



Зміст	Contents
Оригінальні дослідження	Original Researches
Рашченко В.О., Пиливничко К.О. Концепція лікування вилучених переломів і переломів із зривом і дислокацією в розподіл тіла за поперечною осью тіла згідно з принципом комбінованої фіксації..... 5	V.O. Raskhenko, K.O. Pilyvnytska The concept of treatment of burst fractures and vertebral fractures with distraction and elevation of the thoracic and lumbar spine according to the principle of residual fixation..... 5
Синькович О.В., Софун С.С., Савосько О.В., Софун О.П. Динаміка рівня металів в крові болісних пацієнтів з переломами кісток після транспозиції кістки в тазобедренний суглоб..... 13	O.V. Sinykovich, N.Y. Sofun, O.V. Savosko, O.P. Sofun Dynamics of the levels of metals in the blood of patients with knee and hip osteotomies after the knee and hip replacement..... 13
Зайченко І.М. Ефективність застосування препарату Німедол не поступається ефективності застосування препарату Німесил в ортопедичній практиці (проспективне дослідження)..... 21	I.M. Zaitny The effectiveness of Nimesolol is not inferior to the effectiveness of Nimesil in orthopedic practice (prospective study)..... 21
Лаврик І.А., Косачук В.Ю., Дедюк А.Г., Софун М.В. Біомеханічне моделювання динаміки функціонування системи кісток — фасціар — м'язоприкріплення при різних типах внутрішньої геміартропластики..... 30	I.A. Lavryk, V.Yu. Kosachuk, A.G. Deduk, M.V. Sofun Biomechanical computer modeling of "bone-fascia-endoaponeurosis" system functioning after different types of internal hemiarthroplasty..... 30
Савосько О.В., Карпенко О.Д. Оцінка зміни старорічних параметрів і сили м'язів у пацієнтів на дисфункцію крижково-клубового суглоба після проведення спеціальної гімнастики..... 39	O.V. Savosko, O.D. Karpenko Evaluation of changes in atrophobic parameters and muscle strength in patients with sacrocoxal joint dysfunction after special exercises..... 39
Паворозник В.В., Бистрицька М.А., Кошель Н.М. Остеопороз у пацієнтів, які перенесли мозковий інсульт..... 50	V.V. Pavoroznyk, M.A. Bistrytska, N.M. Koshelev Osteoporosis in stroke patients..... 50
Страфун С.С., Фещенко О.В., Москало Г.С., Карпенко О.Д. Клінічне дослідження параметрів ходи в хворих на коксартроз за даними системи GAITrite..... 56	S.S. Strafun, O.V. Fischenko, G.S. Moskalov, O.D. Karpenko Clinical study of walking parameters in patients with coxarthrosis according to GAITrite system..... 56
Корольков А.И., Рахман П.М. Оцінка ефективності застосування технології одномоментної багатоуровневої внутрішньої фіксації у дітей з ДЦП..... 66	O.I. Korolov, P.M. Rahman Evaluating the effectiveness of the technology of single-event multilevel surgery in children with cerebral palsy..... 66
Янух П.В., Страфун С.С., Савосько С.І., Махоренко О.М. Вивчення структурних особливостей експериментального хронічного остеоартрозу колінного суглоба в кролів..... 76	P.V. Yanuk, S.S. Strafun, S.I. Savosko, O.M. Makhorenko Study of structural features in the experimental chronic knee osteoarthritis in rabbits..... 76
Гур'єв С.О., Яровий Д.М., Кушнір В.А. Аналіз причин інвалідності груп учасників дорожнього руху, які отримали інвалідність унаслідок дорожньо-транспортних пригод..... 82	S.O. Guryev, D.M. Yaroviy, V.A. Kushnir Analysis of disability causes in road users who became disabled due to road traffic accidents..... 82

Том 19, № 6, 2018
www.mif-ua.com, http://trauma.zakalovsky.com.ua

Савосько О.В., Карпенко О.Д. Оцінка зміни старорічних параметрів і сили м'язів у хворих на дисфункцію крижково-клубового суглоба після проведення спеціальної гімнастики..... 39	
Паворозник В.В., Бистрицька М.А., Кошель Н.М. Остеопороз у пацієнтів, які перенесли мозковий інсульт..... 50	V
Страфун С.С., Фещенко О.В., Москало Г.С., Карпенко О.Д. Клінічне дослідження параметрів ходи в хворих на коксартроз за даними системи GAITrite..... 56	S G
Корольков А.И., Рахман П.М. Оцінка ефективності застосування технології одномоментних багатоуровневих внутрішніх фіксацій у дітей з ДЦП..... 66	C
Янух П.В., Страфун С.С., Савосько С.І., Махоренко О.М. Вивчення структурних особливостей при експериментальному хронічному остеоартрозу колінного суглоба в кролів..... 76	F S
Гур'єв С.О., Яровий Д.М., Кушнір В.А. Аналіз причин інвалідності груп учасників дорожнього руху, які отримали інвалідність унаслідок дорожньо-транспортних пригод..... 82	I

Том 19, № 6, 2018
www.mif-ua.com, http://t

ISSN 1607-8216/2019 11-022-3-09P

DOI: 10.22141/2616-7768.19.2019.10222

Корольчик А.И.¹, Радман П.М.²

¹УО АДС «Львівська обласна дитяча клінічна лікарня «СММАДЛТ», с. Львів, Україна
²Університет педиатрії Львівщини та суспільств ім. проф. М.М. Сидорка НАМУ Львівщини,
с. Львів, Україна

Оценка эффективности применения технологии одномоментных многоуровневых хирургических вмешательств у детей с ДЦП

Резюме. Сравнительная эффективность применения методики одномоментных многоуровневых хирургических вмешательств у годовалых детей с диагнозом церебральный паралич (ДЦП). В клинике было проведено проспективное исследование результатов лечения с 2006 по 2016 год у 270 детей (140 мальчиков и 130 девочек) в возрасте от 3 до 18 лет. Все дети были разделены на две группы: оперированную (группа вмешательства) и контрольную (227 вмешательств на 340 сегментов) на основе решения, принятого при помощи ЭМЕС. Обследованы на 02 сегмента. Проведен сравнительный анализ динамики результатов в течение 1 года по следующим параметрам: общая продолжительность койки для лечения, продолжительность госпитализации, продолжительность реабилитации, продолжительность реабилитации до момента выписки, число удаленных рубцов, продолжительность реабилитации до момента выписки до 4 лет, продолжительность реабилитации до момента выписки до 8 лет, продолжительность реабилитации до момента выписки до 12 месяцев, а также от оперированной группы в контрольной группе составили 0,6 месяца.

Ключевые слова: ДЦП, одномоментные многоуровневые хирургические вмешательства, дети

Введение

Детский церебральный паралич (ДЦП) — группа стойких неврологических двигательных синдромов (парезы, параличи, гиперкинезы, атетозы, гиперэкстензии с экстазическими и релаксационными, жест — экстазическими проявлениями, экстремально-интенсивное расстройство, нарушениями функции зрения и слуха или без таковых, которые являются следствием органического поражения центральной нервной системы в пренатальном, интранатальном или раннем постнатальном периоде [1]. Однако патология опорно-двигательной системы, возникающая на фоне ДЦП, часто пренебрегают в развитии организации ребенка и приводят к развитию инвалидизирующей патологии, такой как контрактуры и нестабильность суставов, мышечная дисплазия, костные деформации на различных уровнях, которые влияют

на качество и эффективность заботы у детей с ДЦП. Лечение ортопедической патологии детей с ДЦП требует комплексного биомеханического методического формирования это нарушение и мобилизации возможностей своего организма во время развития детского организма, который берет главную роль в создании функциональных возможностей, связанных с нарушением в опорно-двигательной системе [2].

Повышенная потребность в социализации, так же как повышенные ожидания родителей детей с ДЦП, подчеркивают важность ортопедических операций, направленных на улучшение двигательных способностей у детей с ДЦП, позволяющие им выполнять свои основные потребности [3, 4]. Растущая потребность в ортопедических операциях, связанных с развитием случаев ДЦП, обостряет необходимость проведения комплексного подхода и лечения (названного, а также

вмешательства (SEMLS), и в группах, где проводили комплексные хирургические вмешательства на одном сегменте конечности.

Цель исследования: на основе ретроспективного сравнительного анализа результатов лечения детей с ДЦП оценить эффективность применения методики одномоментных многоуровневых хирургических вмешательств.

Материалы и методы

Провели сравнительный анализ результатов лечения двух групп пациентов, которые были идентифицированы по полу, возрасту, типу патологии и виду хирургических вмешательств (60 мальчиков и 65 девочек), в возрасте от 4 до 14 лет, которые находились на стационарном лечении в ГУ «НПХС им. проф. М.И. Сидорка НАМУ Украины» в период с 2006 по 2016 год. В первую, контрольную, группу было включено 65 детей, а во вторую, основную, — 60 (табл. 1). Критерии отбора в исследуемые группы: наличие с ДЦП, спастической параличи, GMFCS II–IV, при этом уровень двигательной активности по GMFCS у 45 пациентов (36 %) — II, у 47 (37,6 %) — III и у 33 (26,4 %) — IV. Средний срок наблюдения в послеоперационном периоде составил 4,4 года. В контрольной группе детям проводили хирургическую коррекцию двигательных нарушений в нескольких этапах с выделением иммобилизации в гипсовых повязках или ортезах (то есть выполняли несколько операций в течение 3–6–9 месяцев). У детей основной группы коррекцию двигательных нарушений выполняли за один этап (одномоментно проводились вмешательства на нескольких уровнях) на всех сегментах нижних конечностей, на которых выявлялась патология, подлежащая коррекции, или с интервалом в 10–15 суток (то есть в два этапа), если вмешательство нельзя было выполнять одновременно (такие же, как ситуация складывалась в случаях, когда возникала необходимость проведения вмешательства на обеих нижних конечностях и которая могла бы сопровождаться большой кровопотерей и длительностью периода реабилитации).

В клинике выполнялись следующие операционные вмешательства. Реконструктивные вмешательства области тазобедренного сустава на костном компоненте, также как коррекционная межкостальная остеотомия бедренной кости, остеотомия таза по Дитчу, Селтеру, Сан-Даво и др., временное блокирование проксимальной зоны роста бедренной кости запятом, многоплановыми уровнями вышележащего сустава, установка аппаратуры бедра, тотальная подвздошно-поясничная остеотомия, открытое вправление бедра. На уровне анатомического сустава, на костном компоненте: корригирующая остеотомия дистального отдела бедренной кости, временное блокирование дистальной зоны роста бедренной кости I-образными пластинами, транслюцидная остеотомия большеберцовой кости, а также зарекомендованные вмешательства на мыщце таза: Z-пластика и коррекция таза: техника постронг-группы, тендот

связки заднего отдела. На уровне голеней, стоп и таранно舟状ного сустава: резекция дилатации сухожилия лодыжки Страйера, парализация теиотомия по Нойк, транслюцидная остеотомия передней большеберцовой мыщцы на III клиновидную кость, трехсуставной артротомии стопы, остеотомия пяточной кости по Эвансу, медиальная артротомия остономия лодыжки, подтаранный артротомия, артротомия латерально-кубовидного сустава стопы, реконструкция переднего отдела стопы, корригирующая остеотомия I плюсневой кости, опирания на I плюсневый фалангом суставе — все вмешательства выполнялись по показаниям.

Все дети выполняли стандартный объем исследований: до начала и в процессе лечения (через 3, 6 и 12 месяцев после вмешательства, а затем 1 раз в год) — клинические, рентгенологические, биомеханические, неврологические, ультразвуковое исследование, динамометрия и электромиографии мышц. Также проводилось тестирование по адаптированной для оценки исследования шкале GMFM-88 для определения физической возможности ребенка и динамики показателей в процессе лечения и реабилитации [15]. По результатам тестирования на каждом из этапов обследования выставлялись базисные оценки и проводился анализ динамики полученных данных. Результаты обработаны с помощью стандартных методов математической статистики.

Результаты и обсуждение

У детей в возрасте до 8 лет (25 детей основной группы) в зависимости от вида деформации и суставных нижних конечностей одномоментно были выполнены многоуровневые вмешательства на уровне тазобедренных и коленных суставов в сочетании с гемитранслюцидной медиальной части ростковой зоны эпифиза головки бедренной кости (для коррекции каллезной деформации проксимального отдела бедренной кости и предотвращения подвывиха), а в дальнейшем и вывиха бедра), а также устранена деформация стопы — вмешательства на стопах привели от формы деформаций (плоскостопия, пяточная или жеманно-плоскостопия). В послеоперационный период дети обстечивались аппаратурно-ортезами для вертикализации и ходьбы либо выполнялись иммобилизации в гипсовых повязках на 3–4 недели с вертикализацией на 3–4 — 4–6 суток после операции. В контрольной группе (29 детей) вмешательства выполнялись по очереди на каждой из конечностей с фиксацией в гипсовой гипсовой повязке в течение 1,5–2 месяцев. После операционных вмешательств и окончания периода иммобилизации дети в обеих группах получали стандартное комплексное реабилитационное лечение: курс физиофункционального лечения (по показаниям — лечебная физкультура, массаж, ручная разработка движений в суставах, механотерапия, кинезиотерапия, релаксационная кинезиотерапия, гидрокортикотерапия, электро-стимуляция мышц, электрофорез, магнитотерапия и гальванизация), оксидотерапия, париф

© Корольчик А.И., Радман П.М., 2019

© Украинский Университет Педиатрии, Львів, 2019

Для цитування: Корольчик А.И., Радман П.М. Оценка эффективности применения технологии одномоментных многоуровневых хирургических вмешательств у детей с ДЦП. Травма. 2019; 19(2): 22–30.



Рисунок 7. Видимый вид ребенка А, 12 лет. В – вид стержня в суставе для интравенозного введения лекарственного вещества. С – вид стержня, облит в стержне. Д – вид стержня после интравенозного введения лекарственного вещества – сохраняется правильная ось конечности и сохраняется малая амплитуда, реакция контрактуры сустава отсутствует

Таблица 4. Видимый вид конечности ребенка после интравенозного введения лекарственного вещества (ребенок А, 12 лет) в момент введения стержня в сустав (таблица 2).

Выводы

1. Проведенные методики интравенозного введения лекарственного вещества позволяют избежать осложнений, связанных с инвазивным путем введения лекарственного вещества в сустав. При этом в процессе введения лекарственной субстанции не возникает необходимости введения интравенозного стержня в сустав. При этом в процессе введения лекарственной субстанции не возникает необходимости введения интравенозного стержня в сустав.

2. На основании результатов проведенного анализа видеозаписей интравенозного введения лекарственного вещества в сустав у детей с ДЦП можно утверждать о преимуществах методики интравенозного введения лекарственного вещества в сустав. При этом в процессе введения лекарственной субстанции не возникает необходимости введения интравенозного стержня в сустав. При этом в процессе введения лекарственной субстанции не возникает необходимости введения интравенозного стержня в сустав.

методом интравенозного введения в сустав лекарственного вещества в процессе интравенозного введения лекарственного вещества в сустав. При этом в процессе введения лекарственной субстанции не возникает необходимости введения интравенозного стержня в сустав.

Ключевые слова: интравенозное введение лекарственного вещества в сустав, интравенозный стержень, интравенозное введение лекарственного вещества в сустав.

Список литературы

1. Данилочкин В.П., Ковалев М.В., Ковалев С.В., Ковалев О.В., Ковалев В.В. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
2. Данилочкин В.П., Ковалев М.В., Ковалев С.В., Ковалев О.В., Ковалев В.В. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
3. Ковалев С.В., Ковалев М.В., Ковалев О.В., Ковалев В.В. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
4. Ковалев М.В., Ковалев С.В., Ковалев О.В., Ковалев В.В. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.

1. Danylochenko V.P., Kovalev M.V., Kovalev S.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
2. Danylochenko V.P., Kovalev M.V., Kovalev S.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
3. Kovalev S.V., Kovalev M.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
4. Kovalev M.V., Kovalev S.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
5. Kovalev S.V., Kovalev M.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
6. Kovalev M.V., Kovalev S.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
7. Kovalev S.V., Kovalev M.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
8. Kovalev M.V., Kovalev S.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
9. Kovalev S.V., Kovalev M.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
10. Kovalev M.V., Kovalev S.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
11. Kovalev S.V., Kovalev M.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
12. Kovalev M.V., Kovalev S.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
13. Kovalev S.V., Kovalev M.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
14. Kovalev M.V., Kovalev S.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
15. Kovalev S.V., Kovalev M.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
16. Kovalev M.V., Kovalev S.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
17. Kovalev S.V., Kovalev M.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
18. Kovalev M.V., Kovalev S.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
19. Kovalev S.V., Kovalev M.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.
20. Kovalev M.V., Kovalev S.V., Kovalev O.V., Kovalev V.V. // *Вестник Российской академии наук*. – 2007. – № 10. – С. 100-105.

Скачать 12.08.2010

Скачать 12.08.2010
 12.08.2010
 12.08.2010

Оценить эффективность интравенозного введения лекарственного вещества в сустав у детей с ДЦП

Abstract. The aim of the study is to evaluate the effectiveness of intravenous injection of the drug into the joint in children with cerebral palsy. The study was conducted in the Department of Neurology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine. The results of the study show that the effectiveness of intravenous injection of the drug into the joint is high. The study also shows that the effectiveness of intravenous injection of the drug into the joint is high. The study also shows that the effectiveness of intravenous injection of the drug into the joint is high.

Dr. Vladimir V. Danilochkin
 Department of Neurology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine
 Department of Neurology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine

Evaluating the effectiveness of the technology of single-level skull surgery in children with cerebral palsy

Abstract. The aim of the study is to evaluate the effectiveness of single-level skull surgery in children with cerebral palsy. The study was conducted in the Department of Neurology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine. The results of the study show that the effectiveness of single-level skull surgery in children with cerebral palsy is high. The study also shows that the effectiveness of single-level skull surgery in children with cerebral palsy is high. The study also shows that the effectiveness of single-level skull surgery in children with cerebral palsy is high.

Скачать 12.08.2010
 12.08.2010

The aim of the study is to evaluate the effectiveness of single-level skull surgery in children with cerebral palsy. The study was conducted in the Department of Neurology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine. The results of the study show that the effectiveness of single-level skull surgery in children with cerebral palsy is high. The study also shows that the effectiveness of single-level skull surgery in children with cerebral palsy is high. The study also shows that the effectiveness of single-level skull surgery in children with cerebral palsy is high.