою, який характеризувався підвищеною точністю попадання гвинтів і зменшеною травматичністю та меншим часом оперативного втручання.

Навігаційна система для блокованого інтрамедулярного фіксатора, що містить отвори для кріплення блокованого інтрамедулярного фіксатора та провідникових втулок, яка відрізняється тим, що вказані отвори для провідникових втулок виконані перпендикулярно до її центральної осі, при цьому їх довжина  $l$  більша за діаметр  $d$  провідникових втулок. Навігаційна система, яка відрізняється тим, що містить щонайменше одну шкалу та напрямлює для провідникової втулки з фіксатором положення, одним з параметрів вільності вздовж осі навігаційної системи та отвором, діаметром  $d$ . Навігаційна система, яка відрізняється тим, що на певній заданій відстані від дистального торця виконана під певним кутом  $\alpha > 0$  відповідним до інтрамедулярного фіксатора, який використовується.

Таким чином, навігаційна система для блокованого інтрамедулярного фіксатора дає можливість зменшити час оперативного втручання при лікуванні переломів довгих кісток. Точність попадання гвинта в отвір значно підвищується за рахунок використання рухомої напрямлюючої, при цьому гарантоване попадання гвинта в отвір не призводить до необхідності свердління отвору в різьбу.

**Васюк В.Л., Зінченко А.Т., Брагар О.А., Білик С.В., Кирилюк С.В.  
СПОСІБ ЗАКРИТОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ**

На даний час ортопеди-травматологи все частіше застосовують при остеосинтезі довгих кісток малоінвазивні методи лікування. При закритих переломах плечової кістки також використовуються біологічні або мініінвазивні технології. При інтрамедулярному остеосинтезі плечової

кістки застосовують розгин м'яких тканин до 1 см у проекції великого горбика; з якого шилом робиться хід у кістково-мозковий канал, вводиться провідник, а потім – різні види блокуючих фіксаторів. У деяких хворих застосування блокуючих інтрамедулярних фіксаторів неможливо провести з матеріальних причин.

У зв'язку з цим, нами запропоновано спосіб закритого остеосинтезу плечової кістки, який полягає в тому, що ми використовуємо цвяхи Богданова, які не мають порожнини і не можуть бути блоковані. Для досягнення стабільної фіксації уламків нами використовуються два цвяхи Богданова послідовно й одночасно.

Таким чином, запропонований спосіб закритого остеосинтезу плечової кістки не поступається загальноприйнятим, дозволяє досягти стабільної фіксації уламків, скорочує час оперативного втручання і потребує значно менших матеріальних затрат.

**Візнюк В.В.**

### **СПОСІБ НЕФРОПРОТЕКЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ**

Даний спосіб нефропротекції при лікуванні гіперплазії передміхурової залози відноситься до галузі медицини, а саме до урології і може бути використаний у клініці для комплексного лікування при радикальному оперативному лікуванні гіперплазії передміхурової залози в перед- та післяопераційному періодах.

Оперативне лікування гіперплазії простати на II- III стадії необхідно проводити, коли порушується скорочення сечового міхура і при ультразвуковому обстеженні відмічається наявність залишкової сечі більше 50 мл.

Відомим способом оперативного лікування гіперплазії простати і “золотим стандартом” є трансуретральна резекція (Портной А.С. Хирургическое лечение аденомы предстательной железы.- М.: Медицина, 1989.- С. 96-174.) Одним із ускладнень операції трансуретральної резекції передміхурової залози є гостра ниркова недостатність, яка може бути причиною летальності в післяопераційному періоді.

**Мета пропозиції:**

Удосконалити нефропротекторну терапію у хворих на доброякісну гіперплазію простати в перед- та післяопераційному періоді, яка супроводжується постренальною нирковою недостатністю.

**Зміст пропозиції:**

Трансуретральну резекцію проводять за відомим методом (Портной А.С. Хирургическое лечение аденомы предстательной железы.- М.: Медицина, 1989.- С. 96-174.). Хворим, які лікуються з приводу гіперплазії простати, назначають препарат тивортин, який представляє собою донатор оксиду азоту у вигляді амінокислоти L - аргініну. В організмі здорової людини L-

Зінченко А.Т.

## ОСТЕОСИНТЕЗ ЛІКТЬОВОГО ПАРОСТКА МОДИФІКОВАНИМ ЦВЯХОМ БОГДАНОВА

При переломах ліктювого паростка зі зміщенням уламків застосовується оперативний метод лікування. Для цього запропоновано велику кількість методик, способів і конструкцій.

Методом вибору є і метилоостеосинтез ліктювого паростка цвяхом Богданова, яким забезпечені всі травматологічні клініки і відділення.

При цьому відмічаються незручності: стандартний цвях Богданова треба скорочувати, у зв'язку з тим, що в нього на всьому протязі один діаметр і це веде до розклинення уламків і їх зміщення. Крім того, цвях може мігрувати, зменшуючи стабільність зіставлення уламків і викликати явища бурситу ліктювого суглоба.

Для усунення цих недоліків запропоновано для остеосинтезу переломів ліктювого паростка зі зміщенням уламків модифікований цвях Богданова.

Для ускорення остеосинтезу, доброї адаптації уламків, стабільної фіксації перелому і виключення міграції його діаметр на відстані 2-3 см від початку конусоподібно зменшується до половини і більше з урахуванням ступеня звуження кістково-мозкового каналу ліктювої кістки на межі середньої і нижньої третини. Крім того, відступаючи 0,5 см від отвору цвяха, за який він видаляється після зрощення, формують звуження шийки з поменшанням діаметра цвяха також упродовж 0,5 см.

Таким чином, деякі зміни в конструкції цвяха Богданова (формування звуження шийки, поступове конусоподібне зменшення діаметра) покращує стабільність фіксації уламків, виключає міграцію цвяха і значно скорочує 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 упродовж 1-2 тижнів із раннім проведенням фізіофункціональної, реабілітаційної терапії. Ускладнень не було, зрощення і поновлення функції суглоба здійснювалося в оптимальні строки.

## Зінченко А.Т., Васюк В.Л., Яким'юк Д.І., Гузак В.Д., Лазар Т.Ф. МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА

На даний період часу лікування остеохондрозу хребта потребує комплексного підходу. Поряд із ЛФК, масажем, витяганням, фізіопроцедурами застосовують і медикаментозні препарати. Серед останніх знайшли широке застосування хондропротектори – препарати, які зумовлюють відновлення структури хрящової тканини і запобігають її руйнуванню.

Ми у своїй клінічній практиці з позитивним ефектом застосовуємо в комплексному лікуванні остеохондрозу хребта хондропротектор Алфлутоп.

Цей препарат має переваги над іншими тому, що лікує не симптоми, а причину і може бути застосованим не тільки внутрішньом'язово, але і при місцевій паравертебральній блокаді. При цьому, один курс лікування (20 ін'єкцій по 1 мл на добу) забезпечує ефективну хондропротекторну дію на весь місяць.

Алфлутоп є натуральним хондропротектором, який виготовляється з високоякісної чистої речовини і має трофічний (стимулює синтез хрящової тканини), протекторний (запобігає руйнуванню хряща, блокуючи фермент гіалуронідазу), протизапальний (гальмує біосинтез медіаторів запалення) і хондроподібний (покращує мікроциркуляцію в судинах паренхіматозних тканин) ефекти.

Алфлутоп проявляє протизапальну і знеболювальну дію на 8-10-й день лікування, введення його ми проводимо паравертебрально. Таким чином, застосування Алфлутопу в комплексному лікуванні остеохондрозу хребта дозволяє в оптимальні строки отримати позитивний ефект, поліпшити якість життя і зменшити строки непрацездатності хворих з вказаною вище патологією.

### **Зінченко А.Т. МОДИФІКАЦІЯ СКОБИ ДЛЯ ПОСТІЙНОГО СКЕЛЕТНОГО ВИТЯГАННЯ**

При лікуванні переломів довгих кісток кінцівок методом постійного скелетного витягання найчастіше застосовуються скоби Кіршнера і ЦІТО, в яких здійснюється напруження спиць. Іноді трапляються випадки, коли цих скоб не вистачає, а лікування методом постійного витягання треба продовжити. У цих випадках нами запропонована модифікована скоба для витягання з використанням напівкільця апарата Ілізарова з двома зажимами для фіксації в напруженому положенні проведеної спиці. З урахуванням особливостей проведення спиць для витягання застосовуються напівкільця апарата Ілізарова від №10-12 (витягання за лігтьовий паросток) до 16-18 (витягання за надпідвосткову ділянку стегна).

Таким чином, при відсутності стандартних скоб для витягання, нами запропонована модифікована скоба для постійного скелетного витягання — напівкільце від апарата Ілізарова з двома зажимами, яка повністю забезпечує лікування хворих екстензійним методом.

### **Зінченко А.Т. ПРИСТОСУВАННЯ ДЛЯ ОСТЕОТОМІЇ МАЛОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ**

Малогомілкова кістка при переломах кісток гомілки зрощується значно швидше ніж в великогомілкова кістка. Це призводить до виникнення переломів з