

## МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ФУНКЦИОНАЛЬНО-СТАБИЛЬНЫЙ МЕТАЛЛОСИНТЕЗ У ДЕТЕЙ

Пужицкий Л.Б., Ратин Д.А., Никишов С.О., Басаргин Д.Ю., Сидоров С.В., Крикунов А.И., Воробьев Д.А.  
НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, г. Москва

При лечении переломов длинных костей в детском возрасте до последнего времени предпочтение отдавалось консервативным способам – гипсовой иммобилизации, скелетному вытяжению, реже аппаратам внешней фиксации. Однако сейчас появились новые функционально стабильные способы лечения переломов, современные антибиотики, более совершенные операционные; для визуализации повсеместно используются новые электронно-оптические преобразователи с узким пучком и малыми дозами излучения. Все это вместе взятое позволяет пересмотреть «консервативную концепцию» лечения переломов длинных трубчатых костей у детей.

Под малоинвазивными функционально-стабильными методами фиксации понимают не только и не столько косметичные интраоперационные доступы, сколько отсутствие оперативного доступа в зоне перелома, и в связи с этим отсутствие дополнительной травматизации мягких тканей и надкостницы в зоне перелома. Современные методики дают возможность добиться оптимальной репозиции и стабилизации отломков при отсутствии внешней иммобилизации или аппаратных конструкций, что позволяет начать раннее восстановительное лечение, способствует ранней активизации больного, позволяет избежать длительного вынужденного положения, значительно снижает время пребывания ребенка в стационаре, укорачивает период восстановительного лечения и т.д. Таким образом, речь идет о значительном улучшении качества жизни, как пациента, так и его родственников на всех этапах лечения.

Наиболее часто применяемым нами малоинвазивным способом лечения является закрытая репозиция с интрамедулярной фиксацией гибкими TEN-ами АО (286 больных).

Показания:

- диафизарные переломы бедренной кости у детей младшего возраста ( 2 – 8 лет), ( 3.2. А-1-3, В 1-3), переломов типа С в этой возрастной группе не наблюдали.

- переломы костей голени (4.2. А2,3, В2) у детей средней возрастной группы (7 – 12 лет).

- переломы диафиза плечевой кости (1.2.А1,2,3 В2) у детей средней и старшей возрастной группы (7- 15 лет).

- переломы проксимального отдела плечевой кости (1.1.А 1-3) у детей средней и старшей возрастной групп (7-15 лет), когда у ребенка имеется множественная или сочетанная травма. Только в этих случаях фиксаторы проводим через ростковую зону, однако каких-либо негативных последствий этого не наблюдали. Внешнюю иммобилизацию после выполнения остеосинтеза TEN-ами не применяли ни в одном наблюдении.

Пластины с угловой стабильностью (LCP) применены у 118 детей. Методика позволяет отказаться от скелетного вытяжения и наружной иммобилизации, исключает вторичное смещение.

Показания:

-косые оскольчатые, винтообразные переломы костей голени(4.2.А1,В1, 4.3.А.2) у детей старшей и средней возрастной группы, включая переломы дистальной метаэпифизарной зоны.

-косые оскольчатые, винтообразные переломы дистального отдела бедра (3.3.А2,3) у детей средней и старшей возрастной группы.

Интрамедулярные блокируемые гвозди (UFN, UTN, PFN) применены нами у 54 больных старшей возрастной группы (12 – 16 лет) в основном при поперечных переломах бедренной кости и костей голени. (3.2.А2.3, В2,3 4.2.А2,3 В2,3, С2).

Методика UFN и PFN предполагает травматизацию физарной зоны большого вертела бедра, однако негативных последствий этого не наблюдали.

При метэпифизиолизах дистального отдела большеберцовой кости применили отдельные компрессирующие винты без внешней иммобилизации, что позволило прецизионно восстановить суставную поверхность и избежать в дальнейшем развития контрактур. По данной методике прооперировано 58 больных в возрасте от 10 до 16 лет, осложнений не было.

У всех оперированных детей после удаления фиксаторов (3 – 14 месяцев) не отмечено деформаций, укорочения конечностей, посттравматических контрактур. Как правило, уже через 1 – 2 месяца после операции дети ведут активный образ жизни, посещают детские учреждения, школу, не хромают.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 1.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1.

11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.
13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.
14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.
15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.
16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 1.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.
20. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1.