

## ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ОБЛАСТИ «ПИЛОНА» У ДЕТЕЙ

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

Нами были проанализированы результаты лечения 207 больных с переломами области пилонна находившихся на лечении в НИИ НДХиТ в период с 2000 по 2003г. В большинстве случаев это были дети старшей возрастной группы (11 - 14 лет). Больные поступали в острый период травмы от 2-х до 24 часов. По механизму в основном превалировала уличная и спортивная травма. При поступлении всем детям проводили стандартный план обследования, включающий сбор анамнестических данных, клинический осмотр, лабораторные исследования крови и мочи, рентгенографию поврежденной конечности в стандартных проекциях. По характеру смещения переломы дистального отдела большеберцовой кости мы разделили на два основных вида: I – типичное смещение, когда дистальный отломок большеберцовой кости смещен кзади; II – атипичное смещение – дистальный отломок смещен кпереди и кнаружи.

Репозицию выполняли в первые часы после госпитализации больного в отделение. Для лечения подобных повреждений использовали 3 основных метода:

1 – закрытая репозиция, гипсовая иммобилизация до верхней трети бедра- 180 больных (87%);

2 – закрытая репозиция, чрезкожный металлоостеосинтез синтез перекрещивающимися спицами Бека с гипсовой иммобилизацией до верхней трети голени - 25 чел – (12%);

3 – закрытая репозиция с иммобилизацией поврежденной конечности в аппарате Илизарова (2 больных).

Анализируя катамнестические данные отдаленного послеоперационного периода (3 – 5 лет) у 13,5% детей выявили жалобы на боль при длительных физических нагрузках, отечность мягких тканей усиливающиеся к вечеру, нестабильность в области голеностопного сустава, метеозависимость, а у детей 4 - удлинение конечности на 1 – 3 см..

С появлением в медицинской практике современных методов исследования, в алгоритм обследования детей с переломами области пилонна в обязательном порядке мы включили компьютерную томографию (КТ) голеностопного сустава, что позволило более детально изучить степень повреждения суставной поверхности большеберцовой кости, дистального межберцового сочленения, выявить дополнительные линии перелома, степень смещения и положение отломков. Оказалось, что если до применения КТ подобные повреждения в подавляющем большинстве случаев (92%) были отнесены к I и II типу по классификации Salter R.B., Harris W.R., 1963 г. т.е. относились к околосуставным переломам, то после применения КТ тип перелома у подавляющего большинства больных (63%) был 3 типа, т.е. внутрисуставным, что требует несколько другого подхода в тактике лечения. Анализируя данные КТ после выполнения ручной репозиции с последующей гипсовой иммобилизацией или после металлоостеосинтеза спицами Бека выяснили - у больных отсутствует необходимая межфрагментарная компрессия, следовательно сохраняется диастаз между костными фрагментами, что приводит к нарушению конгруэнтности суставных поверхностей.

Начиная с 2007 г при лечении переломов области пилонна с целью достижения принципов АО для внутрисуставных переломов (максимально анатомичной репозиции, межфрагментарная компрессия) в нашем отделении начато применение малоинвазивного металлоостеосинтеза компрессирующими винтами. Основываясь на результатах КТ мы определяли дальнейшую тактику лечения в зависимости от степени и вида смещения костных фрагментов:

- переломы I и II типа (Salter R.B., Harris W.R.), с типичным смещением и диастазом между костными фрагментами до 2 мм - больному показано консервативное лечение, т.е. закрытая ручная репозиция, гипсовая иммобилизация.

- переломы I и II типа с атипичным смещением показан чрезкожный остеосинтез перекрещивающимися спицами Бека с гипсовой иммобилизацией.

- переломы III и IV типа, либо при диастазе от 2мм и более – показана закрытая ручная репозиция, малоинвазивный металлоостеосинтез компрессирующими винтами.

Только при неудаче малоинвазивного остеосинтеза показана открытая репозиция. Предложенная тактика позволила не только улучшить результаты лечения детей с переломами области пилонна но и повысить качество жизни пациента и его родственников на всех этапах 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.