

Существует мнение, что при интрамедулярном остеосинтезе происходит замедление процессов консолидации перелома ввиду повреждения костного мозга. Наш опыт лечения более 30 больных по этим методикам позволяет сделать следующие заключения:

- 1) гематома в месте перелома кости не удаляется, что является определенным субстратом для остеогенеза;
- 2) стержни, вводимые антеградно, сдвигают клетки костного мозга в линию перелома, что так же благоприятно действует на остеогенез;
- 3) костномозговой канал не рассверливается, и фиксаторы не занимают весь его объем.

Рентгенологические сроки формирования костной мозоли обычные, как при лечении перелома гипсовой повязкой - 3-4 недели без грубой перностальной реакции.

Клинически больной находится в стационаре 5-7 дней (ликвидация отека, устранение болевого синдрома), назначается ранняя разработка движений в суставах. Ограничение осевой нагрузки определяется индивидуально в зависимости от характера перелома (поперечный, косопоперечный или косой перелом). В среднем полная нагрузка на поврежденную конечность разрешается на 4-5 неделе. Фиксаторы удаляются через 5-6 месяцев после травмы.

Данная тактика позволила значительно сократить время пребывания больного в стационаре, что экономически выгодно для скудного бюджета нашей медицины, но, самое главное, в два раза быстрее позволяет вернуть ребенка к нормальной, активной жизни.

ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДА ЗАКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ С ИНТРАМЕДУЛЯРНЫМ ОСТЕОСИНТЕЗОМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Агеев В.В., Петросян А.А., Хребтов А.П., Силунский Ю.Г.

Переломы длинных трубчатых костей встречаются у детей довольно часто: ежегодно в ДТО ДГКМБ № 9 поступают около 200 детей, нуждающихся в репозиции и восстановлении функциональной активности сегмента.

Основным методом лечения является одномоментная закрытая репозиция или скелетное вытяжение. Однако в случае нестабильных переломов, не всегда возможно достичь результата консервативным способом. Одним из видов хирургического лечения является открытая репозиция и интрамедулярный остеосинтез, а в отдельных случаях – накостная фиксация пластиной.

В 1999 году в ДТО-1 внедрен метод закрытой репозиции и интрамедулярным остеосинтезом длинных трубчатых костей под контролем экрана электронно-оптического преобразователя (ЭОП). Манипуляция осуществляется в условиях операционной. Антеградно из мини-доступа вводится фикса-

гор в костномозговой канал, под контролем экрана ЭОП-а производится закрытая репозиция и металлоостеосинтез.

Данный метод применен у 17 пациентов преимущественно с диафизарными переломами: 10 переломов бедренных костей, 5 переломов предплечий, 2 перелома плечевых костей.

Как известно, срок консолидации диафизарных переломов длинных трубчатых костей после оперативных вмешательств в нашем регионе составляет от 8 недель до 6 месяцев. В данном случае метод позволил сократить сроки консолидации в среднем на 30-40%. Удаление фиксаторов происходило при полной консолидации переломов.

Позитивными качествами данного метода являются следующие:

- малая травматичность;
- сокращение сроков пребывания в стационаре;
- ранняя реабилитация;
- сокращение сроков консолидации;
- отсутствие осложнений воспалительного характера;
- экологически целесообразность метода.

Единственным отрицательным моментом метода является повышение лучевой нагрузки на операционную бригаду. Именно это условие позволяет применить данный метод только ограниченному числу пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКСИАПАТИТА ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Кожевников Е.Г., Кожевникова Т.С., Бресс А.В.

В комплексе лечения врожденных и приобретенных патологий опорно-двигательного аппарата у детей широко используются костнопластические операции. В арсенале ортопеда-травматолога в настоящее время имеются различные виды трансплантатов: ауто-, гомо-, гетеротрансплантаты, химически синтезированные замесители костной ткани. В последнее десятилетие на развитие реконструктивно-восстановительной хирургии в значительной степени повлиял поиск и внедрение различных индифферентных материалов, особенно при пластике дефектов кости. Первое упоминание использования заменителя костной ткани - гидроксиапатита кальция относится к 1978 году, а с конца 80-х годов больше половины статей в специализированном журнале «Material in Medicine», а также значительный процент статей в наиболее престижных ортопедических и стоматологических журналах были посвящены исследованию и применению этого материала. На международном съезде имплантологов в 1997 году гидроксиапатит назван «лучшим медицинским материалом всех времен» (проф. С. Кауфман). Прак-