

ВГО «УКРАЇНЬКА АСОЦІАЦІЯ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОСТЕОСИНТЕЗУ»  
ДУ «ІНСТИТУТ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ НАМН УКРАЇНИ»



# ПРОБЛЕМИ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОСТЕОСИНТЕЗУ

THE PROBLEMS OF TRAUMATOLOGY AND OSTEOSYNTHESIS

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО - ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

1-2 (15-16) – 2019

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

**Почесний редактор**

Гайко Г.В.

**Головний редактор**

Калашніков А.В.

**Відповідальний секретар**

Майко В.М.

## Список редколегії

### Вітчизняний склад:

Аршулік М.А.	Левицький А.Ф.
Бур'янов О.А.	Литовченко В.О.
Васюк В.Л.	Лябах А.П.
Гайко О.Г.	Малик В.Д.
Гайович В.І.	Луцишин В.Г.
Герасименко С.І.	Павлішен Ю.І.
Герцен Г.І.	Піонтковський В.К.
Грицай М.П.	Рой І.В.
Гур'єв С.О.	Савка І.С.
Івченко Д.В.	Ставінський Ю.О.
Курінний І.М.	Страфун С.С.

### Закордонний склад:

Andrej Krentic (Maribor, Slovenia)	Pol. M. Rommens (Mainz, Germany)
Wojciech Marczynski (Otwock, Poland)	Pape Hans-Cristoph (Zurich, Switzerland)
Milorad Mitkovich (Nis, Serbia)	Jan Verbruggen (Maastricht, The Netherlands)
Richard Kdolsky (Vienna, Austria)	

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації  
серія КВ № 21893-11793ПР від 16.02.2016, ISSN 2411-6858

Журнал сертифіковано ДАК України (затверджено наказом МОН України № 1222 від 07.10.2016)  
Рекомендовано до друку вченою радою ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»  
(протокол № 6 від 12. 03. 2019 р.)

Переклад англійською – Голота О.В.

Дизайн, верстка - Непорожній О.А.

Друк - ТОВ «Видавництво Юстон»

Редакція залишає за собою право на редагування поданих матеріалів. Відповідальність за зміст реклами несе рекламодавець.

Відповідальність за зміст та достовірність інформації в публікаціях несе автор.

Усі права захищені. Будь-яке відтворення матеріалів видання можливе лише за письмової згоди редакції та авторів,  
посилаючи на видання обов'язково.

© Журнал «Проблеми травматології та остеосинтезу»

кістки – 37 (68,5%) (з локалізацією в проксимальному відділі та шийці у 70,3%); кісток гомілки – 17 (31,5%).

**Результати та обговорення.** Проведений нами ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування патологічних переломів та деформацій кісток при ФД із застосуванням традиційних методик накісткового остеосинтезу свідчить про недостатню їх ефективність. Найбільша кількість незадовільних результатів лікування була пов'язана з прорізуванням пластин та гвинтів, міграцією металофіксаторів, рецидивами деформації за межами металоконструкцій. На нашу думку, дані ускладнення були наслідком нестійкої фіксації уламків в структурно «неповноцінній» кістковій тканині та недосконалістю металоконструкцій. Методикою блокованого інтрамедулярного остеосинтезу (БІОС) проліковано 17 хворих (21 сегмент). Лікувальний БІОС був виконаний на 16 сегментах у хворих з різноманітними деформаціями довгих кісток нижніх кінцівок (8 стегнових кісток, 8 великогомілкових кісток); профілактичний БІОС – на 5 сегментах (4 стегнові кістки, одна великогомілкова кістка) при загрозі патологічного перелому. Повторних переломів та рецидивів деформації після БІОС не було в жодному випадку, в 2 випадках (5,9%) відмічалася міграція блокуючих гвинтів.

**Висновок.** Особливостями клінічного перебігу хвороби Брайцева-Ліхтенштейна є наявність патологічних переломів та багатоплощинних деформацій довгих кісток нижніх кінцівок на тлі системних порушень опорно-рухового апарату, що є показанням до застосування реконструктивно-профілактичних втручань із використанням інтрамедулярних блокованих стержнів. Застосування інтрамедулярних блокованих конструкцій при металоостеосинтезі в хірургії фіброзної дисплазії має пріоритетне значення та дозволяє досягати стійкої фіксації уламків, адекватну консолідацію, попереджати розвиток повторних патологічних переломів та вісьових деформацій нижніх кінцівок.

**Ключові слова:** фіброзна дисплазія, патологічний перелом, інтрамедулярний блокований остеосинтез.

УДК 617.57/.58-001.45-001.5-07-08

### **ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНА ТАКТИКА В ПОСТРАЖДАЛИХ З СУЧАСНОЮ БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ КІНЦІВОК У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯХ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

*Гур'єв С. О.<sup>1</sup>, Танасієнко П. В.<sup>1</sup>, Ордатій А. В.<sup>2</sup>, Марцинковський І. П.<sup>2</sup>*

*1 ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги  
та медицини катастроф МОЗ України»*

*2 Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону МО України*

Операція об'єднаних сил, що відбувається на сході України, значне збільшення кількості терористичних актів ставлять перед хірургами велику кількість питань про організацію та надання медичної допомоги постраждалим із бойовою травмою кінцівок. За даними Міністерства оборони України на кінець 2018 року в зоні Операція об'єднаних сил на Сході України вважалися загиблими більше 10 тисяч осіб. За період 2014-2018 роки було зареєстровано більше 22 тисяч поранених. Висока летальність,





раньові ускладнення, тривалі терміни перебування в лікувальних установах, втрата працездатності та високий рівень інвалідизації визначають необхідність вдосконалення медичної допомоги постраждалих з бойовою травмою кінцівок на етапах медичної евакуації.

Медична допомога пораненим з мінно-вибуховою травмою кінцівок починається з базового етапу. Саме на цьому етапі передбачається надання першої медичної та долікарської медичної допомоги. Перша допомога надавалась у порядку само- і взаємодопомоги у 64,2% випадків, санінструктором - у 21,0% випадків, фельдшером - у 11,3% випадків і санітаром - 3,5% випадків. На другому рівні медичної допомоги постраждалим з мінно-вибуховою травмою передбачається надання кваліфікованої медичної допомоги, що може надаватись у військово-польових госпіталях, військових госпіталях та у районних лікарнях, що межують з лінією бойових дій. Найбільш частим оперативним втручанням, що проводилось постраждалим з мінно-вибуховою травмою на етапі кваліфікованої медичної допомоги була первинна хірургічна обробка рани, що становить більш, ніж третину всіх оперативних втручань. Також виконувались остеометалосинтез, накладання апарату зовнішньої фіксації, фасціотомія та ампутація кінцівок, що разом спостерігались у 29,5% випадків. Діагностичні оперативні втручання на органах грудної клітки та черевної порожнини проводились на приблизно одному кількісному рівні: 12,3% та 13,0% відповідно. На третьому рівні постраждалим з мінно-вибуховою травмою кінцівок виконується набір лікувально-діагностичних, хірургічних, реаніматологічних та реабілітаційних заходів, що направлені на остаточне лікування наслідків мінно-вибухової травми кінцівок. Найбільш часто проводились відстрочені оперативні втручання, що були виконані в 44,8% від усіх поранених. Набагато рідше на третьому рівні медичної допомоги виконувались планові операції, що були проведені в 9,6% випадків. У 11 випадках (9,6%) були проведені поєднані різні види первинних операцій. Невідкладні операції були виконані в 36,0% постраждалих. У структурі первинних оперативних втручань на четвертому рівні медичної допомоги серед постраждалих з мінно-вибуховою травмою кінцівок превалювали планові оперативні втручання, їх питома вага становила 82,3%. Питома вага відстрочених операцій становила 9,4% масиву, а питома вага термінових - 8,3%. Серед термінових операцій у 57,1% постраждалих була проведена лапаротомія при позаочеревинному пораненні прямої кишки, а у 42,9% - торакотомія при згорнутому гемотораксі

Сформована система клініко-організаційних та діагностично-лікувальних заходів у поранених на основі застосування власної розробленої системи оцінки тяжкості травми та стану пораненого на етапах надання медичної допомоги, що дозволила покращити результати лікування на 6,8%, знизити інвалідність на 7,7% та зменшити смертність на 5,2%.