

жим, разгрузку позвоночника, плавание, ортезирование индивидуальными стельками (после обследования на АПК ДСС). Наибольшее значение отводилось лечебной физкультуре, в том числе ЛФК по Дикулю (4 основных комплекса в зависимости от степени, вида и локализации деформации позвоночника). В то же время исключалась интенсивная физическая нагрузка без учета нарушения биомеханики опорно-двигательного аппарата больного сколиозом. Мануальная медицина с целью исправления формы позвоночника категорически запрещалась при любых типах деформаций позвоночника!

Динамика коррекции сколиотической деформации зависела от степени выраженности патологии: при сколиозах 1-й степени требовалось 1–2 месяца,

при деформации 2-й степени — 2–3 месяца, при 3-й степени — от 4 месяцев и более. После достижения необходимой коррекции пациенты продолжали носить корсет еще в течение нескольких месяцев для достижения устойчивой ремиссии. Коррекция сколиоза IV степени требовала более длительного времени, замены корсета на этапе лечения после стабильного уменьшения степени деформации и не всегда имела высокую эффективность. При ранней корсетотерапии (при деформации оси позвоночника от 5–7°) ношение корсета было возможно не в жестком ортопедическом режиме, а избирательно (в подобранном режиме), что благоприятнее влияло на психику ребенка, который вынужден был получать такое лечение.

ВЫЕЗДНОЕ ЗАСЕДАНИЕ АССОЦИАЦИИ ОРТОПЕДОВ-ТРАВМАТОЛОГОВ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ В ЦГБ г. ТОРЕЗА (№ 5 от 23 октября 2013 г.)

Председатель — профессор В.А. БАБОША, секретарь — И.А. ШАМАРДИНА

ВАКУЛЕНКО В.М., ВАКУЛЕНКО А.В.

ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВОВАВШИХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПРОКСИМАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТС) является сложной и технологичной операцией. Особые трудности возникают в тех случаях, когда ТЭТС предшествуют различные реконструктивные операции на проксимальном отделе бедренной кости.

Нашим больным было произведено два типа операций, предшествовавших ТЭТС: межвертельные остеотомии McMurphy и создание точки опоры типа Schanz. В первом случае было возможно использовать стандартную ножку бедренного компонента эндопротеза, во втором требовалась ревизионная ножка с предварительным выравниванием оси проксимального отдела бедра. Некоторые авторы предлагают это делать в два этапа. Если ревизионная ножка не исключает ротационных движений в зоне повторной остеотомии, то используют наkostную пластинку. Особое внимание следует уделять профилактике возможных инфекционных осложнений, вероятность которых возрастает из-за предшествовавших операций, особенно после остеотомий по Schanz.

Продемонстрировано два клинических наблюдения.

ОПРИЩЕНКО А.А., БОРЗЫХ А.В., БОРЗЫХ Н.А.

НОВЫЙ СПОСОБ СУХОЖИЛЬНОГО ШВА

Количество пострадавших с повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти на разных уровнях составляет 7–12 % от числа всех пациентов с открытыми

травмами кисти, при этом до 62 % больных не удовлетворены конечным результатом лечения. Целью работы стало улучшение результатов лечения пациентов с повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти путем усовершенствования существующих сухожильных швов на основании данных экспериментального и клинического обследования, определение оптимальных сроков восстановления сухожилий. Разработан новый способ сшивания концов поврежденных сухожилий сгибателей пальцев кисти (Гос. патент Украины на полезную модель № 57350). Путем морфологического исследования сухожилий установлено, что начиная с 14–16-х суток в сухожилии происходят деструктивно-дегенеративные изменения, такие как отек аморфного вещества, разрушение коллагеновых волокон и фибробластов, лейкоцитарная инфильтрация. Определено, что оптимальными сроками восстановления сухожилия являются первые 10–12 дней после травмы.

Нами проведен анализ результатов лечения 319 пациентов. Он показал, что раннее комплексное лечение пациентов с повреждением сухожилий сгибателей пальцев позволило улучшить общие результаты лечения на 11,9 %, а количество отличных результатов — в 1,5 раза, сократить сроки пребывания в стационаре, ускорить социально-трудовую адаптацию после травмы и лечения.

БІЛІНСЬКИЙ П.І.

ОБҐРУНТУВАННЯ І МОЖЛИВОСТІ МАЛОКОНТАКТНОГО БАГАТОПЛОЩИННОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ

Розроблені засоби для малоконтактного багатоплощинного остеосинтезу (МБО). Вони прості, надійні у користуванні, не потребують додаткових інструментів

при остеосинтезі, особливо це стосується переломів стегнової кістки (СК), забезпечують стабільну фіксацію фрагментів, дозволяють позбутися багатьох ускладнень, характерних для традиційного остеосинтезу. Несуча пластина має фігурний переріз, що збільшує її стійкість на злам. Для остеосинтезу псевдоартрозів СК у пластині передбачена ділянка з пропуском двох отворів. Завдяки усуненню тиску пластини на кістку, багатоплощинній фіксації, наявності елемента взаємодії «пластина — гвинт» наші фіксатори є методом вибору при переломах остеопорозної кістки, перипротезних переломах. Оригінальний фіксатор для переломів шийки СК має деротаційний ефект, мінімально травмує спонгіоз, за-

безпечує самокомпресію фрагментів. У конструкціях для ключиці й кісток передпліччя півкільця виконані заодно із пластиною, що зменшує їх об'єм. А у фіксаторі для переломів кісток гомілки такий ефект досягається за рахунок зменшення товщини пластини по краях. Це дозволяє легко перекрити його м'якими тканинами, що значно полегшує проведення оперативного втручання. Фіксатори з позитивним результатом використані при лікуванні різноманітних переломів і псевдоартрозів довгих кісток у 3400 пацієнтів. Післяопераційна тактика визначається індивідуально. Динамічний рентгенологічний контроль дозволяє правильно обрати величину й час навантаження кінцівки.

В 2013 г. отметили:

70-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ —

Юрий Валерианович Святченко, заведующий травматологическим отделением ГБ № 2 (г. Макеевка);

60-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ —

Анатолий Кириллович Рушай, д.м.н., профессор, заведующий отделением костно-гнойной инфекции областной травматологической больницы (г. Донецк);

Александр Николаевич Дунаев, заведующий травматологическим отделением ГБ (г. Белозерск);

50-ЛЕТНИЙ ЮБИЛЕЙ —

Игорь Владимирович Бобров, заведующий травматологическим отделением ГБ № 5 (г. Константиновка);

Александр Иванович Денисенко, заведующий травматологическим отделением ГБ № 17 (г. Донецк);

Алексей Николаевич Крюков, заведующий травматологическим отделением Старобешевской ЦРБ, районный травматолог;

Сергей Владимирович Мудрый, заведующий травматологическим отделением ГБ № 4 (г. Мариуполь).

Ассоциация ортопедов-травматологов Донецкой области поздравляет юбиляров и желает им здоровья, целеустремленности, успехов в любимой работе и удачи!