

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА

Дорохин А.И.¹, Литвина Е.А.², Солод Э.И.¹, Самбатов Б.Г.³,
Курышев Д.А.^{1,3}, Аганесов Н.А.¹

¹ Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва, Россия;

² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

³ Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Москва, Россия

Актуальность. Переломы костей таза у детей составляют до 1 % всех повреждений скелета. До 90 % этих повреждений лечатся консервативно. Основные методы лечения: положение «лягушки» или скелетное вытяжение. По данным статистики России число детей с повреждениями таза увеличивается. Переломы со смещениями костных отломков формируют деформации таза и приводят к инвалидности. Операции на тазе у детей начинают шире использоваться.

Цель: определить показания к применению различных методов лечения у детей с переломами костей таза.

Материалы и методы. В ФГБУ НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова и ДГКБ им. Башляевой в последние 10 лет проходили лечение 118 пациентов с различными повреждениями костей таза.

При обследовании данных пациентов проводилось рентгеновское и КТ-исследования.

Нами выделялись следующие виды переломов костей таза у детей по классификации, предложенной А.В. Капланом:

- отрывные переломы костей;
- переломы одной кости, без нарушения непрерывности тазового кольца;
- переломы с нарушением тазового кольца на одном уровне;
- переломы с нарушением целостности заднего и переднего полукольца таза;
- переломы костей таза с повреждением вертлужной впадины.

На основании проведенных наблюдений нами была рекомендована следующая тактика. Отрывные переломы лечились консервативно в положении «лягушки». При активных занятиях спортом детям старшего возраста и при неврологической симптоматике со стороны седалищного нерва при отрывах седалищного бугра может быть осуществлена операция открытой репозиции. Переломы костей таза без нарушения целостности тазового кольца или при нарушениях только переднего или заднего полукольца лечились консервативно по Волковичу.

При повреждениях типа Мальгенья на ранних этапах производилась репозиция костных отломков тазового кольца с устранением смещения половин таза по длине, что нужно сделать максимально в ранние сроки. В поздние сроки происходит консолидация отломков в положении смещения, закрытая репозиция становится невозможной, а открытая опасной.

Результаты. У детей после выполнения закрытой репозиции костных отломков достаточно стабилизировать только переднее или заднее полукольцо таза. В большинстве случаев мы фиксировали переднее полукольцо таза стержневым аппаратом МКЦ. Возможен погружной остеосинтез. В связи с увеличением детского возраста до 18 лет лечение детей с закрытыми зонами роста на первых этапах проводили методом чрескостного остеосинтеза с последующей конверсией на погружной остеосинтез. В том числе с проведением илео-люмбальной фиксации.

При переломах вертлужной впадины без смещения рекомендуется ведение скелетным вытяжением или наложением аппарата внешней фиксации на таз и бедро. В случаях, грубых нарушений целостности вертлужной впадины с вывихом бедра, требуется устранение вывиха с реконструкцией вертлужной впадины. Разгрузка поврежденного ТБС требуется на протяжении 6–9 мес. от момента

травмы. Проведенное по данному алгоритму лечение позволило получить в большинстве случаев положительные результаты.

Заключение. В группе пациентов с повреждениями вертлужной впадины не во всех случаях были достигнуты удовлетворительные результаты, что свидетельствует о нерешенности проблемы.

Ключевые слова: травматология; переломы костей таза; дети.