

**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., Ярьсько 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., Попсуйшак 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

Выводы. Общее удлинение петли составило $3,05 \pm 0,95$ мм для заводского фиксатора и $3,28 \pm 1,05$ мм для фиксатора собственного изготовления. Общее удлинение состояло из преднагрузочного удлинения ($1,95 \pm 0,2$ мм заводской и $2,07 \pm 0,3$ мм собственный) и циклического удлинения ($1,1 \pm 0,1$ мм заводской и $1,21 \pm 0,13$ мм собственный).

Учитывая тот факт, что интраоперационно величину общего удлинения можно уменьшить до $1,1 \pm 0,1$ мм для заводского и $1,21 \pm 0,13$ мм для собственного фиксатора за счет компонента преднагрузочного удлинения, можно говорить о том, что оба типа фиксатора можно применять в клинической практике. Кроме того, достаточная прочность на разрыв обоих типов фиксаторов, которая перекрывает необходимые нагрузки на трансплантат ПКС во время ходьбы (около 340N согласно литературным данным) [20, 21], позволяет рекомендовать его для широкого применения в восстановительной хирургии ПКС.

Ключевые слова: передняя крестообразная связка, кортикальный фиксатор, механическая прочность

МРТ-КРИТЕРИИ ПЕРЕСТРОЙКИ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

**Красноперов С.Н.¹, Диденко И.В.¹, Титарчук Р.В.², Гриценко А.А.²,
Головаха М.Л.¹**

¹Запорожский государственный медицинский университет.

Запорожье. Украина.

²Клиника «Гарвис».

Днепр. Украина.

Повреждение передней крестообразной связки – одна из самых частых травм связок коленного сустава. МРТ играет важную роль в оценке целостности трансплантата, а также помогает выявить осложнения, связанные с реконструкцией ПКС. В литературе мы нашли только одну работу, авторы которой оценивали процесс изменения структуры трансплантата при помощи МРТ исследования без контраста, однако было обследовано небольшое количество пациентов – 21.

Целью нашей работы было разработать МРТ критерии оценки перестройки трансплантата ПКС.

Материалы и методы. Группу исследования составили 95 пациентов после восстановления передней крестообразной связки. МРТ проводили в сроки 3, 6, 9 и 12 мес. после операции. Динамику ремоделирования трансплантата ПКС оценивали по интенсивности МР-сигнала на T2 и взвешенных по протонной плотности (PDW) режимах. Для исключения субъективности оценки МР-картины использовали коэффициент сигнал/шум. Дополнительно оценивали общий вид трансплантата ПКС по степени его однородности, используя 3-х балльную шкалу. Также сравнили полученные данные с данными обследования 50 пациентов с интактной ПКС.

Результаты. Значение коэффициента сигнал\шум постепенно уменьшалось при обследовании в 3, 6 и 9 месяцев после операции. Это свидетельствует о том, что на протяжении этого периода времени продолжается перестройка трансплантата во всех его частях (бедренной, срединной и тибиальной). При обследовании в 9 и 12 месяцев статистически достоверного изменения коэффициента сигнал\шум отмечено не было. При сравнении полученных данных с данными обследования пациентов с интактной ПКС можно отметить, что даже через 12 месяцев после операции интенсивность сигнала от трансплантата ПКС не достигает интенсивности сигнала неповрежденной связки.

Выводы. Нами была разработана новая методика оценки динамики восстановления трансплантата ПКС в послеоперационном периоде на основании анализа МР-изображений в

T2 и взвешенных по протонной плотности (PDW) режимах. Для оценки интенсивности сигнала использовали коэффициент сигнал/шум и качественную оценку общего вида трансплантата ПКС по степени его однородности, используя 3-х балльную шкалу.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ МНОЖИННОЮ ТРАВМОЮ ДОВГИХ КІСТОК КІНЦІВОК.

Кривенко С.М

Донецький Національний медичний університет ім. М. Горького.

Донецьк. Україна.

Вступ. Серед травм, що викликають інвалідність, значне місце займають множинні діафізарні переломи кісток кінцівок - від 7,7% до 29%. Індивідуальний комплекс фізичних вправ і лікувальної гімнастики є важливим додатковим фактором, який необхідно використовувати в інтересах найкоротшого відновлення працездатності при множинній травмі кісток кінцівок. Рання рухова активність хворих підвищує тонус кістякових м'язів, ліквідує функціональні контрактури, прискорює відновлення функції гепатобіліарної системи, шлунково-кишкового тракту, сечовивідних шляхів, поліпшує лімфо- і кровообіг. Введення в практику принципу ранньої рухової активності знижує частоту розвитку метеоризму і парезів кишечника.

Мета. Раннє повернення потерпілих до суспільно корисної праці.

Матеріали та методи. В клініках Донецького Національного медичного університету ім. М. Горького за останні десять років проліковано 255 постраждалих із множинними діафізарними переломами кісток кінцівок. Частіше переломи спостерігалися у осіб найбільш працездатного віку - 70,6% (180), і переважно у чоловіків - 81,6% (208). Частіше вони були наслідком дорожньо-транспортних пригод - 40,4% (103); виробничі травми склали 23,5% (60). На реабілітаційному етапі лікування найбільш широке застосування знайшли магнітотерапія, електрофорез різних лікарських речовин, імпульсні струми низької і високої частот, ультразвук, лазеротерапія. Фізичні вправи, починаючи з перших днів після травми, сприяють поліпшенню місцевого кровообігу, розсмоктуванню гематом, стимулюють регенеративні процеси. При лікуванні хворих із множинними діафізарними переломами довгих кісток кінцівок, на відміну від ізольованої травми, зростає вірогідність розвитку контрактур у великих суглобах як верхніх, так і нижніх кінцівок. Тому необхідно забезпечити раннє функціональне лікування в цих суглобах.

У 15,2% (12) випадків діагностовано посттравматичні контрактури в колінному і ліктьовому суглобах. Хворим, що страждали на уповільнене відновлення рухів у суглобах, поряд з фізіофункційним лікуванням, застосовувався запропонований нами пристрій для самостійної активної розробки рухів у великих суглобах кінцівок (патент України 21435А). Простота використання даного пристрою для самостійної активної розробки рухів у колінному (ліктьовому) суглобі дозволяє керувати їм не тільки медперсоналу, але і самому хворому.

Результати та обговорення. Результати лікування хворих із множинною травмою довгих кісток кінцівок у найближчий термін після травми вивчені у всіх потерпілих - 255 осіб. У віддалений термін результати лікування вивчені нами у 243 (95,3%) пацієнтів. 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, особливо вправ у водяному середовищі, є могутнім стимулом розвитку компенсації та сприяє якнайшвидшому