

## ЛІКУВАННЯ МНОЖИННИХ І ПОЄДНАНИХ УШКОДЖЕНЬ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

*Я.С.Лезвінський,  
В.В.Векліч, А.В.Шумицький*

**ДУ «Інститут травматології та ортопедії АМН України»,  
Київський медичний університет УАНМ  
Київ, Україна**

Проведено наукове клінічне дослідження 36549 дітей і підлітків з різними ураженнями опорно-рухового апарату. У 2376 (6,5%) потерпілих травми були множинні, у 1206 (3,3%) — поєднані. Хворі з множинними і поєднаними ушкодженнями госпіталізувались у відділення реанімації та інтенсивної терапії. На фоні протишокових заходів і інтенсивної терапії проводилась діагностика.

Після виведення хворого з шоку, стабілізації життєво важливих функцій виконували оперативне втручання з приводу тих ушкоджень, які несуть загрозу життю дитини: черепно-мозкові травми, пошкодження внутрішніх органів. Паралельно проводились заходи з приводу травми опорно-рухового апарату: ПХО рани, вправлення вивиху, репозиція відламків, скелетне витягування. Відносно оперативного лікування переломів тактика була наступною: при стабільному стані хворих виконували остаточну репозицію й остеосинтез відламків малоінвазивними методами, під контролем ЕОП — фіксація спицями, черезкістковий остеосинтез. У протилежному випадку операцію виконували в плановому порядку. Оперативний метод лікування переломів застосовувався у 1540 (43%) хворих.

Зупинимося на особливостях малоінвазивного остеосинтезу залежно від локалізації. Остеосинтез ключиці виконували через невеликий розріз над переломом ретроградно за допомогою спиці або стрижня Богданова при вивихах, переломах-вивихах, стернального та акроміального кінця ключиці остеосинтез проводили капровими черезкістковими швами і спицями. При епіфізеолізі голівки плечової кістки, переломах хірургічної шийки, надвиросткових

і черезвиросткових переломах голівчастого підвищення та блоку остеосинтез виконували спицями Х-подібно. Остеосинтез голівки променевої кістки виконували трансартикулярно через голівчасте підвищення. Малі фрагменти надвиростків і ліктьового відростка фіксували спицями, великі — металевими шурупами.

Остеосинтез діафіза кісток передпліччя виконували спицями, для цього спиці проводили через дистальний відламок до рівня перелому з перфорацією шкіри в ділянці задньої поверхні променевоzap'ястного суглоба при максимально зігнутій кисті. Відламки співставляли і ретроградно синтезували.

При епіфізеолізі голівки та переломі шийки стегнової кістки під контролем ЕОП виконували закриту репозицію, остеосинтез пучком спиць або гвинтом. Епіфізеоліз дистального епіфіза і переломи виростків стегна, Т-, У-подібні переломи синтезували Х-подібно спицями або гвинтами.

Остеосинтез міжвиросткового підвищення великогомілкової кістки виконували капроною ниткою, проведеною через медіальний виросток за допомогою великої голки і гачка. При переломах виростків з порушенням конгруентності, медіальної і латеральної кісточок фіксацію проводили спицями або шурупами.

При пошкодженні зв'язок колінного суглоба виконували відкрите відновлення за допомогою лавсанових, капронових швів. При пошкодженні менісків, хворобі Гоффа за допомогою артроскопа проводили меніскектомію, резекцію криловидної складки.

При переломах таза без пошкодження тазового кільця остеосинтез виконували черезкістковими швами або спицями. Розрив лобкового синдесмозу відновлювали за допомогою черезкісткових швів, спиць, рідко — пластин.

При косих, гвинтоподібних переломах діафіза плеча, стегна, кісток гомілки під контролем ЕОП виконували закриту репозицію відламків, діафіксацію спицями перпендикулярно до площини перелому. Для остеосинтезу переломів кісток кисті і ступні використовували тонкі спиці та ін'єкційні голки.

У післяопераційному періоді проводили імобілізацію за допомогою гіпсової пов'язки.

При стабільно-функціональному остеосинтезі шурупами, гвинтами, пластинами АО, блокуючими металополімерними, металевими фіксаторами, черезкістковими апаратами додаткова імобілізація не застосовувалась.

Для профілактики розвитку кістково-гнійних ускладнень при тяжких відкритих переломах у післяопераційному періоді застосовувалась розроблена нами комплексна патогенетично обґрунтована профілактика та раннє лікування травматичного остеомієліту.

Таким чином, при лікуванні множинних і поєднаних ушкоджень опорно-рухового апарату у дітей і підлітків застосовувались в основному малоінвазивні методи, що дозволило отримати позивні результати у 98,8% випадків.