

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ДУ «Інститут патології хребта та суглобів
ім. проф. М.І.Ситенка НАМН України»
ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів»

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
конференції молодих вчених

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ
СУЧАСНОЇ ОРТОПЕДІЇ
ТА ТРАВМАТОЛОГІЇ**



14-15 травня 2015 р
м. Чернігів

**Національна академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
ДУ «Інститут патології хребта та суглобів
ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України»
ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів»**

**Збірник наукових праць
конференції молодих вчених**

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ
СУЧАСНОЇ ОРТОПЕДІЇ
ТА ТРАВМАТОЛОГІЇ**

**14-15 травня 2015 р.
м. Чернігів**

УДК 616.7.001-07-08
ББК Р 54.57

Науково-практична конференція з міжнародною участю (для молодих учених) «Актуальні проблеми сучасної ортопедії та травматології»: тези доповідей (с. Снов'янка Чернігівської обл., 14–15 травня 2015 р.).

Конференція внесена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2015 р.

У тезах Науково-практичної конференції з міжнародною участю представлені результати наукових досліджень та практичної роботи молодих і провідних учених у галузі ортопедії та травматології.

Редакційна колегія: проф. М.О. Корж
д.м.н. О. І. Корольков
к.м.н. С. Є. Бондаренко
Г.В. Кікош

Відповідальний за випуск: д.м.н. О. І. Корольков

© ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І Ситенка НАМН України», 2015.

Тираж: 100 прим.

ранить (кулі): калібр – 22-250 Rem. (5,56x45мм NATO), початкова швидкість кулі - 1300 м/с, маса кулі – 3,5 г. з відстані 100 м.

Навантаження систем апарат-кістка проводили за допомогою універсальної випробовувальної машини TIRA-TEST 2151. Показники жорсткості кожної кістки досліджувалися двічі – в непошкодженному стані та після вогнепального перелому. Були визначені загальні деформації системи «кістка – навантажувальний пристрій» та записані діаграми деформування. Визначення величини деформації фіксувалося за допомогою мікрокомп'ютера, що вбудований в випробовувальну машину, та окремо за допомогою індикатору годинникового типу ИЧ-10 з точністю виміру $\pm 10^{-5}$ м. Дублювання методик виміру величин деформації сприяло збільшенню точності експерименту. Шляхом віднімання показників деформації навантажувального пристрою від показників деформації системи «кістка – навантажувальний пристрій» були отримані показники деформації власне кістки в непошкодженному стані та після вогнепального перелому.

Результати. Були визначені та порівняні жорсткості інтактної великогомілкової кістки та великогомілкової кістки з переломом в середній третині при осьових компресійних та циклічних осьових компресійних навантаженнях.

Висновки. При оперативному лікуванні хворих с вогнепальними переломами довгих кісток необхідно враховувати змінені біомеханічні характеристики кісткової тканини внаслідок виникнення ударно-хвильового остеопорозу та уникати введення імплантатів в цій зоні.

ПЕРСПЕКТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ЛІКТЬОВОГО ВІДРОСТКА

Філоненко Є.А.¹ Жук П.М.², Гребенюк Д.І.²

¹*Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова,*

²*Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна*

Ізольовані переломи ліктьового відростка зустрічаються з частотою 1,08 на 10 тис. населення в рік і складають 7% від усіх переломів. В переважній більшості випадків вказані переломи зустрічаються у людей молодого та середнього віку. Вказані особливості та частота випадків зазначеного виду травми обумовлюють актуальність аналізу результатів лікування переломів ліктьового відростка, а також та вдосконалення існуючих та розробку нових методів лікування.

Метою нашої роботи була розробка та впровадження нових методів лікування переломів ліктьового відростка, які є малоінвазивними та забезпечують стабільну фіксацію уламків з можливістю раннього початку функції, а також вивчення результатів лікування переломів ліктьового відростка з використанням зазначених методик.

Матеріали і методи. Нами були розроблені дві методики лікування переломів ліктьового відростка. Перша методика полягає у фіксації за допомогою інтрамедулярного введення спонгіозного канюльованого гвинта діаметром 6,5 мм, який в дистальній частині має перпендикулярний канал для введення блокуючого гвинта (патент № 73928). Суть другої методики – стабілізація уламків проксимального відділу ліктьової кістки компресуючим канюльованим гвинтом із різьбою на голівці (патент № 92809). Було проаналізовано наш перший досвід лікування переломів ліктьового відростка із застосуванням блокуваного гвинта у 11 пацієнтів. Термін спостереження склав від 2 до 18 місяців після оперативного втручання. Результати оцінено за клініко-рентгенологічними даними та шкалою Mayo Elbow Perfomance Score.

Результати і висновки. Десятеро хворих лікувались з діагнозом 21B1 за АО, площа перелому у вказаних хворих близька до поперечної. Четверо хворих були прооперовані в перші 12 годин після травми і 6 пацієнтів – після спадання набряку сегмента, але не пізніше 8 доби після травми. Рани загоїлися без особливостей, реабілітація проводилась з першої доби післяоперативного втручання. В період спостереження у всіх хворих показник за шкалою Mayo Elbow Perfomance Score складав більше 75 балів, тобто пацієнти досягли доброго та відмінного результатів лікування. У одного пацієнта відмічались клінічні ознаки нейропатії ліктьового нерва в післяопераційному періоді, які через 6 тижнів вже були відсутні. У однієї пацієнтки через 2 тижні після оперативного втручання, з'явилися скарги на біль в променево-зап'ястному суглобі, клініко-рентгенологічно було діагностовано нестабільність в дистальному променево-ліктьовому суглобі. Після трьохтижневої гіпсової іммобілізації та подальшої реабілітації функція передпліччя була повністю відновлена. Одній пацієнтці з переломом типу 13C1 за АО при доступі виконано остеотомію ліктьового відростка, який фіксовано за вказаною методикою. При оцінці результатів через 18 місяців, показник за шкалою Mayo Elbow Perfomance Score у даної пацієнтки складав 92 бали, тобто вказував на відмінний результат. Крім того, було досягнуто повного об'єму рухів в ліктьовому суглобі. Всі пацієнти повернулись до звичного побутового та робочого навантаження, суб'єктивно були задоволені результатом лікування. Повторних оперативних втручань жодному із хворих не було виконано. Таким чином, аналіз результатів лікування пацієнтів з

переломами типу 21B1 за запропонованою методикою, демонструє добрі та відмінні результати лікування, відновлення об'єму та сили рухів в суглобі, швидке відновлення працездатності, а також можливість та ефективність малоінвазивного металоостеосинтезу.

РОЛЬ ФАСЦІОТОМІЙ У ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ КІНЦІВОК

Бородай О.Л., Погрібний К.М., Клапчук Ю. В.

*Військово-медичний клінічний центр Північного регіону
Департаменту охорони здоров'я МО України, м. Харків*

Вступ. Для оцінки причин поранень на полі бою та їх наслідки були проведені три великі епідеміологічні аналізи у різні періоди часу та при різних воєнних конфліктах під час проведення військової компанії Bougaivill – південна частина Тихого океану (Друга світова війна). Завдання якої було зібрати дані стосовно поранених, включаючи причини поранень; під час В'єтнамської війни медична команда WDMET збирала дані стосовно поранень у сухопутних та морських силах США; у 2004 році було розроблено та запроваджено систему JTTS (Joint Theater Trauma System), модель якої запозичили з цивільних систем аналізу травматичних пошкоджень у США. Дана система була розроблена з метою підтримки військових операцій в Іраку та Афганістані й гарантування того, що у кожного поранення на полі бою військовослужбовець буде матиме оптимальні шанси вижити та максимальний потенціал для функціонального відновлення.

Із наведених досліджень стало відомо, що найбільш розповсюдженим типом поранення на полі бою є множинні рани, які спричиненні фрагментами вибухового пристрою та пошкоджують численні анатомічні ділянки. По видам зброї переважали кульові поранення – 29,76%, поранення від мінометів та мін – склали 20,3%, артилерійський снаряд – 4,8%, граната -7,8%, міна пастка /ВІП -27,6%, РПГ – 5% та інші – 4,5%. Поранення кінцівок переважали у всіх військових конфліктах, як найменш захищена анатомічна ділянка та складали у середньому 64%. Первинно-проникаючі поранення голови та шиї посіли друге місце та склали в середньому 16%, поранення грудної клітки – 7,9%, поранення живота – 6,9% та інші локалізації – 4,09%. [Невідкладна військова хірургія./пер. з англ. - Львів, Наутілус, 2015.- розділ 9, 34]:

Основою лікування вогнепальних поранень являється повноцінна хірургічна обробка ран. Яка у свою чергу може бути первинною,