



отриманих різними дослідниками; доступність інформації; простота у використанні.

У результаті проведення порівняльної оцінки шкал *ISS*, *APACHE-II*, *ВІХ-II (MT)* 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

хворого, зміщенні обох кісток за шириною в напрямку міжкісткового проміжку та ротаційному зміщенні уламків.

За методом лікування хворі були розподілені наступним чином. Закрита репозиція однієї кістки та її фіксація ТЕС виконана в 9 хворих при стабільному переломі із задовільним стоянням відламків другої кістки. Закрита репозиція обох кісток виконана в 21 хворого. У випадках невдалої закритої репозиції виконувалася відкрита репозиція з мінімального доступу. Відкрита репозиція однієї кістки виконана в 12 хворих, обох кісток - у 3 хворих. Закрита репозиція однієї кістки та відкрита репозиція другої виконана в 12 хворих.

Техніка операцій була стандартною. У літьову кістку ТЕС проводився ретроградно або антеградно.

Оптимальний строк для видалення фіксаторів складав 5-6 місяців, тобто після повної перебудови кісток для запобігання повторного перелому.

**Результати.** Досягнутий результат лікування після реабілітації визначався за критеріями Price, де основною є оцінка ступеню супінаційно-пронаційних рухів. Відмінний результат у 15 хворих спостерігався в групі, де виконувалася закрыта репозиція уламків з наступною фіксацією ТЕС. Добрий результат спостерігався в 4 хворих з цієї групи.

У групі, де виконувалася відкрита репозиція, відмінний результат спостерігався в 4 хворих, добрий - у 8, задовільний - у 2 та незадовільний - у 1 хворого. У групі, де виконувалася відкрита репозиція однієї кістки в поєднанні із закритою репозицією другої, відмінний результат спостерігався в 5 хворих, добрий - у 4 хворих та задовільний - у 2 хворих.

Під час спостереження були отримані наступні ускладнення: незрощення або сповільнене зрощення перелому літьової кістки - 4 (7,01%), нейропатія променевого нерву внаслідок репозицій - 1 (1,75%), розвиток компартмент-синдрому легкого ступеню в 1 (1,75%), міграція стрижнів - 3 (5,2%) та запалення післяопераційної рани в 1 хворого (1,75%).

**Висновки.** Таким чином, інтрамедулярний остеосинтез кісток передпліччя титановими еластичними стрижнями (ТЕС) є безпечною, малоінвазивною, функціональною методикою, яка забезпечує гарний косметичний результат, дозволяє скоротити час перебування дитини в стаціонарі, але для зменшення кількості післяопераційних ускладнень треба уникати тривалих травматичних маніпуляцій.

## ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Лоскутов А.Е.<sup>1</sup>, Богуславский А.С.<sup>1</sup>, Доманский А.Н.<sup>1</sup>, Жердев И.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

<sup>2</sup>ГУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И.Мечникова»

**Введение.** Несмотря на прогресс, достигнутый в последние годы в развитии стабильно-функционального остеосинтеза длинных костей, количество ошибок и осложнений достигает 10% и тенденции к снижению не имеет.

Осложнения чаще всего обусловлены неправильным выбором метода лечения, недостаточным техническим оснащением клиник, дефектами техники операции, неправильным ведением этапа послеоперационной реабилитации. Имеет смысл