

**ДУ «ІНСТИТУТ ПАТОЛОГІЇ ХРЕБТА ТА СУГЛОБІВ
ІМ. ПРОФ. М.І. СИТЕНКА НАМН УКРАЇНИ»**

ДУ «ІНСТИТУТ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ НАМН УКРАЇНИ»

АТ «МОТОР-СІЧ»

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



**МАТЕРІАЛИ ДРУГОЇ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ
НАУКОВО – ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ СУГЛОБІВ
ТА ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ»**



Запоріжжя, 2017

УДК 616.72-089 (063)

ББК 54.18

А 43

Організатори конференції:

Запорізький державний медичний університет. МОЗ України.
ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. професора М.І.
Ситенка НАМН України».

А 43 Актуальні питання лікування патології суглобів та
ендопротезування: матеріали науково - практичної конференції,
Запоріжжя, 7–9 вересня 2017 р./ЗДМУ, ДУ «Інститут патології
хребта та суглобів ім. професора М.І.Ситенка».– Запоріжжя, 2017.–
79 с.

У збірнику представлені тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання лікування патології суглобів та ендопротезування», яка проведена 7–9 вересня 2017 року, посвідчення УкрІНТЕІ № 801 від 22.12.2016 року.

УДК 616.72-089 (063)

ISBN 978-966-525-805-6

ЗМІСТ

Бабуркина Е.П., Сименач Б.И. РОЛЬ КОНЦЕПЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ, В ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И ПРИКЛАДНОЙ МЕДИЦИНЕ.....	7
Богдановська Н.В., Кальонова І.В. СУЧАСНІ ПІДХОДИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ З ТРАВМАТИЧНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА.....	9
Богуслаев В.А., Гайко Г.В., Чёрный В.Н. ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ИМПЛАНТАМИ СИСТЕМЫ «ИТО – МОТОР СИЧ».....	10
Воронцов П.М., Сльота О.М., Гусак В.С., Воронцова М.П. ВИКОРИСТАННЯ КІСТКОВИХ ТРАНСПЛАНТАТІВ «ОМС» ТА «ОМС-А» У РЕКОНСТРУКТИВНІЙ ОРТОПЕДІЇ.....	12
Гайко Г.В., Калашніков О.В. ДІАГНОСТИЧНО-ПРОГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ПРОГРЕСУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА.....	13
Гайко Г.В., Підгаєцький В.М., Сулима О.М., Осадчук Т.І. ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАНЬ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА.....	15
Гайко Г.В., Лазарев І. А., Підгаєцький О. М., Осадчук Т.І., Сулима О.М. УМОВИ РЕВІЗІЙНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ПРИ НАЯВНИХ ДЕФЕКТАХ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ (БІОМЕХАНІЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ).....	18
Герасименко С.І., Костогриз О.А., Герасименко А.С., Костогриз Ю.О., Бурсук Ю.Є. ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПІГМЕНТНОГО ВІЛЛОНОДУЛЯРНОГО СИНОВІТУ КОЛІННОГО СУГЛОБА НА ПІЗНІХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	19
Герасименко С.І., Костогриз О.А., Бабко А.М., Деркач Р.В., Костогриз Ю.О., Полулях Д.М., Бурсук Ю.Є. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДОРΟΣЛИХ ПАЦІЄНТІВ З ВРОДЖЕНИМ ЗВИХОМ СТЕГНА.....	21
Герасименко С.І., Полулях М.В., Бабко А.М., Герасименко А.С. ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ.....	22
Голка Г.Г., Бурлака В.В., Перхун М.В., Паламарчук В.В. ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ.....	23
Головаха М.Л., Диденко І.В., Красноперов С.Н., Титарчук Р.В., Бенедетто К.П., Орлянский В. РЕКОНСТРУКЦІЯ ЗАДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЇ СВ'ЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПО	

ТЕХНОЛОГИИ “ONLAY”	25
Гриценко А.А., Головаха М.Л., Мелашенко С.А. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СПОРТЕ.....	26
Ивченко Д.В., Москальков А.П., Кирпиченко С.Ф., Трашков В.Д., Яцун Е.В. НАШ ОПЫТ ЗАКРЫТОГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРОКСИМАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.....	27
Ивченко Д.В., Ивахненко Д.С., Мирошников В.В. НЕЙРООРТОПЕДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА.....	28
Ивченко Д.В., Кузьминчук С.А., Засипко И.А., Москальков О.П., Мирошников В.В. НАШ ОПЫТ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	29
Канзюба А.І., Климовицький В.Г., Хайло П.А., Канзюба М.А. ПЕРВИННЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРТЛЮГОВОЇ ДІЛЯНКИ У ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ	31
Кожемяка М.А., Богдан О.В., Халилзада Р.И., Головаха М.Л. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.....	33
Кожемяка М.А., Богдан О.В., Коженков В.С., Завгородний А.А., Поляков А.Н., Белых Е.О., Головаха М.Л. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	34
Корж Н.А., Головаха М.Л., Гнедушкин Ю.Н., Красноперов С.Н., Ковальчук А.А. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ХРЯЩА КОЛЕННОГО СУСТАВА.....	35
Корольков О.І., Карпінський М.Ю., Рахман П.М., Шишка І.В., Яресько О.В. ПІДНАДП'ЯТКОВИЙ АРТРОЕРЕЗ У ЛІКУВАННІ ПЛОСКОВАЛЬГУСНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ СТОП (кінцево-елементне моделювання).....	37
Корольков О.І., Шишка І.В., Івченко Д.В. НЕСТАБІЛЬНІСТЬ СУГЛОБІВ - КОНЦЕПТУАЛЬНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ПРОБЛЕМИ НА ПРИКЛАДІ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА.....	39
Красноперов С.Н., Головаха М.Л., Шаломеев В.А. МЕХАНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДВЕСНЫХ ФИКСАТОРОВ С АДАПТИВНОЙ ПЕТЛЕЙ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ.....	41
Красноперов С.Н., Диденко И.В., Титарчук Р.В., Гриценко А.А., Головаха М.Л. МРТ-КРИТЕРИИ ПЕРЕСТРОЙКИ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ.....	42

Кривенко С.М. РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ МНОЖИННОЮ ТРАВМОЮ ДОВГИХ КІСТОК КІНЦІВОК.....	43
Кудієвський А.В., Кислиця Є.В. ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА.....	44
Лютко О.Б., Митякіна І.Ю. ЕТИОЛОГІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ РІЗНИХ СПОСОБАХ ОСТЕОСИНТЕЗУ У ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ КІСТОК КІНЦІВОК.....	46
Масленников С.О., Головаха М.Л. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕПАРАТИВНОГО ПРОЦЕССА ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА КАПСУЛЫ СУСТАВА СЕТЧАТЫМ ИМПЛАНТАТОМ НА ОСНОВЕ ПОЛИПРОПИЛЕНА.....	47
Мителева З.М., Снисаренко П.И., Зеленецкий И.Б., Карпинский М.Ю., Ярьсько А.В. ИССЛЕДОВАНИЕ НАПРЯЖЕННО-ДЕФОРМИРОВАННОГО СОСТОЯНИЯ МОДЕЛЕЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ И ТОЛЩИНЫ СУСТАВНОГО ХРЯЦА.....	48
Наср Аль Кали ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА НЕПРЕРЫВНОГО ПАССИВНОГО ДВИЖЕНИЯ В СУСТАВАХ.....	50
Наср Аль Калі, Корольков О.І. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМІКИ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ КОЛІННОГО СУГЛОБА.....	51
Омельчук В.П., Омельчук І.В. ФІКСАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ГВИНТІВ РІЗНИХ ТИПІВ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗІ МЕДІАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ.....	52
Павленко С.Н., Пелипенко А.В., Ковалёв А.С. АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ВЗРОСЛЫХ. ВОПРОСЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	54
Пелипенко О.В., Баженов А.А., Гончаров А.В., Дідик Н.Р., Жигайлов С.С., Ковальов О.С., Соколка В.В. ПРОГНОЗУВАННЯ НАСЛІДКІВ ВПЛИВУ ВИСОКОЕНЕРГЕТИЧНОЇ ТРАВМИ ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	56
Пелипенко О.В., Березан О.І., Ковальов О.С. ОРГАНІЗАЦІЙНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У GERONТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ.....	57

Півень Ю.М. , Литвин Ю.П. ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ БАГАТОФРАГМЕНТАРНИХ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ	59
Полівода О.М., Гузенко О.А., Бібіков О.А. РЕГЕНЕРАТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДЕСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СУГЛОБІВ І ДЕФЕКТІВ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ.....	60
Полулях М.В., Герасименко С.І., Бабко А.М., Герасименко А.С., Полулях Д.М. ПОМИЛКИ ТА ЇХ НАСЛІДКИ ПРИ ІМПЛАНТАЦІЇ АЦЕТАБУЛЯРНОГО КОМПОНЕНТА ПРОТЕЗА КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА.....	61
Проценко В.В., Чорний В.С., Ільницький О.В. ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ УРАЖЕННЯ КІСТОК ПРИ ЛІМФОГРАНУЛЕМАТОЗІ.....	62
Проценко В.В., Чорний В.С., Дуда Б.С. РЕЗУЛЬТАТИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ СУГЛОБІВ У ХВОРИХ З МЕТАСТАТИЧНИМИ ПУХЛИНАМИ КІСТОК.....	63
Пустовойт Б.А., Пустовойт К.Б., Тохтамишев М.О. ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ЛАТЕРАЛЬНОЇ ГІПЕРПРЕСІЇ НАДКОЛІНКА.....	64
Радченко В.А., Попсуйшапка К.А., Карпинский М.Ю., Карпинская Е.Д., Тесленко С.А. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЗРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....	66
Радченко В.О., Куценко В.О., Попов А.І., Карпінський М.Ю., Карпінська О.Д. МОДЕЛЮВАННЯ ВАРІАНТІВ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЇ ФІКСАЦІЇ ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ПРИ РЕЗЕКЦІЇ ОДНОГО/ДВОХ/ТРЬОХ ХРЕБЦІВ.....	68
Ременюк Ю.К., Сикорская М.В., Душенко В.В., Волк Ф.А., Каплиенко А.Ю. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОМЕХАНИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ (БМС) ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИММОБИЛИЗАЦИОННЫМИ КОНТРАКТУРАМИ.....	69
Рой І.В., Калашніков А.В., Баяндіна О.І., Малик В.Д., Калашніков О.В. РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ЧЕРЕЗВЕРТЛЮГОВИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО БЛОКУЮЧОГО ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ	70
Стауде В.А., Котульский И.В., Дуплий Д.Р., Карпинская Е.Д. ИССЛЕДОВАНИЕ АКТИВНОСТИ М. ERECTOR SPINAE У ЛИЦ С АСИММЕТРИЧНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ТАЗА И КРЕСТЦА	71
Тяжелов А.А., Гончарова Л.Д. ПАТОГЕНЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВМП.....	72

Чорний В.С., Проценко В.В. ВИПАДОК АДАМАНТИНОМИ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ.....	74
Чубар В.М., Білобровко В.В., Яремішин А.В., Яремішин Я.А. МОЖЛИВІСТЬ ТА РОЛЬ ПЕРВИННОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ СИСТЕМИ ЕТБС- ІТО, АТ «МОТОР СІЧ» В УМОВАХ РАЙОННОЇ ЛІКАРНІ...	75
Шаломеев В.А., Айкин Н.Д., Цивирко Э.И., Клочихин В.В., Черный В.В. РАЗРАБОТКА И ОПТИМИЗАЦИЯ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА НОВОГО ДЕФОРМИРУЕМОГО МАГНИЕВОГО СПЛАВА ДЛЯ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ.....	76
Шищук В.Д., Терехов А.М., Сухоставець В.О., Крива С.О. ЗАСТОСУВАННЯ ПОЗАВОГНИЩЕВОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНОЇ ПОЛІТРАВМИ ОПОРНО-РУХОВОЇ СИСТЕМИ.....	77

поверненню до праці хворих із множинною травмою опорно-рухової системи. Необхідно зазначити, що з першорядних задач у лікуванні цих пацієнтів є боротьба за збереження їхнього життя. Оперативне лікування з використанням накісткового та черезкісткового остеосинтезу є головним способом лікування цього виду тяжких травм і першим важливим етапом відновлювального лікування. Аналіз наслідків лікування хворих із множинними діафізарними переломами довгих кісток кінцівок свідчить про те, що, не дивлячись на тяжкість травми, застосування комбінованого методу лікування (106-60,9%) за чіткими показниками в більшості випадків (97-91,5%) забезпечило досягнення задовільних результатів. Ускладнення склали 6,8% (12). Інвалідність склала 5,7% (10), причому більшість з цих хворих (6-3,4%) були визнані інвалідами третьої групи. Летальні наслідки склали 0,8% (2) випадків, що було пов'язано з масивністю травми опорно-рухового апарату.

Висновки. Запорукою успіху лікування хворих із множинними діафізарними переломами довгих кісток кінцівок є правильний вибір оперативного методу лікування, адекватна медикаментозна терапія, а також своєчасний початок реабілітаційного лікування. Особливістю відновлювального лікування потерпілих із множинними діафізарними переломами довгих кісток кінцівок є використання послідовного, індивідуального, поетапного комплексу активних рухів у залежності від виразності репаративних процесів. Постійний лікувальний контроль, лікування у відділеннях відновлювальної терапії з використанням усіх видів фізіо- та механотерапії є могутнім стимулом розвитку компенсаторних можливостей організму та сприяє якнайшвидшому поверненню до праці хворих із травмою опорно-рухової системи, що і дозволило у 86,6% випадків одержати добрі анатомо - функціональні результати.

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Кудиевский А.В., Кислица Е.В.

Запорожский государственный медицинский университет.

Запорожье. Украина.

Позвоночник представляет собой сложный костно-суставной аппарат, являющийся осью тела человека. Он состоит из отдельных позвонков, межпозвоночных дисков и хорошо развитого связочно-мышечного аппарата.

Повреждения позвоночника наблюдаются в шейном, грудном, поясничном и крестцовом отделах. Их подразделяют согласно следующей классификации:

- с повреждением спинного мозга;
- без повреждения спинного мозга.

Нами рассмотрены только вторые.

В зависимости от локализации повреждения выделяют:

- переломы тел (компрессионные, взрывные) позвонков;
- переломы остистых и поперечных отростков;
- переломы дужек позвонков;
- подвывихи позвонков (без повреждения спинного мозга).

Лечение травм позвоночника начинается с иммобилизации и обезболивания.

Компрессионные и взрывные переломы тел позвонков наблюдаются в нижнем шейном, нижнем грудном и верхнем поясничном отделах, т.е. в тех местах, где более подвижная часть позвоночника.

Лечение осуществляется методом одномоментной или постепенной реклинации позвоночного столба с последующим наложением корсета или спиноразгибателя; при

неэффективности – оперативное лечение. Обязательным является применение физиотерапевтических методов в раннем периоде (ЛФК, массажа и физиотерапии).

Переломы остистых отростков позвоночника. Изолированные переломы остистых отростков встречаются достаточно редко. Чаще повреждаются ниже-шейные и верхне-грудные позвонки.

В лечении используются местные анестетики, постельный режим (около 1 мес.), возможно применение корсета, при повреждении в шейном отделе – воротник Шанца, в редких случаях торакокраниальная повязка с физиотерапевтическими методами лечения. Если консервативное лечение неэффективно, показано хирургическое лечение.

Переломы дужек позвонков. Чаще всего повреждаются дужки шейных позвонков. Оскольчатые переломы дужек могут вызвать раздражение спинномозговых оболочек и сдавление спинного мозга. Лечатся такие повреждения с помощью вытяжения и последующего использования воротника Шанца.

Переломы поперечных отростков, как правило, встречаются в поясничном отделе. Прямая травма или резкое сокращение мышц при резком повороте (особенно с грузом), приводит к перелому поперечных отростков.

Лечение начинается с местной анестезии, в отдельных случаях блокады, а затем иммобилизация больного в ортопедической кровати. Обезболивание повторяют в течение 6-7 дней.

Лечение подвывихов позвоночника. Лечение имеет два основных направления: консервативное и оперативное.

Одномоментное вправление позвонков производится в первые 10 суток после получения травмы, возможно под местной анестезией. При неэффективности – скелетное вытяжение с помощью клемм за теменные бугры.

Реабилитация.

При повреждениях шейных позвонков реабилитация больных, находящихся на постоянном скелетном вытяжении или с помощью петли Глиссона, начинается с дыхательных упражнений и физиотерапии. Через каждые 2-3 часа производится 5-6 глубоких дыхательных движений и откашливание мокроты под контролем методиста.

Со 2-3 го дня больной занимается лечебной гимнастикой: упражнения для мышц шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, выполняемые в положении лежа. Для укрепления мышц шеи используются изометрические напряжения мышц от 2-3 до 5-7 с, занятия проводятся 3-4 раза в день, каждое продолжительностью 15-20 мин.

Реабилитация при переломах грудных и поясничных позвонков. С первых дней при удовлетворительном общем состоянии больному назначают ЛФК.

На первом этапе (около 2 нед.) используются дыхательные и общеразвивающие упражнения для мышц. Вначале больной не должен отрывать пятки от постели. Далее добавляются упражнения на прогибание позвоночника и укрепление мышц брюшной полости. Длительность занятий 10-15 мин., но проводятся они 3-4 раза в день.

На втором этапе (около 4 нед.) в занятия включаются упражнения для мышц верхних и нижних конечностей, туловища, спины. Физические упражнения выполняют лежа на спине и животе. Переходу в положение на живот пациентов следует обучать. Больной должен несколько раз в день менять положение тела. Во второй половине периода в занятия добавляются наклоны туловища в стороны и ротационные движения, прогибания позвоночника. Наклоны туловища вперед запрещены.

На третьем этапе ЛФК (около 2 нед.), кроме упражнений лежа, включаются движения стоя на коленях. Продолжительность занятий 30-45 мин.

Четвертый этап начинается через 2 месяца после травмы. Больного переводят в вертикальное положение стоя из положения стоя на коленях. После адаптации к вертикальному положению применяют дозированную ходьбу. Вначале рекомендуется

вставать 2-3 раза в день и ходить не более 15-20 мин. Помимо ходьбы и специальных упражнений в разгрузочных положениях применяют упражнения в положении стоя. Необходимо укреплять мышцы ног и стопы. Упражнения для туловища выполняются с большой амплитудой, исключаются наклоны вперед.

К концу третьего месяца после травмы продолжительность ходьбы может достигать 1,5-2 ч, сидеть больному разрешается через 3-3,5 месяца после травмы. Разрешается выполнять наклоны туловища вперед, но сначала с напряженной прогнутой спиной. Особенно эффективно функции позвоночника восстанавливаются при плавании.

Физиотерапевтическое реабилитационное воздействие при травмах позвоночника осуществляется по общепринятой методике с преимущественным использованием электро-, свето- и теплолечения.

ЕТИОЛОГІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ РІЗНИХ СПОСОБАХ ОСТЕОСИНТЕЗУ У ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ КІСТОК КІНЦІВОК

Лютко О.Б., Митякіна І.Ю.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України».

Київ, Україна.

Вступ. Лікування хворих з інфекційними ускладненнями важкої травми є одною з актуальних проблем сучасної травматології. У більш ніж 20,0 % з цих пацієнтів виникає гнійно-септичне ураження кісток кінцівок. Серед факторів що можуть зупинити розвиток інфекційного ускладнення після використання різних методів стабільного остеосинтезу та сприяти його усуненню, називають сучасну відповідну антибіотикотерапію.

Для її обґрунтування має бути вчасно і об'єктивно встановлений етіологічний діагноз ускладнення або, за відсутності виділеного збудника, дані об'єктивно проведеного моніторинга. Як відомо, етіологічний діагноз інфекційно-запального процесу, крім ідентифікації та біологічної характеристики виділеного з клінічного матеріалу мікроорганізма, передбачає доведення його етіологічної ролі в розвитку ускладнення. Таким підтвердженням вважають виявлення специфічної антитільної відповіді на діяльність мікроорганізма та її рівень у хворого включно з обов'язковим врахуванням концентрації С-РБ як показника активності процесу, що дозволяє уточнити діагноз та сприяти оптимізації відповідної антибіотикотерапії.

Метою роботи було визначення етіології інфекційних ускладнень у хворих з різними видами остеосинтезу довгих кісток, а саме із застосуванням пластин чи БІОС для оптимізації об'єктивної діагностики та антибіотикотерапії.

Матеріали та методи. Мікробіологічно досліджено 1469 проб клінічного матеріалу від 432 хворих з ускладненим остеосинтезом кісток нижньої та верхньої кінцівок, госпіталізованих у клініку кістково-гнійної хірургії ДУ «ІТО АМНУ» в період з 2005 по 2014 роки. Середня кратність мікробіологічних досліджень, загалом, склала 3,4. Культуральне дослідження клінічного матеріалу виконували відповідно діючим методичним рекомендаціям.

У 512 хворих з ускладненим остеосинтезом проведені серологічні дослідження. Досліджено 906 проб сироваток, середня кратність– 1,75 рази. Визначали концентрацію антистрептолізину-О, С-реактивного білка, використовуючи діагностичні реагенти виробництва «Human». За діагностично значущі титри брали значення: > 6 мг/л; > 200 МО/мл, відповідно. Для виявлення в сироватці крові антистафілококових антитіл виконували реакцію аглютинації з нагрітою при 65⁰ С полівакциною, антитіл до виділених від хворих культур – таку ж вакцину з аутоштаму, нагріту чи живу.

Результати досліджень. Проведені мікробіологічні дослідження у хворих, розділених на групи за локалізацією ураження, а саме: 228 хворих – ураження кісток гомілки, 151 –