

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
 МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
 ВГО - УКРАЇНСКА АСОЦІАЦІЯ ОРТОПЕДІВ-ТРАВМАТОЛОГІВ
 ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
 ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



XVIII З'їзд

ОРТОПЕДІВ-ТРАВМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

Івано-Франківськ, 9-11 жовтня 2019

Вірши на згадку про історію і сучасні тенденції ортопедичної України

НАШ ДОСІД ЗАСТОСУВАННЯ БОС В ЛІКУВАННІ ОРТОПЕДИЧНИХ ПРОБЛЕМ ФІЗИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	
Гук Ю.М., Зима А.М., Чеверда А.І., Нічна-Поліщук Т.А., Сивак М.Ф., Сурман О.Ю.	224
НАША КЛАСИФІКАЦІЯ ЧЕРЕВНОСТОВИХ ТА НАДВІРОСТКОВИХ ПЕРЕЛОМІВ ПЛЕЧА У ДІТЕЙ. ВІСНІ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ	
¹ Поліщука О.К., ² Догань С.В.	228
НЕДОСКОНАЛИЙ ОСТЕОГЕНЕЗ: КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ	
Ярем М.О., Хмелко С.О., Пазинко А.В.	230
ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАСТАРЛИХ ВІВХІВ ГОЛОВКИ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ	
¹ Дітко В.А., ² Зацелін О.В., ³ Мохов О.І., ⁴ Камінська М.О., ⁵ Носенко Р.І.	236
ОСНОВНІ АСПЕКТИ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ ВІДКРИТИХ ФОРМ СПІНАЛЬНИХ ДИСТРАФІЙ	
Чеверда А.І., Гук Ю.М., Нічна-Поліщук Т.А., Зима А.М., Сивак М.Ф. Зоя А.В.	232
ОСОБЛИВОСТІ СОНОГРАФІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ІДЕАЛЬНОГО КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У НЕМОВЛЯТ	
Луцко Р.В.	231
ПАТОЛОГІЯ, ДІАГНОСТИКА ТА ДЕЯКІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ ХОНДРОГЕННИХ ПУХЛИН КІСТОК У ДІТЕЙ (ПОГЛЯД ПАТОЛОГА)	
Григорівський В.В.	233
ПЕРШІ РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОРИСТАННЯ АПАРАТА ЗОВНІШНЬОЇ ФІКСАЦІЇ НА БАЗІ КОМП'ЮТЕРНОЇ НАВІГАЦІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ КОМБІНОВАНИХ ДЕФОРМАЦІЙ НИЖНІХ КІЦЬКОК У ДІТЕЙ	
Ериш Д.В., Рокитов В.С., Македонський І.О., Чорнольий А.В.	225
ПОМИЛКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ІНТРАМЕДУЛЯРНЬОМУ ОСТЕОСИНТЕЗІ ДИФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ У ДІТЕЙ ЗА ДОПОМОГОЮ ТИТАНОВИХ ЕЛАСТИЧНИХ СТРИЖЕНЬ	
¹ Левандий А.Ф., ² Бебешко О.В., ³ Черняк І.С., ⁴ Тертиласький Ю.Р., ⁵ Дідичук В.В.	223
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ БІОМЕХАНІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ОПОРОСТРОМОЖНОСТІ СТОП ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ УСТАЛОН У ДІТЕЙ З ГНУЧКОЮ ПЛОСКОЮ СТОПОЮ	
Лазарев І.А., Дем'ян Ю.Ю., Гук Ю.М.	224
ПРЕВЕНТИВНА ХІРУРГІЯ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ У ДІТЕЙ З ДІП	
¹ Корольков О.І., ² Кузько З.Т., ³ Колодій О.Я., ⁴ Рахман П.М., ⁵ Ринук М.Д.	224
ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ АПЛАЗІ МАЛОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ (АМГК) У ДІТЕЙ	
Корольков О.І.	225
ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ РЕЦИДИВІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОЇ КЛИШОКНОСТІ У ДІТЕЙ	
Левандий А.Ф., Карабачок О.В., Голубенко О.О.	226
ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ ФОРМУВАННЯ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ	
Набацій М.С., Зиченко В.В.	226

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ У ДІТЕЙ З ПОЛІТРАВМОЮ	
¹ Левцишин А.Ф., ² Карабенюк О.В., ³ Бебешко О.В.	210
ВИКОРИСТАННЯ ЕНДОПРОТЕЗІВ З МОЖЛИВІСТЮ НЕІНВАЗИВНОГО ПОДОВЖЕННЯ У ДИТЯЧІЙ ОНКООРТОПЕДІ	
Верес О.Є., Малін Р.В., Бако В.В.	211
ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ХВОРОБИ БЛАУНТА ТА РАХІТОПОДІБНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	
Марценюк С.М., Немеш М.М., Кабацій М.С.	212
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ДИФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ОБОХ КІСТОК ПЕРЕДПЛУЧЧЯ У ДІТЕЙ	
Ершов Д.В., Рокитов В.С., Чуприна М.В., Краченко В.В.	212
ЕТАПІСНІСТЬ ОРТОПЕДНО-ХІРУРГИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЗІ СПАСТИЧНОЮ ДИПЛЕГІЄЮ	
¹ Дубас В.І., ² Сулєма В.С., ³ Валюк Ю.С., ⁴ Данієв В.М.	213
ЗАМІЩЕННЯ ПІСЛЯРЕЗЕКЦІЙНИХ ПУХЛИННИХ КІСТКОВО-СУГЛОВОВИХ ДЕФЕКТІВ У ДІТЕЙ	
Бачко В.В.	213
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ ПРИ ПОШКОДЖЕННІ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБУ У ДІТЕЙ	
¹ Камінська М.О., ² Скайло А.П., ³ Чорномаз О.М., ⁴ Бутрий Н.В.	214
КЛІНІКО-ГЕНЕАЛОГІЧНЕ ТА ЕПІГЕНЕТИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ЮНАЦЬКИМ ЕПІФІЗЕОЛЗОМ ГОЛОВКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ	
¹ Кабацій М.С., ² Голос Е.Л., ³ Філіпчук В.В., ⁴ Мельник М.В., ⁵ Луїжнова Н.Ю.	215
КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ФОРМУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ПАЦІЄНТІВ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ	
Гашко В.Ю., Кауменко Н.О., Чеведа А.І., Яцулик М.Б., Немеш М.М.	215
КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ СИНДАКТИЛІЇ У ДІТЕЙ	
Скоробогатова А.М., Сьоміна В.М.	216
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОГО ВЕРТИКАЛЬНОГО ПОЛОЖЕННЯ ТАРНАНОЇ КІСТКИ В ПЕРІОДІ РАМІЙНОГО ДИТИНСТВА	
Кабацій М.С., Герцен І.Г.	216
ЛІКУВАННЯ ЗГІНАЛЬНИХ КОНТРАКТУР КОЛІННИХ СУГЛОБІВ ПРИ ДДП У ПІДЛІТКІВ ТА ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ	
¹ Корольков О.І., ² Трутин І.Р., ³ Рахман П.М., ⁴ Зеленецький Р.І., ⁵ Зеленецький І.Б.	217
ЛІКУВАННЯ ПОМІРНОЇ РІЗНИЦІ ДОВЖИНИ НИЖНИХ КІНЦІВОК У ДІТЕЙ МЕТОДОМ ТИМЧАСОВОГО ДВОБІЧНОГО БЛОКУВАННЯ НАРОСТКОВОЇ ЗОНИ ПЛАСТИНАМИ ІЗ ГВИНТАМИ	
¹ Рокитов В.С., ² Хмиров С.О., ³ Ершов Д.В.	217
МАЛОІНВАЗИВНІ ХІРУРГИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРОБИ ПЕРТЕСА	
Корольков О.І., Кузьо З.Т., Колодій О.Я.	218

ВАЛОНА Ю.Д., СУЛЄМА В.С., ВИТВИЩАНИЙ З.Я.	218
ПІХІЛНОПОДІБНІ НОВОУТВОРЕННЯ ТА ПУХЛИНИ КІСТОК ЯК РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ЗНАХІДКИ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРОЮ ТРАВМОЮ	
¹ Солоніцин Є.О., ² Процинюк В.В., ³ Русий А.Н., ⁴ Драгов Я.С.	218
РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА САРКОМУ М'ЯЗОВИХ ТУМАНІВ	
Остафійчук В.В., Кукушкіна М.М., Дідков С.А., Костюк В.Ю.	219
РЕНТГЕНОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ ГОЛОВКИ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ У ХВОРИХ З ЧАСТКОВИМИ РОЗРИВАМИ СУХОЖИЛКА НАДОСТЬОВОГО М'ЯЗА	
Богдан С.В., Аббасов С.М.	219
РОЛЬ 4D КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ОЦІНЦІ СИНДРОМУ СУБАКРОМІАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА	
Михайченко О.М., Євсюк В.Г.	219
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ АГРЕСИВНОГО ФІБРОМАТОЗУ	
Кукушкіна М.М., Дідков А.Г., Бойчук С.І., Костюк В.Ю.	219
ТЕХНОЛОГІЯ ЗОД МОДЕЛЮВАННЯ ТА ЗОД ДРУКУ ПЕРСОНІФІКОВАНИХ МОДЕЛЕЙ АРТЕРІЙ І КІСТОК ДІЛЯНОК НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ ДЛЯ ПЛАНУВАННЯ І РЕПЕТИЦІЇ ОНКООРТОПЕДИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ	
¹ Терновий М.Н., ² Дроботун О.В., ³ Колодій М.М.	220
ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОРТОПЕДІЇ	
Защурний І.М., Рижков Б.С.	220
ЧОТИРИ УМОВИ, ЯКІ ЗАБЕЗПЕЧУЮТЬ УТВОРЕННЯ ПОВНОЦІННОГО РЕГЕНЕРАТУ ПІСЛЯ ДИФІЗАРНОГО ПЕРЕЛОМУ	
¹ Поліщука О.К., ² Литвишко В.О., ³ Ашукіна Н.О., ⁴ Підгайська О.О., ⁵ Григор'єв В.В.	220
ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ	221
OUR EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF FRACTURES OF THE PROXIMAL PART OF HUMERUS IN CHILDREN	
¹ Cherashchenko M., ² Beletsky A., ³ Tratziak S.	221
АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ПОВТОРНИХ ДИФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ПЕРЕДПЛУЧЧЯ У ДІТЕЙ	
Гуляно С.О., Чернованов О.М., Тарнарукський В.В., Гетманчук Ю.А.	221
АРТРОГРИПОЗ: ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ З ПЕРШИХ ДНІВ ЖИТТЯ	
Корольков О.І., Кузьо З.Т., Колодій О.Я.	221
БАГАТОПЛОЩИННІ ДІФОРМАЦІЇ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ (ВІДЛІВІС): ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ І ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ	
Корольков О.І.	221
ВАРІАНТИ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ	
¹ Богдан Г.Л., ² Богдан М.Г., ³ Пеліпенко О.В.	221

показник - $2,8 \pm 0,7$). Оцінка РДНК проводилась в динаміці кожні 6 - 12 міс. Проводили виміри кутів mLDFa та MPTA та MAZ.

Результати. У всіх пацієнтів відзначена корекція РДНК різного ступеню. Після лікування середнє значення РДНК складало $0,44 \pm 0,7$ см. Хороший результат - 91%, задовільний - 6%, незадовільний - 3%. Повна корекція у 60,7%. Різниця середніх показників mLDFa та MPTA до та після лікування визнано статистично не значущою. Ускладнення: міграція пластини - 1 випадок (3%), вторинна кутова деформація - 1 випадок (3%).

Висновки. Метод ТДБ НЗ пластинами з гвинтами при лікуванні помірно РДНК є ефективним і безпечним. Кількість ускладнень, лікування яких потребувало хірургічного втручання становила 6 %.

МАЛОІНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРОБИ ПЕРТЕСА

Корольков О.І., Кузьо З.Т., Колодій О.Я.

КНП ЛОР Львівська обласна дитяча клінічна лікарня "ОХМАТДИТ"

Мета. Представити порівняльний аналіз результатів лікування дітей з хворобою Пертеса (ХП) у 2-3 стадії з використанням PRP-технології та тимчасового блокування зони росту великого вертлюга.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів лікування ХП в 3 групах: 1 - стандартне консервативне лікування; 2 - блокування зони росту великого вертлюга (ВВ) 8-подібною пластиною та *аспіктакантин* декompресія; 3 - введення плазми збагаченої тромбоцитами в осередок некрозу, блокування зони росту ВВ 8-подібною пластиною та декompресія.

Результати. Співставлення результатів лікування дітей з ХП у 3 групах показало, в третій групі - тривалість перебігу захворювання статистично достовірно зменшувалася від 6 до 9 місяців, анатомічне укорочення стегна становило від 0,5 до 1,0 см, також відзначено усунення контрактури в суглобі, центрація ГБК, збереження або відновлення форми ГБК, прискорення переходу однієї стадії захворювання в іншу.

Висновки. Запропоноване лікування ХП є ефективним методом профілактики прогресування деформації ГСК. Введення аутоплазми збагаченої тромбоцитами в осередок некрозу стимулює відновлення структурного епіфізу ГСК, а блокування ростової зони ВВ дозволяє попередити розвиток деформації та зберегти будову суглоба.

НАШ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ БІОС В ЛІКУВАННІ ОРТОПЕДИЧНИХ ПРОЯВІВ ФІБРОЗНОЇ ДИСТІЛАЗІЇ

Гук Ю.М., Зима А.М., Чеверда А.І., Кінча-Поліщук Т.А., Сивак М.Ф.,

Скуритов О.Ю.

ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України", м. Київ, Україна

Мета. Удосконалити метод хірургічного лікування та профілактики патологічних переломів і вислових деформацій кісток нижніх кінцівок у хворих

переломів у дітей має бути активною, комплексною, з використанням різноманітних методів стимуляції репарації. Головним критерієм видалення фіксаторів є повне зрощення перелому із рентгенологічно гомогенною щільністю кістки.

АРТРОГРИПОЗ: ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ З ПЕРШИХ ДНІВ ЖИТТЯ.

Корольков О.І., Кузьо З.Т., Колодій О.Я.

КНП ЛОР Львівська обласна дитяча клінічна лікарня ОХМАТДИТ, м. Львів, Україна

Мета. Представити власний досвід лікування артрогрипотичних деформацій верхніх та нижніх кінцівок з перших днів життя дитини.

Матеріали і методи. Порівняльний аналіз результатів лікування 2 груп дітей з артрогрипозом: 1 група (7 хворих) - лікування з перших днів коригуючою гімнастикою та фіксацією кінцівок етапними гіпсовими пов'язками та індивідуальними ортезами; 2 група (14 хворих) - початок лікування тими ж методами з 3-6 місяців після народження. В обох групах у віці старше 6 місяців виконувалося хірургічне лікування за показаннями.

Результати. Здійснювався диференційований підхід до лікування в залежності від виявлених анатомо-функціональних змін в уражених кінцівках. Констатовано, що ранній початок консервативного лікування призводить до статистично кращих результатів та зменшення об'єму хірургічних втручань у віддаленому періоді.

Висновки. Лікування дітей з артрогрипозом має починатися відразу після народження, що дозволяє зменшити навісні деформації кінцівок, а у подальшому виконувати операції у меншому обсязі і запобігати прогресуванню вторинних змін в опорно-руховій системі, що значно підвищує соціальну адаптацію таких хворих.

БАГАТОПЛОЩИННІ ДЕФОРМАЦІЇ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ (БПДПВСК): ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ І ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ

Корольков О.І.

Львівська обласна дитяча клінічна лікарня ОХМАТДИТ, м. Львів, Україна

Мета. Мета: представити принципи діагностики та диференційний підхід до хірургічного лікування багато площинних деформацій проксимального відділу стегнової кістки у дітей.

Матеріали і методи. Ретроспективний аналіз хірургічного лікування 129 пацієнтів (48 жіночої статі та 81 - чоловічої, усього 168 суглобів) з БПДПВСК внаслідок перенесених раніше ушкоджень (хвороба Пертеса, уроджені вивих стегна, кончаллий епіфізеоліз ГСК, після травматичної деформації ПВСК, наслідок перенесеного остеомієліту ПВСК) кульшового суглоба (КС). Критерії відбору: діти у віці у віці 8-18 років з БПДПВСК.

маніпуляцій при виконанні оперативних втручань не відзначалося.

Висновки. Більшість ускладнень спричинені порушенням метаболізму інтрамедулярного остеосинтезу: поганою адаптацією кісток стрижка до м'яких тканин, порушенням послідовності проведення та обертання стрижка, неправильним вибором діаметру стрижка.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ БІОМЕХАНІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ОПОРОСПРОМОЖНОСТІ СТОП ПРИ ЗАСТОСУВАННІ УСТІЛЮВ У ДІТЕЙ З ГНУЧКОЮ ПЛОСКОЮ СТОПОЮ

Лазарев І.А., Дем'ян Ю.Ю., Гук Ю.М.
ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ, Україна

Мета. Визначити ефективність застосування різних типів устілок у дітей з гнучкою плоско-вальгусною стопою на фоні гіпермобільності суглоба при дисплазії сполучної тканини.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження були 15 пацієнтів з гнучкою плоскою стопою на фоні важкої гіпермобільності суглоба у віці 10-14 років. Для детального вивчення розподілу тиску по плантарній поверхні стопи проводили дослідження із застосуванням електронного підоскопу (Podoscanner, Diasu) та модульного бароподометру (Electronic Baropodometer Linear and Slim Multisensors Platforms, Diasu).

Результати. У статичному режимі розподіл навантажень між лівою та правою стопою був більш збалансованим при застосуванні м'яких устілок та складав 50,8% / 49,2%. У динамічному режимі застосування жорстких устілок збільшувало різницю значень площі опори між правою та лівою стопою до 24,2%. Розподіл навантажень між лівою та правою стопою був більш збалансованим при застосуванні м'яких устілок.

Висновки. Визначено, що лише застосування м'яких устілок у дітей з гнучкою плоскою стопою на фоні важкої гіпермобільності суглоба покращує основні показники опороздатності стопи.

ПРЕВЕНТИВНА ХІРУРГІЯ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ У ДІТЕЙ З ДЦП

¹Корольков О.І., ¹Кучко З.Т., ¹Колодій О.Я., ²Рахман П.М., ²Рихун М.Д.
¹КНП ЛОР Львівська обласна дитяча клінічна лікарня ОХМАТДИТ,
м. Львів, Україна

²ДУ «Інститут патології зростаючого скелета та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМНУ», м. Харків, Україна

Мета. Представити варіанти профілактичного хірургічного лікування соха valga, спрямовані на профілактику розвитку нестабільності КС у дітей з ДЦП.

Матеріали і методи. Аналіз лікування 110 дітей з ДЦП з соха valga, вік 3-12 років, за класифікацією GMFCS: у 45 пацієнтів (40,91%) - II рівень, у 37 (33,64%) - III, і у 28 (25, 5%) - IV. Середній термін спостереження - 6,7 років.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА НАПРУЖЕНО-ДЕФОРМОВАНОГО СТАНУ МОДЕЛІ СТОПИ ДО ТА ПІСЛЯ КОРРЕКЦІЇ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ

¹Рахман П.М., ²Корольков О.І., ³Карпінський М.Ю., ⁴Шинка І.В.
¹ДУ «Інститут патології зростаючого скелета та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків, Україна

²КЗ ЛОР Львівська обласна дитяча клінічна лікарня "ОХМАТДИТ", м. Львів, Україна

³КНЗ Запорізька обласна клінічна лікарня, м. Запоріжжя, Україна

Мета. Провести порівняльну характеристику напружено-деформованого стану (НДС) кісткових елементів стопи в нормі, при її плоско-вальгусній деформації (ПВДС) та після хірургічного лікування.

Матеріали і методи. Побудована кістково-елементна модель стопи у нормі та у разі ПВДС. Визначено точки, у яких проведено порівняння НДС у нормі та після виконання операції артролізу з використанням імплантатів конусної та циліндричної форми, після артролізу з гвинтом у п'яткової та таранної кісток, а також після остеотомії п'яткової кістки за Еванс та моделі з вирівнюваним артродезом п'ятково-кубоподібного суглоба.

Результати. ПВДС призводить до підвищення рівня напружень в усіх кісткових елементах стопи, на опорній поверхні п'яткової кістки - з 4,9 у нормі до 7,2 МПа, на човноподібній кістці - з 0,6 у нормі до 6,9 МПа при ПВДС, а на задньо-антеральній частині суглобової поверхні надп'яткової кістки відзначається найбільша концентрація напружень - з 1,0 у нормі до 13,5 МПа.

Висновки. Зміна напружень при ПВДС може бути пусковим фактором нестабільності гомілково-стопного суглоба та артрозу суглобів стопи. Операції при ПВДС (артролиз, артроліз, остеотомія за Еванс та п'ятково-кубоподібний артродез) призводять до нормалізації НДС, однак операція за Еванс має переваги.

ПОРУШЕННЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ВІКУ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Валюва Ю.Д., Суліма В.С., Вітницький З.Я.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
м. Івано-Франківськ, Україна

Мета. Вивчити порушення структурно-функціонального стану кісткової тканини у хворих літнього віку, які потребують остеотропної медикаментозної корекції.

Матеріали і методи. У 21 (3 гр) пацієнта та 29 хворого старечого віку (II гр) з переломами проксимальної ділянки стегнової кістки визначили структурно-функціональний стан кісткової тканини (СФСКТ) за

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ВНАСЛІДОК ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД	
¹ Гур'єв С.О., ¹ Ірваній Д.М., ¹ Нусанір В.А., ¹ Саврик С.Л., ² Філь А.Ю.	143
ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ БІОМЕХАНІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ХОДИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЧНОЇ РЕКОНСТРУКЦІ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ	
¹ Рой І.В., ¹ Кравчук Л.Д., ¹ Русанов А.П., ¹ Русанова О.М.	143
ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІ ПРИ ФАНТОМНИХ БОЛЯХ У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З АМПУТОВАНОЮ НИЖНЬОЮ КІНЦЬНИКОЮ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ	
Рой І.В., Катенкова Л.Д., Боранк Н.О.	144
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА	
Курінний І.М., Страфун О.С.	145
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ КРІПЛЕННЯ КУКСИ В КУКСОПРИЙМАЛЬНІЙ ГУЛЬЗІ	
¹ Фарнега А.Т., ¹ Омелячук В.П.	145
ПРИНЦИПИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІ ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗХРЕБТА З ПОРУШЕННЯМИ РУХОВОГО СТЕРЕОТИПУ	
¹ Колесніченко В.А., ² Гресько І.В.	146
РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З КОНТРАКТУРАМИ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ КОЛІННОГО СУГЛОБА	
Арутюнян З.А., Стауде В.А., Танькут О.В., Мезенцев В.О.	146
РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ АЛГОРИТМУ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З ТРАВМАМИ ТАЗА	
¹ Істомін А.Г., ² Ковальов С.І., ³ Істомін Д.А., ⁴ Тасанов Н.Г., ⁵ Журавльов В.Б.	147
РОЛЬ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ УСТІЛОК В ПРОФІЛАКТИЦІ ТРАВМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У СПОРТСМЕНІВ	
Блонський Р.І.	148
СТАТОГРАФІЧНІ ПАРАМЕТРИ ТА БАЛАНС СИЛИ М'ЯЗІВ У ХВОРИХ НА АРТРОЗ КРИЖОВО-КІЛТУВОВОГО СУГЛОБА ПРИ ПРОВЕДЕННІ СИМЕТРИЧНОЇ ГІМНАСТИКИ	
Стауде В.А., Карпінська О.Д., Яременко О.Д.	148
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ТА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ ПРИ НАСЛІДКАХ ТРАВМ КИСТІ	
¹ Науменко Л.Ю., ² Танюка Є.В., ³ Чернігівська С.А.	149
ФОРМУВАННЯ КУКС НИЖНІХ КІНЦІВОК У ДІЛЯНЦІ СУГЛОБІВ СТОПИ ТА ГОМІЛКИ З ПОЗИЦІЙ КОНЦЕПЦІЇ «ПІСЛЯАПУТАЦІЙНА ХВОРОБА»	
¹ Деннік О.А., ¹ Тимченко І.Б., ¹ Деннік А.О.	149
РЕГЕНЕРАТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ	151
THE CLINICAL PERFORMANCE OF CALCIUM PHOSPHATE BONE SUBSTITUTES	
Nuno Ribeiro, Andreia Pimenta, Uga Figueiredo	152
THE METHOD OF REGENERATIVE SURGICAL TREATMENT OF FEMORAL HEAD NECROSIS	
Murzhik A., Sokolovsky O., Gerasimenko M.	152

забезпечував високі рівні активності в усіх осіб. 3) Вартість кріплення "Kiss" на 15-20% вища.

ПРИНЦИПИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІ ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗХРЕБТА З ПОРУШЕННЯМИ РУХОВОГО СТЕРЕОТИПУ

¹Колесніченко В.А., ²Гресько І.В.

¹Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,
м. Харків, Україна

²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Мета. Оцінити результати фізичної реабілітації хворих на остеохондроз хребта з порушеннями рухового стереотипу.

Матеріали і методи. Протоколи клініко-рентгенологічного дослідження хворих на остеохондроз хребта віком 22 - 44 (31,7 ± 4,4) роки з порушеннями рухового стереотипу і міотонічними реакціями м'язів попереково-тазової області, які отримали курс кінезіотерапії (група 1, n=40) в порівнянні з ударно-хвильовою терапією (група 2, n=40).

Результати. Розроблені програми фізичної реабілітації в групах 1 і 2 довели ефективність значущим (p < 0,001) зниженням показників VAS, ODI, кінезіофобії, збільшенням (p < 0,05) рухливості хребта і кульшових суглобів. Нормалізація тонуусу м'язів-розгиначів хребта відзначена в 52,5% і 87,5%; частота реєстрації помилкових паттернів при активному русі зменшилася до 27,5% і 37,5% відповідно.

Висновки. Ефективність програм фізичної реабілітації хворих на остеохондроз хребта з порушеннями рухового стереотипу обумовлена нормалізацією тонуусу м'язів попереково-тазової області, зниженням частоти епізодів з відновленням рухів в хребті і кульшових суглобах, що дозволяє оптимізувати рухові паттерни.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З КОНТРАКТУРАМИ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Арутюнян З.А., Стауде В.А., Танькут О.В., Мезенцев В.О.

ДУ "Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка
НАМН України", м. Харків, Україна

Мета. Покращити результати профілактики та лікування контрактур колінного суглоба після первинного ендопротезування.

Матеріали і методи. За допомогою розробленої методики реабілітації в ранньому післяопераційному періоді та через 2 місяці після тотального ендопротезування колінного суглоба в нашій клініці в терміни з 2016 по 2019 рр. проведено реабілітаційні заходи у 15 пацієнтів після ендопротезування. Проліковано 11 пацієнтів з контрактурами, яким після ендопротезування не проводили реабілітацію за розробленою нами методикою.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ІНТРАМЕДУЛЯРНИМ БЛОКУЮЧИМ АНТИРОТАЦІЙНИМ ЦІВКОМ ХВОРИХ З ОСТЕОПОРОЗОМ ПРИ ЧЕРЕЗВЕРТЛОГОВИХ ПЕРЕЛОМАХ	
¹ Сулєва В.С., ² Сабсай О.В., ³ Макаров В.В.	322
РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПІДВЕРТЛОГОВИХ ПЕРЕЛОМІВ СТЕРЖНЯМИ PFNA LONG З ВИКОРИСТАННЯМ ВІДКРИТОЇ ТА ЗАКРИТОЇ РЕПОЗИЦІЇ УЛАМКІВ	
Полівода О.М., Чабаненко Д.С.	323
РЕЗУЛЬТАТИ МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗУ МЕДАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ, ЗАЛЕЖНО ВІД НЕРОВАНОЇ ОСЕРЕДКОВОЇ ПЛОТНОЇ	
¹ Омельчук В.Л., ² Омельчук І.В.	324
РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВЛЮВАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДИСПЛАСТИЧНОГО КОНКАРТРОЗУ 2-3 СТ. У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ	
Корольова О.І., Трутин І.Р.	324
РЕКОНСТРУКЦІЯ ДЕФЕКТІВ ТАЗОВОГО КИЛЬЦЯ МЕТАЛОПОЛІМЕРНОЮ КОМПОЗИЦІЄЮ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНИХ ПУХЛИННИХ РЕЗЕКЦІЙ	
Дедюк А.Г., Косюк В.Ю.	325
РЕКОНСТРУКЦІЯ ЗАСТАРИЛИХ НЕСТАБІЛЬНИХ УШКОДЖЕНЬ ТАЗУ	
Анєн М.Л., Петрик Т.М.	325
РЕКОНСТРУКЦІЯ РОЗГІНАЛЬНОГО АПАРАТУ СТЕГНА ПРИ МОДУЛЬНОМУ ПУХЛИННОМУ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КОЛІННОГО СУГЛОБА	
Вірає О.Є., Скорік І.О.	326
СЕГМЕНТАРНІ КІСТКОВІ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТИ ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ ПІСЛЯРЕЗЕКЦІЙНИХ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ	
Головіна Я.О., Воронцов П.М., Мален Р.В.	327
СТАДІЙНІСТЬ ПІДОШВНОГО ФАСЦІТУ ЗА ДАНИМИ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ	
Турчин О.А., Луцько Р.В., Осадча Л.Є.	327
ОСЧАДНІ МЕТОДИ КОМБІНОВАНОЇ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТІВ ТКАНИН ОПОРНО-РУХОВОЇ СИСТЕМИ	
Бець І.Г., Вірає О.Є.	328
ФАТАЛЬНІ ПОМИЛКИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ КІСТКОВИХ ПУХЛИН	
Корж М.О., Вірає О.Є., Міхновський Д.О.	328
ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ДЕФОРМАЦІЙ ДИСТАЛЬНОГО СУГЛОБОВОГО КІНЦЯ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ	
Труфанов І.І., Трибушній О.В., Косіюк В.В., Клецький Ю.Л.	329
ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПОЄДНАНОЇ ТРАВМИ ТАЗОВОГО КИЛЬЦЯ І КІСТОК КУЛІШОВОЇ ЗАПАДИНИ	
¹ Анєн М.Л., ² Анєн Л.М., ³ Бурлука В.В., ⁴ Петрик Т.М.	329
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВЕРТЛОГОВИХ ПЕРЕЛОМІВ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ	
¹ Калащніков А.В., ² Мален В.Д., ³ Лазарен І.А., ⁴ Ставінський Ю.О., ⁵ Літун Ю.М.	330

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДИСПЛАСТИЧНОГО КОНКАРТРОЗУ У ДОРОСЛИХ	
Горчунський В.П.	330
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КІСТКОВИХ ПУХЛИН ТАЗА	
Вірає О.Є., Мален Р.В., Головіна Я.О., Вітаненко Д.Б.	331
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЛАТЕРАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ОСІБ СТАРЕЧОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ PFNA	
Шевцов В.М., Шамон М.В., Пуховий І.І., Нубак В.І., Стойна В.В.	331
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ	
¹ Калащніков А.В., ² Чен Є.Є., ³ Калащніков О.В.	332
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ДЕФОРМАЦІЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ	
¹ Ковалівка М.О., ² Богдан О.В., ³ Загородній А.А., ⁴ Головіна М.Л., ⁵ Літун Є.В.	332
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТЯЖКИХ СТАТИЧНИХ ДЕФОРМАЦІЙ ПЕРЕДЬОГО ВІДДІЛУ СТОПИ	
Прозоровський Д.В., Буландин Р.А., Романченко К.К.	333

РЕЗУЛЬТАТИ МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗУ МЕДАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ, ЗАЛЕЖНО ВІД КЕРОВАНОЇ ОСЕРЕДКОВОЇ ГІПОТОНІЇ

¹Омельчук В.П., ²Омельчук І.В.

¹ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

²ОКЛ, м. Івано-Франківськ, Україна

Мета. Проаналізувати результати МОС медальних переломів шийки стегнової кістки (МПШСК), залежно від фактору керованої осередкової гіпотонії, формування спрямованих внутрішньоосередкових течій (СВЕТ)

Матеріали і методи. Проаналізовані результати МОС 3 гвинтами МПШСК В1-В3 у 256 хворих, розділених на 2 репрезентативні групи. Вік 64,5±12,3 років, жінок 158 (61,7%). Свіжі переломи у 90 (35,2%) хв. оперували урентно. У 128 хворих основної групи I, в головку стегнової кістки (ГСК) вводили катетер діаметром 1,4 мм, через який створювали в ГСК (ГТ) і від'ємний тиском -20,0- -30,0 кПа на 3-6 днів [пат. № 65468, 51168].

Результати. У 18% хворих зі свіжими МПШСК спостерігалися виражені внутрішньоуглобовий і внутрішньокістковий гіпертензивний синдром від 1,8 до 9,5 кПа (N 1,6-2,7 кПа). Через 18 міс. в групі I відмінені добрі результати в 97 хворого (74,1%), задовільні в 21 (16,0%), незадовільні в 13 (9,9%), в групі II відповідно 79 (63,2%), 22 (17,6%), 24 хворих (19,2%) на 100 бальною оцінкою на базі таблиці Excel.

Висновки. Застосування розробленої методики створення СНІ шляхом керованої внутрішньоосередкової гіпотонії, створює умови для інтенсифікації процесів рециркуляції та ревазуляризації в зоні ішемічного ураження, за рахунок чого збільшується загальний рівень позитивних результатів лікування МПШСК на 9,3%.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВЛЮВАЛЬНІ ВТРУЧАННЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДИСПЛАСТИЧНОГО КОКСАРТРОЗУ 2-3 СТ. У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ.

Корольков О.І., Трухак І.Р.

Львівський Національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Мета. Представити результати застосування остеотомії тазу (ОТ) та втручань на проксимальному відділі стегнової кістки (ПВСК) в комплексному лікуванні диспластичного коксартрозу у пацієнтів молодого віку.

Матеріали і методи. Аналіз результатів лікування 69 пацієнтів з ДКА 3 ст. у віці від 16 до 40 років (38 жінок і 31 чоловік - 88 суглобів), яким були виконані: потрійна остеотомія тазу (ПОТ) в шийній модифікації - 38 суглобів, остеотомія тазу за Хіарі (ОТХ) - 12, остеотомія тазу за Соатер (ОТС) - у 14, ОТ та Ганц - 24, у 56 випадках втручання на кульшовій западині (КЗп) виконувалося у поєднанні з втручанням на ПВСК.

Результати. У пацієнтів досліджуваної групи отримані хороші результати після ПОТ при ацетибулярному індексі від 25 до 45 і коефіцієнті покриття ГКС не менше 0,6. У віддаленому періоді величина цих показників була: АІ - 10,7, коефіцієнт покриття ГБК - 0,97, в кут Віберга (КВ) - 34,2. Головною перевагою ОТ за Ганц перед ПОТ є збереження цілісності тазового кільця і можливість ранньої активізації хворих.

Висновки. Проведений аналіз віддалених результатів операцій показав, що даний вид втручань повинен зайняти гідне місце у лікуванні цієї патології в віці 16-40 років. Виконання даних втручань дозволяє збільшити стабільність тазобе і отримати до 78,42% задовільних результатів в термін до 11,5 років.

РЕКОНСТРУКЦІЯ ДЕФЕКТІВ ТАЗОВОГО КІЛЬЦЯ МЕТАЛОПОЛИМЕРНОЮ КОМПОЗИЦІЄЮ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНИХ ПУХЛИННИХ РЕЗЕКЦІЙ

Дедков А.Г., Костюк В.Ю.

Національний інститут раку МОЗ України, м. Київ, Україна

Мета. Дослідити результати лікування та якість життя хворих на пухлинні кісток тазу після радикальних хірургічних втручань.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 54 хворих пухлинними кістками тазу: 28 пацієнтів після органозбережної хірургії та 26 після втручань з видаленням шийки кінцівки.

Результати. Показник MST5 шийки кінцівки після резекцій - 4,06±15,83. 9 (32,14%) з 28 пацієнтів ходили без підтримки, 2 на інвалідному візку. Рента використовували тростини або милиці. Показники за інтуальником «FIM» після органозбережних операцій (110,85±13,49) та імпуляцій (106,73±11,97) суттєво не відрізняються (p=0,12). Виконавність імплантів без ускладнень на 3 міс 60,7±9,2%, на 12 - 53,6±9,2%.

Висновки. Реконструкція тазового кільця металополимерною конструкцією надійний метод, що дає стабільні функціональні результати на рівній термін, але супроводжується високою кількістю інфекційних ускладнень, тому пропонується проводити ретельний відбір пацієнтів на органозбережні втручання.

РЕКОНСТРУКЦІЯ ЗАСТАРІЛИХ НЕСТАБІЛЬНИХ УШКОДЖЕНЬ ТАЗУ

Анкін М.Л., Петрих Т.М.

КЗ КОР "Київська обласна клінічна лікарня", м. Київ, Україна

Мета. Провести аналіз передопераційної роботи та хірургічної тактики при лікуванні застарілих ушкоджень тазу типу В і С, а також оцінити результати до- і після операційного лікування важких реконструкцій

Матеріали і методи. Протягом 2013-2018 рр. проведено аналіз лікування 31 пацієнтів із застарілими ушкодженнями тазу. До нестабільних ушкоджень тазу відноситься тип В і С (за класифікацією АО). 22 (70,9%)

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ У ДІТЕЙ З ПОЛІТРАВМОЮ

¹Левицький А.Ф., ²Чарабенко О.В., ³Безека О.В.

ВИКОРИСТАННЯ ЕНДОПРОТЕЗІВ З МОЖЛИВІСТЮ НЕІНВАЗИВНОГО ПОДОВЖЕННЯ У ДИТЯЧІЙ ОНКООРТОПЕДІЇ

Верес О.Є., Малик Р.В., Бабко В.В.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ХВОРОБИ ШЛАУНТА ТА РАХТОПОДІБНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Марцінюк С.М., Немеза М.М., Кабацій М.С.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ДИФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ОДСХ КІСТОК ПЕРЕДПЛАТТЯ ДІТЕЙ

Єршов Д.В., Рокутов В.С., Чуприна М.В., Кравченко В.В.

ЕТАПНІСТЬ ОРТОПЕДО-ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЗІ СПАСТИЧНОЮ ДИПЛЕГІЄЮ

¹Дубас В.І., ²Сулєва В.С., ³Балюк Ю.С., ⁴Драніч В.М.

ЗАМІЩЕННЯ ПІСЛЯРЕЗЕКЦІЙНИХ ПУЛПНИХ КІСТОВО-СУГЛОБОВИХ ДЕФЕКТІВ У ДІТЕЙ

Бабко В.В.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБУ У ДІТЕЙ

¹Чаїнська М.О., ²Салайко А.П., ³Чорномона О.М., ⁴Вурич Н.В.

КЛІНІНО-ГЕНЕАЛОГІЧНЕ ТА ЕПІГЕНЕТИЧНЕ ОБСЯГЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ЮНАЦЬКИМ ЕПІФІЗЕОЛІЗОГОЛОВИМ СТЕГНОВОЮ КІСТКИ

¹Кабацій М.С., ²Толок Є.Л., ³Філіпчук В.В., ⁴Мельник М.В., ⁵Пук'янова Н.Ю.

КЛІНІНО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ФОРМУВАННЯ КУЛЬЦОВОГО СУГЛОБА У ПАЦІЄНТІВ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Голоцько В.Ю., Науменко Н.О., Чеварда А.І., Якутук М.Є., Немеза М.М.

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ СИНДАКТИМІЇ У ДІТЕЙ

Скороботатов А.М., Саввіна В.М.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОГО ВЕРТИКАЛЬНОГО ПОДОВЖЕННЯ ТАРАННОЇ КІСТКИ В ПЕРШОМУ РАНИТЬОМУ ДИТИНСТВІ

Кабацій М.С., Герцен І.Г.

ЛІКУВАННЯ ЗГІНАЛЬНИХ КОНТРАКТУР КОЛІННИХ СУГЛОБІВ ПРИ ДЦП У ПІДЛІТКІВ ТА ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ

¹Корольков О.І., ²Трутяк І.Р., ³Рахман П.М., ⁴Зеленецький Р.І., ⁵Зеленецький І.Б.

ЛІКУВАННЯ ПОМІРНОЇ РІЗНИЦІ ДОВЖИНИ НИЖНІХ КІНЦОВОК У ДІТЕЙ МЕТОДОМ ТИМЧАСОВОГО ДВОБІЧНОГО БЛОКУВАННЯ НАРОСТКОВОЇ ЗОНИ ПЛАСТИНАМИ ІЗ ГВИНТАМИ

¹Рокутов В.С., ²Хмизов С.О., ³Єршов Д.В.

МАЛОІНВАЗИВНА ХІРУРГІЧНА ТЕХНОЛОГІЯ В ЛІКУВАННІ ЗВРОЗНА ПЕРТЕСА

Корольков О.І., Курно С.Т., Колідій О.Я.

ЛІКУВАННЯ ЗГІНАЛЬНИХ КОНТРАКТУР КОЛІННИХ СУГЛОБІВ ПРИ ДЦП У ПІДЛІТКІВ ТА ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ

¹Корольков О.І., ²Трутяк І.Р., ³Рахман П.М., ⁴Зеленецький Р.І., ⁵Зеленецький І.Б.

¹Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
²ДУ "Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І.Ситенка НАМНУ"

³КНП ХОР обласна клінічна травматологічна лікарня

Мета. Представити досвід хірургічного лікування згинальних контрактур колінних суглобів (ЗККС) при ДЦП у підлітків та пацієнтів молодого віку.

Матеріали і методи. Проведено аналіз лікування 25 пацієнтів з ДЦП у віці від 12 до 20 років (13 жіночої та 12 чоловічої статі, 37 кінцівок), з 2-3 рівнями функціональної активності за GMFCS, яким було проведено хірургічне лікування ЗККС. В досліджувану групу увійшли хворі, у яких відзначалися ЗККС від 30 до 80 градусів. Пацієнти були обстежені до початку і в процесі лікування відповідно до загальноприйнятих методик.

Результати. В усіх хворих проведена надниросткова кліновидна корекція з укороченням остеотомія стегнової кістки з наступною фіксацією I-SP-пластинами; на 10 сегментах вищевказане втручання поєднували з ектомією зв'язки наколінника та переміщенням горбистості ВГК донизу; в 15 випадках додатково виконували тенотомію m. semitendinosus і m. semitarsalis на рівні в/з стегна.

Висновки. Результати хірургічної корекції контрактур колінних суглобів при ДЦП у пацієнтів молодого віку показують переваги застосованих нами методик: відзначається довгострокове поліпшення функціональних здібностей до пересування, хворі швидше адаптуються до вертикалізації і раніше починають ходити.

ЛІКУВАННЯ ПОМІРНОЇ РІЗНИЦІ ДОВЖИНИ НИЖНІХ КІНЦОВОК У ДІТЕЙ МЕТОДОМ ТИМЧАСОВОГО ДВОБІЧНОГО БЛОКУВАННЯ НАРОСТКОВОЇ ЗОНИ ПЛАСТИНАМИ ІЗ ГВИНТАМИ.

¹Рокутов В.С., ²Хмизов С.О., ³Єршов Д.В.

¹КН «ДСКМЦМД ім. проф. Рудиса М.Ф.» ДОР», м. Дніпро, Україна;
²ДУ "Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України», м. Харків, Україна

Мета. Оцінити результати лікування помірної РДНК у дітей методом тимчасового двобічного блокування (ТДБ) наросткової зони (НЗ) пластинами з гвинтами.

Матеріали і методи. 33 пацієнтам з помірною РДНК було виконано ТДБ НЗ пластинами з гвинтами. ТДБ НЗ проводили в області колінного суглобу (стегнова кістка/великогомілкова кістка/комбіноване). Середній вік 10,7±2,6 років. Показник РДНК до проведення ТДБ НЗ склав від 2 до 5 см (середній

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СИНОВІАЛЬНОЇ ОБЛОНИ КОЛІННОГО СУГЛОБУ ЩУРІВ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОСТЕОАРТРИТУ ТА ПРИ ВВЕДЕННІ КРИОКОНСЕРВОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ	
Пилипенко О.В., Шепітько В.І.	152
НОВІ ПІДХОДИ У ДОСЛІДЖЕННІ ДИСПЛАСТИЧНОГО КОНКАРТРОЗУ III-IV СТУПЕНЯ	
Герасименко С.І., Гайко О.Г., Полуха М.В., Перфілова Л.В., Бабіо А.М., Гужевський І.В.	153
ОБГРУНТУВАННЯ ФІКСАЦІЇ МАЛОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ ПРИ ДИФУЗНИХ ПЕРЕЛОМАХ КІСТОК ТОМЛКИ	
¹ Калачніков А.В., ² Шидловський М.С., ³ Улічук Ю.М., ⁴ Малик В.Д.	154
ОРТОПЕДИЧНИЙ СКРИНІНГ З ВИКОРИСТАННЯМ БАРОПОДОМЕТРА	
Сулма В.С., Шлемко В.М., Маковайчук Р.Д.	155
ОСТЕОІНТЕГРАТИВНІ ЯКОСТІ ТА БІОСУМІСНІСТЬ ІМПЛАНТАТІВ ІЗ КОМПОЗИТУ НА ОСНОВІ ПОЛІЛАКТИДУ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)	
¹ Макаров В.Б., ² Харк М.О., ³ Дідух Н.В., ⁴ Ніколиченко О.А., ⁵ Воронцов П.М.	156
ОСТЕОПЕЧНИЙ СИНДРОМ ТА ОСТЕОПОРОЗ У ДІТЕЙ: ДІАГНОСТИКА, ПРОФІЛАКТИКА ТА МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ	
Кіна-Поліщук Т.А., Гук Ю.М., Зімба А.М.	157
ОСТЕОРЕГЕНЕРАЦІЯ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ АЛО- ТА КСЕНОКІСТКОВИХ ІМПЛАНТАТІВ У КОМБІНАЦІЇ З БІОАКТИВНИМИ ФАКТОРАМИ СІРОВАТКИ АУТОЛОГІЧНОЇ КРОВІ	
Воронцов П.М., Адуліна Н.О., Ніколиченко О.А., Малицька В.Е., Вольвичкова В.В., Самоїлова Н.М.	158
ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ВІДНОВЛЕННЯ НЕРВОВО-М'ЯЗОВОГО АПАРАТУ У РАННІ ТЕРМИНИ ЗА УМОВ РІЗНИХ ВИДІВ З'ЄДНАНЬ СДІВІЧНОГО НЕРВА ПРИ ЙОГО ТРАВМАТИЧНОМУ УШКОДЖЕННІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	
¹ Цимбалюк В.І., ² Томчарук О.О., ³ Петрів Т.І., ⁴ Татарчук М.М., ⁵ Лузан Б.М.	159
ПЕРШИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ЗАМІСНИКА КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ CALCEMEX В ОРТОПЕДІ-ТРАВМАТОЛОГІЇ	
Вира О.Е., Малик Р.В., Скорін І.О.	158
ПОКАЗНИКИ ОСТЕОГЕННОЇ АКТИВНОСТІ СТОВБУРОВАХ СТРОМАЛЬНИХ КЛІТИН КІСТКОВОГО МОЗКУ КІСТОК, ЩО УТВОРЮЮТЬ КОЛІННИЙ СУГЛОБ, ХВОРИХ НА РА ЗА НАЙВІСЬОКІ ФРОНТАЛЬНИХ ДЕФОРМАЦІЙ	
Герасименко С.І., Панченко Л.М., Бабіо А.М., Герасименко А.С., Антоменко Е.М.	158
ПОЛІТРАВМА: ОБГРУНТУВАННЯ ВИЗНАЧЕННЯ І ЙОГО ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ	
¹ Трутяк І.Р., ² Заруцький Я.Л., ³ Трутяк Ю.І., ⁴ Калинович Н.Р., ⁵ Обаранець О.В.	159
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА НАПРУЖЕНО-ДЕФОРМОВАНОГО СТАНУ МОДЕЛІ СТОПИ ДО ТА ПІСЛЯ КОРЕКЦІЇ ПЛОСЬКО-ВАЛЬГУСНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ РІЗНИХ МЕТОДИК ЛІДУВАННЯ	
¹ Рахман П.М., ² Королюк О.І., ³ Карпінський М.Ю., ⁴ Шидка І.В.	200

в показників в інших досліджуваних ділянках.

Висновки. Виявлені суттєві відмінності параметрів показників остеогенної активності стовбурових стромальних (мезенхімальних) клітин кісткового мозку кісток, що утворюють колінний суглоб (латеральні та медіальні виростки дистального відділу стегнової та проксимального відділу великогомілкової кісток).

ПОЛІТРАВМА: ОБГРУНТУВАННЯ ВИЗНАЧЕННЯ І ЙОГО ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ

¹Трутяк І.Р., ²Заруцький Я.Л., ³Трутяк Ю.І., ⁴Калинович Н.Р., ⁵Обаранець О.В.
¹Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна
²Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Мета. Обґрунтувати особливості політравми і виокремити її з масиву поєднаної травми за допомогою порівняльного аналізу об'єктивних показників гомеостазу, які характеризують синдром взаємного обтяження.

Матеріали і методи. Проаналізовано 50 показників гомеостазу у 27 постраждалих із закритою ізольованою травмою (ЗІТ) – AIS ≥ 3, у 90 постраждалих із закритою поєднаною травмою (ЗПТ), в яких поєднувалось тяжке пошкодження (AIS ≥ 3) і не тяжке пошкодження (AIS ≤ 2) і у 96 постраждалих із закритою тяжкою поєднаною травмою (ЗПТТ), в яких поєднувалось два тяжких пошкодження (AIS ≥ 3 кожне).

Результати. пацієнтів із ЗПТТ розвивалися специфічні розлади гомеостазу як прояв синдрому взаємного обтяження відразу після травми. Цих пацієнтів трактували як пацієнтів з політравмою. У пацієнтів із ЗПТ синдром взаємного обтяження розвивався на третю добу після травми. Їх відносили до пацієнтів з поєднаною травмою. Достовірно встановити числові значення ISS для поєднаної травми і для політравми не вдалось.

Висновки. Оцінка тяжкості пацієнтів із поєднаною травмою із урахуванням синдрому взаємного обтяження дозволяє виокремити пацієнтів із політравмою, в яких анатомічна тяжкість не менше двох пошкоджень становить за шкалою AIS ≥ 3 балів і відразу після травми розвивається синдром взаємного обтяження.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ / ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ В УКРАЇНІ ЗА 2018 РІК	66
Лісов А.В., Гондученко Н.О., Соколюк О.М., Драчук Є.О.	
ВОГНЕПАЛЬНІ ДЕФЕКТИ ДИАНІВ П'ЯТКИХ КІСТОК: ДОСВІД ЛІКУВАННЯ В СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ УМОВІ	67
Лісов А.В., Білий С.І., Тростарий В.М., Діраган Р.І., Чередишченко Л.В.	
МЕДИЧНА ТА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПОСЛЕ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПРОНИКАЮЧИХ УШКОДЖЕНЬ ВЕЛИКИХ СУГЛОБІВ	67
Бородай О.Л., Пустовойт Б.А., Клепчук Ю.В.	
МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ВАКУУМ-ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ РАН КІЩОК	68
Торієв О.М., Чапурник Л.Ю.	
НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ КІЩОК	69
Віраш І.І., Лісов А.В., Діраган Р.І., Тростарий В.М., Топка О.В., Лісов С.О.	
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТІВ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ПАЦІЄНТІВ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ КІЩОК	69
Трутяк І.Р., Лось Д.В., Медвідь В.І., Сеніна В.Т., Лось А.В., Стенішин О.П., Ловга В.І., Кобица Н.І.	
ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ ВОГНЕПАЛЬНИХ ТРАВМ ХРЕБТА ТА СУГЛОБІВ	70
Віраш І.І., Лісов А.В., Шваченко О.Г., Рижук М.Д., Голубева І.В.	
ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ ВИЩОЇ НЕРВОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ВОЙОВОЇ ТРАВМИ У ЗАКАРПАТТІВІ ДОНБАСУ	70
Сірик І.Є.	
ОСОБЛИВОСТІ ТА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПОРАНЕНЬ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОЛІСТРУКТУРНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ КІЩОКИ	71
Страфун С.С., Борак О.В., Рєв І.В., Чуріна І.М., Борак Н.О.	
ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОЛІСТРУКТУРНИХ УШКОДЖЕНЬ НИЖНЬОЇ КІЩОКИ	71
Страфун С.С., Чуріна І.М., Лакса А.М., Шитюк В.Г., Борак Н.О., Сава І.С., Шенка С.А.	
ПОШКОДЖЕННЯ КІЩОК В НАСЛІДОК ВОЙОВОЇ ДІЇ: РИЗНООРІЄНТОВНИЙ ПІДХІД	72
Гурків С.О., Лісов Д.М., Ордин А.В., Марченко І.П.	
РЕЗУЛЬТАТИ ВІДНОВНОГО НЕЙРОХІРУРГИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ВОЙОВОЮ ТРАВМОЮ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРАВ	73
Шевченко І.В., Гітчи І.В., Лісов В.М., Гадзак О.О., Татарчук М.М., Петрик Т.І., Шембелко Р.В.	
РЕКОНСТРУКЦІЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ВЕЛИКОГО СУГЛОБА	73
Шевченко І.В., Бородай О.Л., Клепчук Ю.В., Віраш І.Є.	
СИСТЕМА ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДОВГИХ КІСТОК	74
Чуріна І.М., Шембелко Р.В., Шитюк В.Г., Сава І.С., Шенка С.А., Лісов Д.М.	

рр. було прийнято 1240 пацієнтів з пораненнями кінцівок, що склали 54% від загальної кількості поранених. Середній вік склав 33,8±0,3 роки. В тяжкому і критичному стані доставлено 9,2% поранених, в стані середньої тяжкості 40,2% і 50,6% з легким ступенем пошкодження. В кожному третьому випадку у 31,5% відмічались вогнепальні переломи.

Результати. Тактика лікування залежала від тяжкості стану постраждалих. У стабільних хворих (90,8%) при вогнепальних переломах виконували хірургічну обробку перелому і остеосинтез апаратом зовнішньої фіксації. У нестабільних і критичних хворих (9,2%) з пошкодженнями кісток застосовували тактику «damage control».

Висновки. Активна послідовна первинна і повторна хірургічна обробка ран при вогнепальних пораненнях кінцівок попереджає розвиток тяжких інфекційних ускладнень. Лікування вогнепальних переломів залежить від тяжкості пошкодження м'яких тканин, кісток і суглобового хряща при внутрішньосуглобових переломах.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТІВ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ПАЦІЄНТІВ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ КІЩОК

Трутяк І.Р., Лось Д.В., Медвідь В.І., Сеніна В.Т., Лось А.В., Стенішин О.П., Ловга В.І., Кобица Н.І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна.

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів, Україна

Мета. Покращити результати лікування постраждалих з вогнепальними переломами кінцівок та дефектами кісткової тканини.

Матеріали і методи. В дослідження включено 38 хворих з вогнепальними переломами кінцівок з дефектом кісткової тканини. I група 12 хворих з дефектом кістки 3 см, яким виконано кісткову аутопластику внутрішній остеосинтез; II - 9 хворих з дефектом 3-5 см, яким виконано кісткову аутопластику та внутрішній остеосинтез; III - 17 хворих з дефектом 3-10 см, яким виконано білокальний компресійно-дистракційний остеосинтез.

Результати. У 4 хворих I і II груп результати незадовільні внаслідок лізису кісткового трансплантата з формуванням хронічного суглоба, у решти - зрощення перелому до 9 місяців, відмінний результат. У 14 пацієнтів III групи досягнуто відновлення довжини кістки, зрощення перелому та добрий результат впродовж 9 місяців, у 3 постраждалих незадовільний результат внаслідок розвитку контрактур суміжних суглобів.

Висновки. Ефективним методом лікування вогнепальних переломів з дефектом кістки величиною до 3 см (B, C1, C2) є кісткова аутопластика із внутрішнім остеосинтезом, а при дефекті кісткової тканини більших розмірів - білокальний послідовний компресійно-дистракційний остеосинтез.

кінцевий фіксації стрижневого типу. Згідно з класифікацією AO/ASIF показанням до застосування розробленим нами апарату були переломи тип 12A1-3 (13 хворих), тип 12B1 (6 хворих) і 12C1 (1 хворий).

Результати. Наслідки лікування в термін від 1 до 3 років після травми вивчені у всіх хворих. Оцінку результатів лікування проводили, використовуючи шкалу оцінки функції ліктьового суглоба клініки МАУО. У всіх обстежених хворих отримано позитивний результат, де середній показник результатів склав 95,2±3,1 балів.

Висновки. Проведене дослідження доводить, що впровадження стрижневих апаратів в клінічну практику є найбільш оптимальним, дозволить поліпшити результати лікування дистальних переломів плеча та зменшити відсоток післяопераційних ускладнень, тому може бути методом вибору.

ПРАКТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЕТАПНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ПОЛІСТРУКТУРНИХ ПОШКОДЖЕННЯХ КИСТІ

Калинович Н.Р., Трутяк І.Р., Трутяк Ю.І., Обаранець О.В.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

Мета. Одномоментна тривала операція на кисті при поєднаній травмі може бути життєво-важливою чи неможливою у виконанні. Технологія етапного лікування є методом вибору для даної групи пацієнтів.

Матеріал і методи. Проведено аналіз лікування з приводу травм кисті 1923 пацієнтів Львівської міської клінічної лікарні №8 та 35 пацієнтів Військового медичного клінічного центру Західного регіону за період часу з 2014р. по 2017р. У 28 цивільних та у 12 військових тяжкі пошкодження кисті були в структурі політравм, а у 621 цивільних та 23 військових були поліструктурні пошкодження кисті.

Результати. У пацієнтів з політравмою обсяг хірургічних втручань мінімальний – зупинка кровотечі і стабілізація переломів. Наступним етапом – стабілізація стану пацієнта, після чого виконували відновні хірургічні втручання в тому числі і на кисті. У 22 з 28 пацієнтів з політравмою, та у 589 з 621а поліструктурною травмою кисті функція кисті добра. Серед 35 поранених військових у 32 функція задовільна.

Висновки. Першочерговим завданням у пацієнтів з політравмою є збереження життя травмованого, а потім кінцівки з відновленням її функцій на наступних реконструктивно-пластичних етапах.

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ КОМПРЕСІЙНО-ІШЕМІЧНОЇ НЕВРОПАТІЇ СЕРЕДНЬОГО НЕРВА В КАРПАЛЬНОМУ КАНАЛІ

Гайко О.Г., Клименчук Л.І., Галій Ю.І.

ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України", м. Київ, Україна

Мета. Визначити основні проблемні питання діагностики компресійно-ішемічної невропатії середнього нерва в карпальному каналі.

ОПТИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ

КИСТІ З

Судін Ю.В., Павленко Ю.Ю.	279
ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО КІНЦЯ ПЛЕЧОВОЇ КИСТІ	
Васек В.П., Гайко М.В., Ковальчук П.Є., Тулюк С.В.	280
ОПЕРАЦІЯ ЛАТАРНЕ. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВІДРИТІ І АРТРОСКОПІЧНОЇ МЕТОДИКИ	
Головаха М.Л., Кривоносов С.М., Діденко І.В., Забіліна І.М., Титарук Р.В.	280
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ НАБУТІХ ПСЕВДОДИКАНТИЛЯХ ТА КОНТРАКТУРАХ ПАЛЬЦІВ КИСТЕЙ У ПАЦІЄНТІВ З БУЛЬОЗНИМ ЕПІДЕРМОЛІЗОМ	
Гогорієв А.Я., Кітчик Р.Ю.	281
ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ЗАСТАРИЛИХ ПЕРЕДНІХ ВИВИХІВ ПЛЕЧА	
Глинка Ю.П., Глинка В.В., Поповиченко В.В.	281
ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ МАЛОІНВАЗИВНОЇ АЛОНЕВРОТОМІЇ ПРИ КОНТРАКТУРІ ДИОПІРЕНА	
Безуглий А.А.	282
ПОЗАОСЕРЕДНЬОВИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ДИСТАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ПЛЕЧОВОЇ КИСТІ	
Судін Ю.В., Боден О.І., Дубовик С.Л., Славко В.К.	282
ПРАКТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЕТАПНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ПОЛІСТРУКТУРНИХ ПОШКОДЖЕННЯХ КИСТІ	
Калинович Н.Р., Трутяк І.Р., Трутяк Ю.І., Обаранець О.В.	283
ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ КОМПРЕСІЙНО-ІШЕМІЧНОЇ НЕВРОПАТІЇ СЕРЕДНЬОГО НЕРВА В КАРПАЛЬНОМУ КАНАЛІ	
Гайко О.Г., Клименчук Л.І., Галій Ю.І.	283
ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА	
Страфун С.С.	284
ПРОФИЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КИСТІ	
Ковальков О.С., Павленко О.В., Павленко С.М., Томаров А.В., Михайленко С.С., Соколов Б.Б.	285
ПРОФИЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА	
Страфун С.С., Сергієнко Р.О.	285
РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОЇ АПРОБАЦІЇ ЗО ІМПЛАНТАТІВ З ПОЛІАНТИДУ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗІ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КИСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОПОРОЗОМ	
Мачаров В.В., Киря М.О., Дідух Н.В., Ніколиченко О.А., Воронцов П.М.	286
РОТАТОРНА АРТРОПАТІЯ ПЛЕЧА. ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ	
Страфун С.С., Страфун О.С., Мисак А.С., Судін Ю.Ю.	287
СИСТЕМА ПОЛУКОРТЕКТОЇ ФІКСАЦІЇ У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗА ПРОМЕНОВОЇ КИСТІ	
Рущий А.Х., Богданова Л.В., Богданова К.І.	287