

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-81-5-1.44>

**НАПІВЖОРСТКІ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНІ СИСТЕМИ
ФІКСАЦІЇ У ХВОРИХ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ
ЧИ ТРАВМАМИ КІНЦІВОК**

Рушай А. К.

*доктор медичних наук,
професор кафедри загальної хірургії № 2
Київський медичний університет*

Лісайчук Ю. С.

*доктор медичних наук,
професор кафедри загальної хірургії № 1
Київський медичний університет*

Жагдаль А. А.

*аспірант кафедри загальної хірургії № 2
Київський медичний університет*

Мартинчук О. О.

*аспірант кафедри загальної хірургії № 2
Київський медичний університет*

Байда М. В.

*аспірант кафедри загальної хірургії № 2
Київський медичний університет
м. Київ, Україна*

Актуальність проблеми. Створення оптимальних умов при лікуванні травм та захворювань кінцівок є до кінця не вирішеною проблемою. Комплексна терапія патології включала як проведення адекватної консервативної терапії, ранньої реабілітації, так і раціональну фіксацію ураженого сегменту. Об'єктивізація показників для вирішення об'єму консервативної терапії, строків сучасної фіксації потребує подальшого вивчення [1, 2].

Мета роботи. Поліпшення результатів лікування хворих на діабетичну остеоартропатію та травмами з використанням напівжорсткої системи фіксації Scotchcast / Softcast і обґрунтованої комплексної терапії з максимально ранніми реабілітаційними заходами.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилося 76 постраждалих з переломами дистального метаепіфіза променевої

кістки (ПДМЕПК) зі зміщенням; 36 хворих з незрощенням кісток гомілки (НКГ) після переломів і 24 хворих з діабетичною остеоартропатією стоп (ДОАС) різного ступеня вираженості. На етапах лікування уражені кінцівки фіксувалися напівжорсткою системою фіксації Scotchcast / Softcast. Напівжорстка система фіксації дозволяла проводити активну кінезотерапію кінцівок в сумісних суглобах, апаратний пневмомасаж вже з іммобілізаційного періоду, ранню фізіотерапію. Самообслуговування хворих здійснювалося вже у ранні строки. У 36 хворих з незрощеннями кісток гомілки після проведення хірургічного втручання (сегментарної резекції гомілкової кістки і заміщення дистракційного регенератом за Ілізаровим або зіставлення уламків з внесенням в зону незрощення активних речовин у вигляді «пломби») з метою профілактики деформацій регенерату після демонтажу апарату або активації процесу зрощення використовувалася фіксаційна система Softcast / Scotchcast. Система також дозволяла здійснювати ранню функцію ходіння, що знижувало ризик розвитку контрактур суглобів, утворення тромбів; покращувало венозний відток крові. Визначення термоасиметрії ΔT проводилося з метою уточнення обсягу та довго тривалості консервативної терапії. Вимірювання проводилося за допомогою інфрачервоного безконтактного термометра TERMOFOCUS 01500 A3.

Для оцінки отриманих результатів лікування ПДМЕПК використовувалася візуально-аналогова шкала ВАШ (вираженість больового синдрому); з метою уніфікованої оцінки функції верхньої кінцівки використовувався системний опитувальник DASH (Disability of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure); опитувальна шкала DN4 – для визначення вираженості нейропатичних порушень. Функція нижньої кінцівки у хворих з незрощеннями великогомілкової кістки визначалася за шкалами Любошице – Маттіса -Шварцберга та Karlstrom-Olerud за багатьма параметрами.

Результати та обговорення. Використання системного підходу при лікування (проведення напівжорсткої фіксації Softcast / Scotchcast і об'єктивного визначення строків і об'єму реабілітаційних заходів) дозволило досягти хороших результатів у більшості випадків у хворих із захворюваннями та переломами променевої кістки у типовому місці, незрощення кісток гомілки після переломів та діабетичними остеоартропатіями стоп.

За даними опитувальних шкал DASH задовільні і гарні результати лікування отримані у хворих з ПДМЕПК в 72,2% випадках.

При лікуванні ДОАС з використанням напівжорсткої індивідуальної системи фіксації Softcast / Scotchcast досягалася стабільність, з'являлася можливість почати функціональне навантаження в ранньому періоді. Не розвивалася м'язова атрофія і, як загальний результат, поліпшувалися результати реабілітації хворих. У 2 хворих перев'язки трофічних виразок здійснювалися через «вікна», спостерігалася тенденція до їх закриття.

У постраждалих з незрощеннями великогомілкової кістки результати лікування слід рахувати як гарні. За шкалою Любошице – Маттіса – Шварцберг та та Karlstrom-Olerud у постраждалих з НКГ хороші і відмінні результати були отримані в 65,6% спостережень.

Висновки.

1. Властивості напівжорсткої фіксації і конструктивні особливості полімерної пов'язки знижували ризик розвитку критичного набряку сосдавленієм тканин, вторинного зміщення відламків; дозволяли функціональне навантаження, кинезотерапію і пневмомасаж в ранньому іммобілізаційному періоді.

2. Визначено ефективність запропонованих заходів – відмінні і добре функціональні результати при знятті системи полімерної полужесткої фіксації від 72,2% у хворих з ПДМЕПК і 65,6% у постраждалих з септичними незрощеннями великогомілкової кістки.

Література:

1. Rushai, A., Bogdanova, L., Klymovytsky, F., & Lisunov, S. EARLY COMPLEX REHABILITATION TREATMENT OF PATIENTS WITH FRACTURE OF DISTAL METAEPHYSIS OF THE RADIUS. *Medical Science of Ukraine (MSU)*. 2020. №16(2). 23-28. <https://doi.org/10.32345/2664-4738.2.2020.4>

2. Korzh N.A., Kotulsky I.V. Pathogenesis of post-traumatic pain syndromes of extremities // *International medical journal*. 2002. 1-2. 134-7. [In Russian]