

періоді.

Перевагами застосування металоконструкцій, що "ростуть" були – попередження повторних переломів та деформацій кістки; серед недоліків – загроза ротаційного зміщення фрагментів кістки та їх зміщення по довжині, неможливість створення компресії в ділянці остеотомії. У зв'язку з цим, у 2 пацієнтів застосовано вдосконалений спосіб хірургічного лікування з використанням розробленого інтрамедулярного універсального телескопічного стержня: першим етапом виконували коригуючу остеотомію та металоостеосинтез інтрамедулярною конструкцією з блокуванням дистальної частини стержня та його Т-подібної телескопічної складової; другим – вилучення блокуючих гвинтів та переведення конструкції в «ростучу» після зрощення уламків, яке було підтверджено рентгенологічно.

**Висновки.** Застосування вдосконаленого способу хірургічного лікування при корекції деформацій кісток при недосконалому остеогенезі із використанням інтрамедулярної телескопічної конструкції, в основу якої покладене об'єднання принципів блокуючого компресійного інтрамедулярного остеосинтезу та остеосинтезу інтрамедулярним телескопічним стержнем, що «росте», свідчить про ефективність даної методики та низький відсоток ускладнень.

## ОБҐРУНТУВАННЯ ОБСЯГУ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ ПОЛІТРАВМОЮ (КЛІНІКО-ТАКТИЧНІ АСПЕКТИ)

Лапшин Д.В., Березка М.І.

*Харківський національний медичний університет, кафедра екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології*

Сучасний досвід лікування постраждалих із множинними та поєднаними травмами свідчить, що рекомендовані для практичного застосування тактичні прийоми ґрунтуються, головним чином, на даних про характер травми, лікувальних схемах, що давно застаріли, і найчастіше – на особистому досвіді лікаря. Дотепер немає єдиної думки щодо оптимальних термінів, способів й обсягу лікування переломів у постраждалих з політравмою в гострому періоді травматичної хвороби. Причинами невиправданого скорочення обсягу оперативних втручань, що проводять у терміновому порядку в постраждалих, є відсутність об'єктивних критеріїв порівняльної оцінки травматичності операцій, а також небезпека створити за рахунок операції додаткову травматизацію, яка може негативно вплинути на результат лікування. Не розроблені припустимі показники гомеостазу хворих із поєднаною травмою, при яких виконання того або іншого методу остеосинтезу буде безпечним і не призведе до обтяження загального стану, не визначені й шляхи підвищення операбельності тяжкопостраждалих.

Отже, потребує обґрунтування і подальшої розробки хірургічна тактика лікування постраждалих із поєднаною травмою, заснована на об'єктивній оцінці тяжкості травми і стану постраждалих, що дозволяє досить надійно визначити характер, обсяг і терміни оперативних втручань.

Критеріями, що використовуються при оцінці ступеню тяжкості травми, є прогностична і конструктивна обґрунтованість; ідентичність і єдність результатів,



отриманих різними дослідниками; доступність інформації; простота у використанні.

У результаті проведення порівняльної оцінки шкал *ISS*, *APACHE-II*, *ВІХ-II (МТ)* і *ВІХ-СП* у шкали *ISS* виявлена найбільша ефективність при прогнозуванні результату. При цьому чутливість шкали склала 0,92, специфічність – 0,89, вірне прогнозування результату – 93%.

Система оцінки тяжкості травми *ISS* може вважатися оптимальною, оскільки дозволяє проводити порівняльний аналіз летальності в постраждалих із політравмою. Ця шкала є найбільш інформативною і простою у використанні, її ефективність для оцінки тяжкості травми й прогнозування результату в клінічних умовах є досить високою, вона дозволяє визначати не тільки тяжкість ушкоджень, але й характеризує тяжкість стану постраждалих.

На основі шкали *ISS* запропоновано наступну лікувальну тактику постраждалих з політравмою: у пацієнтів з балом тяжкості <25 реалізується концепція „Early Total Care”; у випадку множинної або поєднаної травми в постраждалих з нестабільним станом при балах тяжкості від 25 до 40 оптимальним є застосування концепції „хірургічної реанімації”; у випадках політравми з тяжкістю >40 необхідно дотримуватися тактики „Damage Control Orthopedics”. Для постраждалих з 25-40 балами за шкалою *ISS* при визначенні хірургічної тактики доцільно використовувати також шкалу оцінки тяжкості стану *ВІХ-СП*, доповнену показниками віку. Якщо за шкалою *ВІХ-СП* доповненою тяжкість стану <22 балів, можливе виконання всіх видів позаосередкового остеосинтезу, закритого блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу, за виключенням занурювального накісткового остеосинтезу. Якщо за шкалою *ВІХ-СП* доповненою тяжкість стану >22 балів, слід дотримуватися концепції «Damage Control Orthopedics».

## ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ В ДІТЕЙ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ МАЛОІНВАЗИВНОГО ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ТИТАНОВИМИ ЕЛАСТИЧНИМИ СТРИЖНЯМИ

Левицький А.Ф.<sup>1</sup>, Терпиловський Ю.Р.<sup>2</sup>, Вітязь В.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.

<sup>2</sup>Національна дитяча спеціалізована лікарня „Охматдит”, Україна, Київ. НДСЛ «Охматдит», відділення ортопедії і травматології

**Актуальність.** Одним з сучасних методів оперативного лікування нестабільних діафізарних переломів кісток передпліччя в дітей є інтрамедулярна фіксація за допомогою титанових еластичних стрижнів (ТЕС), яка має як переваги, так і недоліки.

**Матеріали та методи.** У період з січня 2011 р. по жовтень 2014 р. включно, у відділенні ортопедії та травматології лікарні «Охматдит» спостерігалися 57 дітей у віці від 6 до 17 років з діафізарними переломами обох кісток передпліччя (тип 22-D/4.1 та 22-D/5.1 за педіатричною класифікацією АО).

Показаннями до оперативного лікування були: випадки невдалої закритої репозиції, нестабільні переломи та вторинне зміщення уламків. Оперативне втручання було показано при кутовій деформації >10° в залежності від віку