

ПАТОЛОГІЧНІ ПЕРЕЛОМИ ТА ВІСЬОВІ ДЕФОРМАЦІЇ В ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ: ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ

Гук Ю.М., Олійник Ю.В., Зима А.М.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМНУ», м. Київ, Україна

Вступ. Патологічні переломи та деформації довгих кісток кінцівок при фіброзній дисплазії (ФД) у дітей та підлітків зустрічаються в 50% - 80% хворих, що значно ускладнює перебіг захворювання, призводить до значного порушення функції кінцівки та соціальної дезадаптації хворих.

При лікуванні патологічних переломів та вісьових деформацій при ФД застосовують різні хірургічні методики із використанням стержней (Богданова, Ендера, ЦИ-ТО), пластин та апаратів зовнішньої фіксації. Проте, значна кількість незадовільних результатів хірургічного лікування, а саме: міграція металоконструкцій, рецидив патологічних переломів, деформації кісток спонукало нас до визначення оптимальної методики лікування даного контингенту хворих.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилось 33 пацієнта (16 хлопчиків та 17 дівчаток) з патологічними переломами кісток кінцівок та деформаціями. Вік хворих становив від 5 до 18 років. З моноосальною формою - 19 хворих, з поліосальною – 14. Загальна кількість переломів у пацієнтів – 64.

При хірургічному лікуванні патологічних переломів та вісьових деформацій довгих кісток кінцівок застосовували накістковий остеосинтез пластинами в 17 хворих на 20 сегментах (стегнова кістка - 15, в/гомілкова кістка - 5) та інтрамедулярний остеосинтез блокованими стержнями в 22 хворого на 30 сегментах (стегнова кістка - 19, в/гомілкова кістка - 9, плечова кістка – 2). Профілактичний остеосинтез методикою БІОС (при загрозі патологічного перелому) виконаний у 6 хворих на 8 сегментах (стегнова кістка - 7, в/гомілкова кістка - 1), лікувальний у 16 хворих на 22 сегментах (стегнова кістка - 12, в/гомілкова кістка – 8, плечова кістка – 2).

Результати та обговорення. Показаннями до профілактичного металоостеосинтезу було порушення цілісності кортикального шару кістки чи значне його витончення без вісьової деформації, до лікувального – патологічний перелом чи існуюча деформація.

Результати хірургічного лікування наступні: консолидація відбулася в усіх хворих у відповідні терміни при моноосальній формі та була сповільнена при поліосальній формі захворювання. Відмічено більш швидке відновлення функції опори, ходьби та самообслуговування у хворих, які оперовані за методикою БІОС, що пояснюється можливістю раннього навантаження кінцівки та відсутністю зовнішньої іммобілізації. Серед ускладнень: міграцію металоконструкції при накістковому остеосинтезі виявлено в 7 хворих (7 стегон), що привело до рецидиву деформації та необхідності реостеосинтезу, який виконаний з заміною методу на БІОС у 4 хворих (4 стегна). При БІОС у 2 хворих відмічена міграція блокуючих реконструктивних гвинтів, у 1 – рецидив варусної деформації шийки стегна при прогресуванні осередку ФД на рівні шийки, що потребувало повторної хірургічної корекції. При невчасній динамізації металоконструкції в 3 хворих (5 стегон) спостерігалось збільшення в об'ємі осередків ФД по типу «кістоутворення».



Висновки. Методика БІОС є методом вибору при лікуванні та профілактиці патологічних переломів та вісєвих деформацій кінцівки при фіброзній дисплазії. Вчасна динамізація стержнів на нижніх кінцівках дає змогу оптимізувати процеси репаративного остеогенезу в осередках диспластичної тканини та попередити дистрофічні процеси у вигляді кістоутворення.

ОСОБЛИВОСТІ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ В ДІТЕЙ

Дубас В.І. Кузь У.В.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра травматології та ортопедії*

Актуальність теми. За даними різних авторів переломи п'яtkової кістки в дітей складають до 2% від усіх переломів опорно-рухового апарату. У більшості випадків, це високоенергійна травма, пов'язана з падінням з висоти, часто поєднується з компресійним переломом тіл хребців. Згідно протоколу надання допомоги дітям (наказ №521) оперативному лікуванню підлягають переломи п'яtkової кістки при неможливості репозиції відламків, відкриті переломи та пошкодження судинно-нервового пучка в цій ділянці. Для фіксації пропонуються шпиці Кіршнера, пластини та апарати зовнішньої фіксації. На нашу думку, успіх остеосинтезу п'яtkової кістки в дітей залежить від правильного анатомічного співставлення відламків п'яtkової кістки для відновлення біомеханіки ходьби та обов'язкового врахування вікових особливостей росту даної кістки в дітей. Тому ми у випадку складних багатовідламкових переломів п'яtkової кістки в дітей пропонуємо методику відкритого остеосинтезу з фіксацією відламків, як спонгіозними шурупами, так і оригінальною конструкцією на базі шпиці Кіршнера – індивідуально виготовленою скобою.

Мета: вивчити особливості остеосинтезу переломів п'яtkової кістки у дітей за допомогою шурупів і скоб та проаналізувати результати лікування.

Матеріал та методи. За період 2012-2014рр. у травматологічному відділенні ОД-КЛ проліковано троє хворих з багатовідламковим переломом п'яtkової кістки (73-C2 по АО), яким для лікування використана методика відкритого остеосинтезу з фіксацією відламків, як спонгіозними шурупами, так і індивідуально виготовленою скобою. У всіх наступила консолидація місця перелому в термін 2-2,5міс. та повне відновлення функції стопи.

Висновок: оперативне лікування багатовідламкових переломів п'яtkової кістки в дітей методом відкритого остеосинтезу з фіксацією відламків, як спонгіозними шурупами, так і індивідуально виготовленою скобою дозволяє надійно фіксувати відламки з відновленням анатомії стопи. Оперативне втручання малоінвазивне відносно до зон росту п'яtkової кістки і забезпечило добрі результати лікування.