

С. В. Сидоров

ЭЛАСТИЧНОСТАБИЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Отделение травматологии и медицины катастроф (руководитель – Л. Б. Пужицкий) НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Сергей Владимирович Сидоров, врач-травматолог-ортопед, ortng115@rambler.ru

В статье проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения переломов бедренной кости у детей младшей возрастной группы (до 7 лет). Проведено клиническое и инструментальное обследование 179 детей с переломами бедренной кости. Дана оценка результатов лечения при использовании эластичностабильного остеосинтеза. Проводились антропометрия и рентгенометрия конечностей с измерениями. На основании собранного клинического материала показана возможность широкого применения эластичностабильного остеосинтеза в детской практике при переломах диафиза бедренной кости в младшем возрасте.

Ключевые слова: перелом бедренной кости, эластичностабильный остеосинтез, металлоостеосинтез гибкими титановыми стержнями, интрамедуллярный остеосинтез, оперативное лечение переломов

Immediate and late results of the treatment of femoral fractures in 179 children under 7 years of age by ESIN osteosynthesis are analysed based on anthropometric and X-ray measurements of the legs. The available clinical observations suggest the possibility of wide application of ESIN osteosynthesis for the management of diaphyseal femoral fractures in young children.

Key words: femoral fracture, ESIN osteosynthesis, metallosynthesis using elastic titanium rods, intramedullary osteosynthesis, surgical treatment of bone fractures

У детей младшей возрастной группы (до 7 лет) в структуре повреждений опорно-двигательного аппарата переломы бедренной кости занимают до 15%. Абсолютное большинство таких повреждений относится к нестабильным, кроме того, выраженные смещения, как правило, не поддаются самокоррекции в процессе роста ребенка, что может привести к деформации конечности и нарушению биомеханики смежных суставов.

До последнего времени для лечения переломов бедренной кости большинство авторов использовали вытяжение по Шеде либо скелетное вытяжение с последующей фиксацией гипсовой повязкой. Кроме общеизвестных недостатков, трудностей ухода, этот метод сопряжен с длительным пребыванием больного в стационаре и длительным периодом восстановительного лечения.

Для лечения переломов бедренной кости у детей в последние годы широко применяется эластичностабильный остеосинтез, который лишен многих недостатков консервативной терапии за счет ранней вертикализации пациента, раннего начала восстановительного лечения и более быстрой реабилитации, что приводит к ранней социальной адаптации больного.

Многие авторы относятся настороженно к применению стабильного интрамедуллярного остеосинтеза гибкими стержнями у детей младшего возраста из-за относительно широкого костно-мозгового канала, что ведет к недостаточно жесткой фиксации при длинных косых переломах. В то же время, по утверждению Т. Ф. Слонго, у детей от 0 до 2 лет большинство переломов бедра являются стабильными, что не требует применения вытяжения и позволяет применять одноментную репозицию с гипсовой иммобилизацией.

Целью нашего исследования стала оценка эффективности и безопасности металлоостеосинтеза переломов бедренной кости у детей младшей возрастной группы.

Материалы и методы

С 1998 по 2009 г. на лечении в нашей клинике находилось 179 детей младшей возрастной группы (от 1 года до 7 лет) с переломами бедренной кости. Большинство (97%) больных были доставлены в сроки до 7 дней от момента получения травмы, у 3% имели место неправильно срастающиеся переломы.

Среди пострадавших преобладали мальчики (65%), наиболее часто (68%) отмечено повреждение левого бедра. По механизму травмы доминировал бытовой травматизм (92%).

По виду костной раны распределение было следующим: поперечные переломы имелись у 29%, косые – у 32%, винтообразные – у 23%, косо-поперечные – у 13%, оскольчатые – у 3%. У 91% больных перелом бедра носил нестабильный характер, у 9% ($n = 16$) с поперечными переломами дистального метафиза бедра переломы были относительно стабильными.

В подавляющем большинстве (98%) наблюдений переломы оказались закрытые. У 3 детей скелетная травма носила множественный характер, а у 24 сочеталась с черепно-мозговой травмой различной степени тяжести.

За указанный период интрамедуллярный металлоостеосинтез гибкими титановыми стержнями мы выполнили у 159 (89%) пациентов, чрескожный остеосинтез перекрещивающимися спицами – у 16 (9%) с переломами в области дистального метафиза бедренной кости, малоинвазивный металлоостеосинтез мостовидными блокированными пластинами – у 4 (2%) с оскольчатыми переломами диафиза бедренной кости.

Скелетное вытяжение применяли исключительно как метод иммобилизации на время, необходимое для подготовки к операции.

Техника эластичностабильного остеосинтеза хорошо известна и описана [1–3], однако следует подчеркнуть, что эластичные штифты – это не только имплантат, но и прежде всего удобный инструмент репозиции костных отломков, методика проведения фиксаторов оставляет интактными ростковые зоны.

Для создания большей эластичности и предохранения мягких тканей у 8 детей использовали концевые колпачки.

При изучении отдаленных результатов оценивали послеоперационные осложнения, сроки консолидации и восстановительного лечения.

Результаты и обсуждение

У всех детей достигнуты удовлетворительные результаты отломков и консолидация в возрастные сроки. Средний койко-день составил 10 дней после операции, что объясняется не столько медицинскими показаниями, сколько требованиями страховых компаний.

При использовании эластичностабильного остеосинтеза вертикализацию начинали на 4–6-е сутки, после стихания болевого синдрома дозированной осевой нагрузке – через 3–4 нед. Как правило, уже через 1–2 мес после операции дети ведут активный образ жизни, посещают детские учреждения, тогда как при консервативном лечении полное восстановление часто занимает до 3–6 мес.

Единственный отмеченный нами вид послеоперационных осложнений – перфорация кожи в области свободного конца фиксатора – у 3 (1,5%) пациентов был легко купирован укорочением фиксатора.

Удаление фиксаторов технически не вызывает сложности, выполняем его через 3–6 мес после металлосинтеза, в тот же день дети ходят с опорой на конечность, выписка из стационара в подавляющем большинстве случаев производится на следующий день.

Отдаленные результаты остеосинтеза гибкими стержнями изучили у 144 (80%) детей в сроки от 6 мес до 7 лет. У всех (100%) больных достигнуты хорошие результаты лечения: ходят без хромоты, жалоб не предъявляют, функция в смежных суставах полная. Для объективизации измерений мы использовали цифровую рентгенометрию – значительных из-

менений длины сегмента не наблюдали. У 5% детей отметили удлинение бедра на 1–2 см, что не сказалось на осанке, походке и, по нашему мнению, в будущем компенсируется.

Выводы

1. В подавляющем большинстве случаев переломы бедренной кости у детей младшего возраста являются нестабильными.

2. Эластичностабильный остеосинтез возможен при переломах бедренной кости в любом возрасте.

3. Методика позволяет сохранить репозицию отломков и достичь консолидации в возрастные сроки, без какой-либо внешней (дополнительной) иммобилизации.

4. Значительное облегчение раннего периода травматической болезни, периодов восстановительного лечения, ухода за больным и социальной адаптации, незначительное количество осложнений – все это позволяет рекомендовать применение эластичностабильного металлосинтеза для лечения переломов бедренной кости у детей младшей возрастной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Buechsenschuetz K. E., Meehlman C. T., Shaw F. J. et al. // J. Trauma. – 2002. – Vol. 53. – P. 914–921.
2. Flynn J. M., Hresko T., Reynolds R. A. K., Blasler D. // J. Pediatr. Orthop. – 2001. – Vol. 21. – P. 4–8.
3. Linhart W., Roposch A. // J. Trauma. – 1999. – P. 372–376.

Поступила 23.11.11

© Н. А. НАУМОЧКИНА, 2012

УДК 616.833.34-009.11-02:618.5

РОДОВОЙ ПАРАЛИЧ КЛЮМПКЕ.

СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ОН НА САМОМ ДЕЛЕ?

ФГУ Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г. И. Турнера Минздравсоцразвития России (дир. – д-р мед. наук, проф. А. Г. Баиндурашвили), Санкт-Петербург

Наталья Анатольевна Наумочкина, аспирант, nan79_spb@indox.ru

Паралич Эрба является самой распространенной родовой травмой с последующим тотальным повреждением плечевого сплетения. Распространение родового паралича Ключмке не известно. В данной статье мы изучили распространение паралича Ключмке в нашей группе из 110 пациентов с акушерским повреждением плечевого сплетения и определили, что коэффициент встречаемости этого типа паралича составляет 0,6% по данным, приводимым в англоязычной литературе за последние 10 лет.

Ключевые слова: дети, плечевое сплетение, паралич Эрба, паралич Ключмке, тотальный паралич

Erb's palsy is the commonest obstetric brachial plexus injury followed by total plexus palsy. The prevalence of Klumpke's birth palsy in modern obstetric practice is currently unknown. We studied a series of 110 consecutive cases of this condition. Based on the publications in the English language literature for the past 10 years its prevalence is 0.6%.

Key words: children, brachial plexus Erb's palsy, Klumpke's palsy, total palsy

Акушерские повреждения плечевого сплетения классифицируются на верхний, или проксимальный, тип (включающий повреждения верхних корешков плечевого сплетения C5, C6 и C7), нижний, или дистальный (повреждение нижних корешков плечевого сплетения C8 и Th1), и тотальный тип (повреждение всех корешков плечевого сплетения C5, C6, C7, C8,

Совсем недавно был установлен четвертый тип родового паралича – промежуточный, при котором происходит доминирующее поражение корешка C7 с вовлечением C8 и Th1 [28, 40, 44].

Наиболее распространен верхний тип родового повреждения плечевого сплетения – паралич Дюшенна–Эрба. У пациентов с этим типом повреждения страдает