

г. Нижневартовска. Стоимость оперативного лечения определена в соответствии с прейскурантом цен на платные медицинские услуги. Для расчета затрат на имплантаты использовались прейскурантные цены организации-производителя. Средние сроки нетрудоспособности больных первой группы, в случае консервативного лечения, составили 59,0 дней. Средняя длительность лечения в случае оперативного лечения составила 43,1 дня. Стоимость расходных материалов, необходимых для проведения операции составляет 4350 рублей (включая спицу с наноструктурированным кальцио-фосфатным покрытием). С учетом уровня средней заработной платы г. Нижневартовска и сроков временной нетрудоспособности осуществлен расчет экономических потерь для трудоспособного пациента. Он составляет при оперативном лечении 51299 рублей, при консервативном - 70387 рублей.

Выводы. Таким образом, экономия от применения оперативного метода, в сравнении с консервативным подходом, при условии использовании фиксаторов с биоактивным покрытием составляет 16808 рублей. Кроме того при использовании оперативного лечения удастся избежать случаев инвалидизации и (или) повторного лечения. Очевидна экономическая эффективность применения методов хирургического лечения переломов костей кисти, даже с учетом стоимости оперативного пособия и средств фиксации.

ВЫБОР ИМПЛАНТА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ И ПОГРАНИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ У ДЕТЕЙ

Пулатов А.Р.,¹ Горбунова З.И.,¹ Ижболдина О.С.²

Уральский НИИ травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина», г. Екатеринбург¹
Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург²

Актуальность. Органосохраняющие операции при доброкачественном течении опухолевого процесса, после резекции очага патологической перестройки, требуют замещения дефекта (В.А. Бабоша, Е.Ю. Русанов, Е.С. Чирах, 2008).

Материалы и методы. На базе детского ортопедического отделения ФГУ «УНИИТО им. В.Д. Чаклина Росмедтехнологий» проведен анализ результатов лечения 54 детей, с доброкачественными костными новообразованиями и пограничными заболеваниями кисти в возрасте от 4 до 18 лет. Патологический процесс локализовался у 40 пациентов (74%) в фалангах II-V пальцев и пястных костях у 14 пациентов (26%). По данным гистологического исследования опухоли из хрящевой ткани (энхондромы, экхондромы) представлены в 37 случаях, остеогенные опухоли - в 3 случаях остеома - в 2, остеоид-остеома - у одного пациента, гемангиофиброма - в 1 случае. Пограничные заболевания отмечались в 10 случаях, из которых солитарная форма костно-хрящевых экзостозов была у 6 пациентов, фиброзная дисплазия - у 3, дисхондроплазия у 1 пациента. Всем больным была выполнена частичная резекция патологического очага с удалением 2/3 окружности кости, вопрос о замещении пострезекционного дефекта

решали в зависимости состояния кортикальной пластинки, близости очага к ростковой зоне, наличия деформации кости.

Срок наблюдения составил от 6 месяцев до 5 лет после операции. Результаты оценивали с онкологической (наличие рецидива), функциональной, косметической точек зрения.

Результаты исследований. По данным рентгенографии, по схеме Орлова В.П., Дулаева А.К. (2002), проанализирована перестройка трансплантата в 32 случаях резекции опухолей из хрящевой ткани, при этом дефект был замещен ауто трансплантатом в 16 случаях, аллотрансплантатом - в 8-ми, синтетическими кальций-фосфорными имплантатами (Chronos, Hydroset, Bone source) – в 8 ми случаях. По изменениям контуров трансплантата, характеристике резорбции краев выделяли три периода перестройки: реваскуляризации (2-4 месяца); резорбции (6-8 месяцев); ремоделирования (8-16 месяцев). Выявлено, что при аутопластике перестройка завершается в срок от 6 месяцев до одного года после операции, при аллопластике отмечается удлинение сроков перестройки за счет второго периода от 12 до 18 месяцев. При использовании синтетических композитных материалов отмечается сокращение длительности процессов перестройки во всех периодах. Хорошие результаты были у 50 больных, при достижении вживления импланта, полной перестройки кости, восстановления функция кисти и отсутствии деформации. Удовлетворительные результаты наблюдали в 3 случаях. Неудовлетворительный результат выявлен у одного больного через 4 года после операции, который связан с рецидивом энхондромы пястной кости.

Выводы. Ауто трансплантат, по сравнению с аллокостью, обладает выраженными остеоиндуктивными, остеокондуктивными свойствами, механической прочностью, биологически совместим, перестраивается в более короткие сроки, но требует проведения дополнительной операции по забору импланта. Аллотрансплантаты по сравнению с ауто трансплантатами обладают более низкими остеогенными и высокими антигенными свойствами.

В настоящее время альтернативой ауто- и аллотрансплантатам являются синтетические материалы, обладающие заданной механической прочностью, способные перестраиваться после имплантации органотипичной тканью.

ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ

*Салистый П.В., Штукатуров А.К., Саидгалин Г.З.,
Москвин В.Б., Марковская О.В.*

Детская городская клиническая больница №9, г. Екатеринбург

Актуальность. Проблемой детской ожоговой травмы является формирование грубых рубцов и деформаций. Интерес и познание окружающего мира через органы чувств, в частности с помощью тактильных ощущений, приводит к частым повреждениям кистей. Исход подобных травм - формирование контрактур и косметических дефектов кистей. Соблюдение принципов реабилита-