

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЛАСТИКИ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ У ДЕТЕЙ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОСТЕЙ

Хапалова В.Ю., Пупышев Н.Н., Лапин А.А., Куракина Т.В., Борисов С.А.

Областная детская клиническая больница, Екатеринбург, Россия

**Обоснование.** К приоритетным направлениям современной травматологии, ортопедии и онкологии относится проблема замещения костных дефектов. В детской ортопедии замещение костных дефектов требуется при костно-пластических операциях по поводу доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний костей.

**Цель:** оценить эффективность аугментации костных дефектов у детей с доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями при костно-пластических операциях.

**Методы.** Проведен анализ оперативного лечения 142 детей, пролеченных в клинике за период с 2018 по 2021 г. Возраст пациентов составил от 1,5 до 17 лет. 52 % мальчиков, 48 % девочек. Среди них у 108 (76 %) детей имелись доброкачественные опухолеподобные заболевания костей, у 42 (23,3 %) — костные кисты. Один ребенок оперирован по поводу патологического перелома в области костной опухоли. Диагностика носила комплексный характер, включала данные клинической картины, рентгенологического обследования. По показаниям для детальной оценки топографо-анатомических взаимоотношений выполнялись КТ и МРТ. Всем детям проводился лабораторный и функциональный контроль показателей основных органов и систем.

**Результаты.** При лечении детей выполнялись реконструктивно-пластические операции: краевая интраоссальная — 97 (68 %), костно-пластическая интраоссальная — 38 (27 %) резекция пораженного сегмента кости в пределах здоровой костной ткани, чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез — 7 (5 %) с костной аутопластикой. Всем пациентам проводился рентген-контроль ЭОП во время операции. Выбор материала и его формы для замещения дефекта зависел от клинко-морфологической и рентгенологической картины, локализации и размеров процесса, физико-химических характеристик материала. Иммобилизация конечностей проводилась наружными и внутренними фиксирующими устройствами. Аугментация дефектов проводилась остеозамещающими материалами: аллотрансплантатом («Лиопласт») — 14 (10 %), синтетическим  $\beta$ -ТСР ReproBone — 23 (16 %), ChronOS — 16 (11 %), комбинированная пластика — 89 (63 %). В качестве дополнительного материала использовался коллаген — 70 (49 %). Послеоперационных осложнений не отмечалось. Всем пациентам проводилось гистологическое исследование операционного материала. Критерием определения сроков иммобилизации являлась рентгенологическая оценка процесса перестройки костных трансплантатов. В качестве реабилитации назначалась лечебная физкультура. Прочностные характеристики кости восстанавливались к концу 2–3-го месяца после операции. Полная перестройка трансплантата — через 16–24 мес. При отслеживании отдаленных результатов в течение 3 лет рецидивов опухоли не отмечалось. Отставания пораженной конечности в росте после оперативных вмешательств не отмечалось. Достоверных отличий в сроках перестройки различных материалов не выявлено. Системного влияния остеозамещающих материалов на организм ребенка не отмечено.

**Заключение.** Современные материалы для аугментации костных дефектов позволяют успешно проводить оперативное лечение детям с опухолями и опухолеподобными заболеваниями костей. Остеоиндуктивные и остеокондуктивные свойства современных материалов обладают характеристиками, максимально приближенными к человеческой кости.

**Ключевые слова:** костные опухоли; дети; оперативное лечение.