

**ЗАСТОСУВАННЯ БЛОКУЮЧОГО ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ В ЛІКУВАННІ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ВЕЛИКИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК**

*В.Л.Розгонюк, В.К.Піонтковський, Ю.І.Павлішен*

**Резюме.** Оприлюднено клінічний досвід застосування блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу у 32 хворих з діафізарними переломами стегнової (9), великогомілкової (20) та плечової (3) кісток. Метод має низку переваг перед іншими методами лікування діафізарних переломів.

**Ключові слова:** діафізарні переломи, інтрамедулярний остеосинтез.

**USING INTERLOCKING INTRAMEDULLARY FIXATION IN THE TREATMENT OF DIAPHYSEAL FRACTURES OF THE BIG TUBULAR BONES**

*V.L.Rozhoniuk, V.K.Piontkovs'kyi, Yu.I.Pavlishen*

**Abstract.** The authors have published their clinical experience of using interlocking intramedullary osteosynthesis in 32 patients with diaphysal fractures of the femoral shaft of the thigh (9), shin bones (20), humerus (3). The method has a number of advantages before other treatment methods of diaphysal fractures.

**Key words:** shaft fractures, interlocking intramedullary fixation.

Municipal Hospital (Khmel'nyts'kyi)

Надійшла в редакцію 20.06.2005 р.

© Суховій М.В., Авер'янов Є.В.

УДК 616-089

**АРТРОЦЕНТЕЗ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ГЕМАРТРОЗІВ КОЛІННОГО СУГЛОБА У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІЮ**

*М.В.Суховій, Є.В.Авер'янов*

*Інститут гематології та трансфузіології АМН України, м. Київ*

Частим ускладненням гемофілії (Гф) є ураження суглобового апарату рецидивуючими крововиливами [1, 2]. Частота гемартрозів у хворих на Гф тяжкого та середнього ступеня тяжкості становить 98-100%. Серед них крововиливам у колінні суглоби (КС) належить близько 90% [3]. Незважаючи на впровадження в практику охорони здоров'я низки антигемофільних препаратів (концентрати факторів VIII, IX, VII; кріопреципітат), проблема лікування та профілактики уражень суглобового апарату у хворих на Гф в Україні остаточно не вирішена. Це пов'язано як з недостатнім забезпеченням антигемофільними препаратами [4], так і з частим розвитком (15-35%) резистентності внаслідок появи імунних інгібіторів до цих препаратів [5]. Кров, потрапивши до суглобової порожнини, втрачає своє фізіологічне значення і разом з продуктами запалення синовіальної оболонки перетворюється на агресивний субстрат, котрий виявляє деструктивну дію на складові елементи

КС [6]. Враховуючи патогенетичну значимість гемартрозів у прогресуванні гемофільної артропатії, поряд з удосконаленням замісної гемостатичної терапії виникає гостра потреба у розробці ефективних, малотравматичних і технічно простих методів лікування.

**Мета дослідження.** Вивчити ефективність лікувального артроцентезу (ЛА) колінних суглобів, уражених гемартрозом у хворих на Гф залежно від повноти евакуації внутрішньосуглобового крововиливу.

**Матеріал і методи.** Об'єктом дослідження були 467 хворих на Гф "А" з гострими гемартрозами КС віком від 18 до 54 років, яким виконувався ЛА. Хворих лікували у відділенні хірургічної гематології та гемостазіології. Усім хворим призначали замісну гемостатичну терапію кріопреципітатом з підтриманням активності фактора VIII у плазмі крові у межах 25-30%. Хворих розділено на дві групи. До досліджуваної групи (ДГ) включено 209 хворих (44,75%), яким виконували ЛА ураженого КС з аспірацією крові та наступним промиванням синовіаль-

ної порожнини фізіологічним розчином аж до повного видалення крові та фібринових згустків. Контрольній групі (КГ) хворих (258 хворих, 55,25%) проведено ЛА ураженого гемартрозом КС та аспірацію крові. Хворим обох груп перед закінченням ЛА внутрішньосуглобово вводили суміш суспензії гідрокортизону (1-2 мг/кг) та розчину параамінометилбензоїної кислоти (50 мг). Після завершення ЛА хворим іммобілізували уражену кінцівку задньою гіпсовою лонгетою терміном до 3-х діб.

Критеріями оцінки ефективності проведеного лікування були клінічні та лабораторні показники: клінічні – показники суб'єктивного відчуття болю в ураженому суглобі, яке оцінювалося за стандартною візуальною аналітичною шкалою (ВАШ) довжиною 100 мм (0 мм – відсутність болю, 100 мм – нестерпний біль), показники альгофункціонального індексу Лекена (АІЛ) [7], які оцінювалися до лікування, на 3 та 7 добу лікування; лабораторні – концентрація середньомолекулярних пептидів (СМП) у венозній крові [8]. Для обробки отриманих даних використовували методи варіаційної статистики (Г.Ф.Лакін, 1980).

**Результати дослідження та їх обговорення.** При проведенні локальної пункційної терапії у хворих КГ зазначено швидке зниження больового синдрому в ураженому КС (від  $75,8 \pm 1,1$  мм до  $24,1 \pm 2,5$  мм) протягом першої години після пункції. Біль повністю зникав до кінця першої доби лікування. У хворих ДГ зменшення больового синдрому протягом першої години було менш вираженим. Показники ВАШ зменшилися із  $73,4 \pm 1,2$  до  $45,3 \pm 2,5$  мм. Біль зникав протягом першої доби після ЛА. Повільніше зниження больового синдрому у хворих ДГ можна пояснити подразнювальною дією фізіологічного розчину на синовіальну оболонку КС в перші години після ЛА.

Оцінка тяжкості перебігу гемартрозу у хворих на Гф за допомогою АІЛ виявила, що у хворих обох груп до лікування цей показник становив  $25,7 \pm 0,8$  бала, що відповідало наявності різко вираженого гонартрозу. У хворих КГ на третю добу після лікування АІЛ становив  $7,1 \pm 0,5$  бала, а на сьому добу –  $5,2 \pm 0,9$ . У хворих ДГ групи на третю добу після артроцентезу АІЛ дорівнював

$5,3 \pm 0,6$  бала, а на сьому добу –  $3 \pm 0,7$ . Отже, більшою мірою показник АІЛ зменшувався у хворих ДГ.

Концентрація СМП на третю та сьому добу у хворих КГ виявила тенденцію до збільшення як при довжині хвилі 254 нм, так і 280 нм. На третю добу після ЛА вміст СМП перевищував початковий рівень на 15% та 21%, а на сьому – на 18% та 25%. У хворих ДГ спостерігалася тенденція до зменшення концентрації СМП у сироватці крові: на 3 добу – на 10%, на 7 добу – на 17%. Такі результати дослідження одного з основних маркерів ендогенної інтоксикації (концентрації СМП) можна пояснити тим, що повніша евакуація крові із синовіальної порожнини дозволяє зменшити рівень локальної інтоксикації в суглобі і, як наслідок, загального ендотоксикозу. Хворі ДГ виписувалися на 4-5 діб раніше, ніж пацієнти КГ. Середній ліжкодень хворих ДГ становив 7,8 доби, а КГ – 13,4.

Отже, ЛА уражених крововиливами КС з відмиванням синовіальної порожнини від крові є патогенетично обгрунтованим методом, який швидше купірує прояви гемартрозу у хворих на Гф та покращує якість їх життя.

**Висновки.** 1. Лікувальний артроцентез колінних суглобів, уражених гострим гемартрозом, упродовж першої доби після його виникнення – ефективний метод лікування крововиливів у синовіальну порожнину, який сповільнює розвиток гемофілічної артропатії, усуває больовий синдром і сприяє відновленню функції ураженого суглоба. 2. Промивання синовіальної порожнини від крові зменшує загальну інтоксикацію організму, що є патогенетичним обгрунтування цього методу для лікування гемартрозів у хворих на гемофілію.

**Перспективи наукового пошуку.** Нові технології лікування уражень локомоторного апарату у хворих на гемофілію, які знижують інвалідизацію цих пацієнтів та запобігають розвитку незворотних змін елементів колінного суглоба, потребують широкого впровадження у практику.

### Література

1. Нильсен И.М. Гемофилия: Пер. с англ. – СПб.: Рубеж, 1999. – 102 с.
2. Андреев Ю.Н. Гемофилия на рубеже двух столетий // Гематол. и трансфузиол. – 2002. – № 3. – С. 3-4.
3. Суховий М.В. Гемофилия как хирургическая проблема. – К.: АДЕФ Україна, 2001. – 208 с.
4. Перехрестенко П.М. Проблеми гемостазиології та трансфузиології / Матер. міжнар. симп. "Гемостаз – пробл. і перспективи" // Гематол. і перелив. крові – К.: Знання України, 2002. – Вип. 31. – С. 354-362.
5. Гойда Н.Г., Данова М.П., Новак В.Л. Актуальні проблеми лікування гемофілії в Україні // Укр. ж. гематол. та трансфузиол. – 2003. – № 2 (3). – С. 5-9.
6. Суховий М.В., Аверьянов Е.В., Семеняка В.И. и др. Антигемотоксическая терапия острых гемартрозоз коленных суста-

вов у больных гемофілією // Гематол. і перелив. крові. – К.: Знання України, 2002. – Вип. 31. – С. 134-139.  
7. Суховий М.В., Аверьянов Е.В., Семеняка В.И. Антигемотоксическая терапия заболеваний опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособ. – К., 2004. – 176 с. 8. Луцук Б.Д., Матвійчук Б.О., Ястремська О.О. та ін. Клініко-лабораторні критерії діагностики синдрому ендогенної інтоксикації у хворих з гострою кишковою непрохідністю // Лабор. діагностика. – 2003. – № 1. – С. 38-41.

## АРТРОЦЕНТЕЗ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ГЕМАРТРОЗІВ КОЛІННОГО СУГЛОБА У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІЮ

*М.В.Суховий, Є.В.Авер'янов*

**Резюме.** Наведена порівняльна характеристика результатів лікування гострих гемартрозів колінних суглобів у хворих на гемофілію за допомогою артроцентезу із промиванням синовіальної порожнини та за допомогою традиційної методики. Показано більшу ефективність артроцентезу із промиванням суглоба, патогенетично обгрунтовано застосування цього методу для зменшення рівня ендогенної інтоксикації.

**Ключові слова:** гемофілія, гемартроз, артроцентез, промивання синовіальної порожнини, ендогенна інтоксикація.

## ARTHROCENTESIS IN MULTIMODALITY TREATMENT OF ACUTE HEMARTHROSES OF THE KNEE JOINT IN PATIENTS WITH HEMOPHILIA

*M.V.Sukhovii, Ye.V.Averianov*

**Abstract.** The authors have presented a characteristic of results of treating acute hemarthroses of the knee joints in patients with hemophilia by means of arthrocentesis by washing out the synovial cavity and employing the traditional technique. A higher efficacy of arthrocentesis has been shown and the use of this method for the purpose of diminishing the level of endogenous intoxications has been pathogenetically substantiated.

**Key words:** hemophilia, hemarthrosis, washing out of synovial cavity, endogenous intoxication.

Institute of Hematology and Transfusiology of Ukraine's AMS (Kyiv)

Надійшла в редакцію 22.06.2005 р.

© Власова О.В.

УДК 611.342:611.1

## ОСОБЛИВОСТІ КРОВОПОСТАЧАННЯ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПЛОДІВ

*О.В.Власова*

*Кафедра загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією (зав. – проф. Ф.Г.Кулачек)  
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

Ізольовані травми дванадцятипалої кишки (ДПК) трапляються зрідка, але вони вирізняються утрудненою діагностикою та тяжким клінічним перебігом. Частіше пошкоджуються нижня (горизонтальна) та низхідна частини ДПК, що пов'язано з їх топічними особливостями. Хірургічні втручання на ДПК виконуються як у дорослих, так і дітей, тому вивчення особливостей її кровопостачання може бути морфологічною основою успіху та розробки нових операційних прийомів [1-3].

**Мета дослідження.** Вивчити особливості кровопостачання дванадцятипалої кишки у плодів.

**Матеріал і методи.** Дослідження виконано на 74 препаратах плодів 161,0-401,0 мм тім'яно-п'яткової довжини (ТПД) за допомогою морфологічних методів: макро-, мікроскопія, ін'єкція судин з наступною рентгенографією або корозією та фотодokumentування [4]. Для ін'єкції судин використовували суміш у складі силікатного клею, сурика та ефіру [5], які ретельно перемішували до отримання однорідної маси. Катетеризували грудну частину аор-