

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ КАК СПОСОБ РАННЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТРАВМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

*Кожевников Е. Г., Марфицын А. В., Крылосов А. С.,
Ижболдина О. С., Сосновских А. К.*

МУ ДГКБ № 9, г. Екатеринбург

Исследования, проведенные всемирной организацией здравоохранения в 2009 г., представленные в докладе о профилактике детского травматизма, подтверждают, что травмы и их долгосрочные физические и психологические последствия влияют на здоровье и благополучие в последующем, что делает еще более наглядной проблему хирургической реабилитации детей с травмами опорно-двигательного аппарата, как процесс или систему медицинских мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограниченной жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Цель исследования: выбор метода ранней хирургической реабилитации.

Материалы и методы: на базе травматологического отделения № 2 ДГКБ № 9 г. Екатеринбурга с 2008 по 2010 гг. проведено оперативное лечение 120 больных с переломами костей голени и 107 больных переломами бедренной кости в диафизарной части. Больные были распределены на группы по локализации перелома, методу введения и виду фиксаторов.

Срок послеоперационного наблюдения составил от 6 месяцев до трех лет. Результаты оценивались на основании клинического, рентгенологического и функциональных методов исследования.

Результаты и их обсуждение. Возраст больных от 1 года 9 месяцев до 15 лет (средний возраст – 8,4 года). Мальчики составили 57%, девочки – 43% случаев. Малоинвазивные методики применены в лечении больных с переломами костей голени в 63% случаев и в 50% – при переломах бедренной кости. За последние годы в клинике изменился подход к лечению переломов длинных трубчатых костей в сторону расширения показаний к оперативному вмешательству. Данная тактика обоснована внедрением малоинвазивных технологий в детской травматологии, прежде всего интрамедуллярного остеосинтеза «напряженными» штифтами, что, в свою очередь, позволило отказаться от анатомической репозиции, жесткой фиксации и межфрагментарной компрессии отломков в пользу эластичной фиксации, допускающей микроподвижность костных отломков при соблюдении баланса между стабильностью и биологическими особенностями костной ткани у детей. Требования к применению малоинвазивного операционного лечения переломов у детей: теоретическое и практическое овладение операционной техникой, соответст-

нующее оборудование операционного зала и набор имплантов, полный и высококачественный набор инструментов. Показания к применению остеосинтеза эластичными стержнями: метафизарные, эпиметафизарные, диафизарные переломы длинных трубчатых костей, а также патологические переломы различных локализаций у детей всех возрастных групп. Противопоказания: нестабильные переломы, длинные косые и спиральные, оскольчатые переломы. Основные преимущества биологического остеосинтеза эластичными стержнями: простота выполнения операции, отсутствие повреждения росткового хряща без открытия зоны перелома, стабильное соединение отломков, что позволяет отказаться от наружной фиксации, дать раннюю нагрузку на конечность, сократить время пребывания ребенка в стационаре, а также малотравматичное удаление стержней через 6–8 месяцев, низкая цена имплантов и, в целом, меньшие затраты на лечение.

Выводы. Таким образом, малоинвазивный остеосинтез позволяет при отсутствии оперативного доступа к зоне перелома и сохранении ростковых зон поврежденных сегментов, добиться и сохранить репозицию, достичь консолидации при минимальном количестве послеоперационных осложнений. Использование данных методик позволяет сократить сроки госпитализации в два и более раз, так как не требуется дополнительной фиксации и значительно облегчает состояние больного в раннем периоде травматической болезни, что делает его методом хирургической реабилитации, позволяющим добиться сокращения сроков пребывания в стационаре и ранней социальной адаптации с положительным экономическим эффектом.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Кожевников О. В., Затона Д. Б., Рудаков С. С.

ФГУ «ЦИТО им. Н. Н. Приорова» Минздравсоцразвития России, г. Москва

В клинике детской ортопедии ФГУ ЦИТО за период с 1999 по 2010 гг. 45 пациентам в возрасте от 3 до 36 лет проводилась хирургическая коррекция воронкообразной деформации грудной клетки по модифицированной методике Саламаа-Палтия.

Отмечено, что у всех пациентов имеются деформации позвоночника. Чаще всего это сколиоз (84%), грудной кифоз (6%), реже другая патология (10%). В связи с этим, нами модифицирована схема обследования больных до и после хирургической коррекции деформаций. Помимо общепринятого исследования деформации и органов грудной клетки, дополнительно производилось исследование состояния позвоночника. Разработанная методика об-