

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ОБЕИХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ.

Крикунов А.И. Пужицкий Л.Б. Басаргин Д.Ю. Никишов С.О. Сидоров С.В.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва.

Переломы костей голени у детей являются одними из наиболее частых повреждений, составляют по нашим данным 19,8 % от всех госпитализированных с травмой детей костей нижних конечностей. Остается актуальным вопрос о методе фиксации перелома в зависимости от вида костной раны и возраста ребенка.

Целью исследования было улучшение результатов лечения диафизарных переломов костей голени у детей путем выбора оптимального метода репозиции и фиксации отломков, сокращения сроков восстановительного лечения и улучшения качества жизни пациентов на всех этапах лечения.

Выбор оптимального метода лечения детей с диафизарными переломами обеих костей голени определялся возрастом пациента, характером перелома, типом костной раны и показателями костной плотности в момент поступления.

В период 2006-2008 год на лечении находились 148 детей в возрасте от 3 до 17 лет с подобными переломами, из них 112 мальчиков и 38 девочек. Оценка минеральной плотности костной ткани проводилась на УЗИ денситометре Omnisense 7000P фирмы Sunlight Medical, с использованием норм Caucazian в первые 2-3 дня после поступления и после демонтажа фиксаторов или снятия фиксирующей гипсовой повязки.

По виду костной раны дети распределились следующим образом – наиболее часто отмечался поперечные и косо-поперечные переломы - 56, косой тип костной раны большеберцовой кости – 53 ребенка, оскольчатые переломы отмечены в 26 случаях, винтообразные в 15.

По данным УЗИ денситометрии у поступивших в стационар детей с переломами костей голени в остром периоде травмы не отмечено выраженного снижения костной плотности, что дало возможность использовать различные металлоконструкции.

Для лечения пациентов с подобными повреждениями использовали: LCP остеосинтез – 48 пациентов, закрытая репозиция гипсовая иммобилизация – 44 пациента, остеосинтез TEN – 23 пациента, UТNosteосинтез – 15 пациентов, аппараты наружной фиксации – 14 пациентов, спицы с дополнительной фиксацией гипсовой повязкой – 4 пациента. Скелетное вытяжение как основной метод лечения мы не применяли.

При сравнении сроков восстановительного лечения у детей с диафизарными переломами обеих костей голени в зависимости от выбранного метода лечения оказалось, что восстановительный период при использовании стабильно-функциональных методов фиксации значительно короче, чем при использовании гипсовой иммобилизации.

Отдаленные результаты изучены у 134 детей в сроки от 6 мес до 1,5 лет – у одного ребенка отмечено несращение перелома после гипсовой иммобилизации, в остальных случаях достигнута консолидация переломов, не отмечено нарушений роста поврежденной конечности или ограничений функции. Однако у детей лечившихся с использованием функционально-стабильных методов остеосинтеза. - в большинстве случаев (80 детей) минеральная плотность костной ткани снижалась незначительно и к 6 месяцу после операции возвращалась к исходным значениям – имевшимся до травмы, а 6 наблюдениях было отмечено заметное повышение минеральной плотности костной ткани травмированной конечности. При использовании гипсовой иммобилизации у всех детей отмечалась потеря минеральной плотности, вплоть до показателей характерных для остеопении, а в 5 наблюдениях и остеопороза.

Таким образом лечение детей с данными типами переломов требует дифференцированного подхода, однако использование методов малоинвазивного функционально стабильного остеосинтеза во многих случаях оказывается предпочтительнее.

УЗИ - денситометрия на дооперационном этапе позволяет в зависимости от показателей костной плотности, решить вопрос выбора оптимального метода хирургического лечения, а восстановление минеральной плотности кости до уровня неповрежденной конечности позволяет судить о полном физиологическом восстановлении и окончании лечения.

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.