

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ВГО «Українська асоціація ортопедів-травматологів»
ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
XVII З'ЇЗДУ ОРТОПЕДІВ-ТРАВМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ

Київ, 5 – 7 жовтня 2016

ВИБІР СПОСОБУ РЕЗЕКЦІЇ ТА КІСТКОВОЇ ПЛАСТИКИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН ТА ПУХЛИНОПОДІБНИХ УРАЖЕНЬ КІСТОК У ДІТЕЙ

Дігтяр В.А., Зацепін О.В., Камінська М.О., Мохов О.І.

КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР», м. Дніпр Україна

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпр Україна

Хірургічне лікування доброякісних пухлин і пухлиноподібних уражень кісток у дітей складається з двох основних етапів: перший – резекція патологічного осередку в межах здорових тканин; другий – заміщення дефекту, що утворився після резекції пухлини, кістковопластичним матеріалом. Вибір способу резекції кістки визначався характером пухлини, ступенем руйнування кісткової тканини і локалізацією патологічного осередку в кістці. Нами доповнена та застосовується у практиці наступна класифікація різних за обсягом оперативних втручань при доброякісних пухлинах і пухлиноподібних ураженнях кістки: Пристінкова резекція кістки; Крайова резекція кістки; Внутрішньоосередкова резекція кістки; Часткова резекція кістки; Сегментарна резекція кістки. При пристінковій резекції кістки виконувалось видалення кісткового новоутворення, що має екзофітне зростання. При крайовій резекції кістки пухлина видалялася в межах однієї з кортикальних стінок до губчастої речовини. Досвід показує, що після пристінкової і крайової резекції, коли уражується 1/4 – 1/3 поперечного обсягу кістки, зазвичай немає необхідності заповнення дефекту, що утворився, кістковопластичним матеріалом. Кістка регенерує самостійно. При внутрішньоосередковій і частковій резекції кістки патологічно змінена пухлиною ділянка кортикального і губчастого шару видаляється аж до протилежного кортикального шару. При сегментарній резекції уражений метадіфізарний відділ кістки вилучається єдиним блоком, по можливості із збереженням епіфізу. При внутрішньоосередковій, частковій і сегментарній резекції кістки виникала необхідність в заміщенні дефектів, що утворилися, кістковопластичним матеріалом. Як кістковопластичний матеріал використовували кісткові біоімплантати Туттопласт різних форм випуску.¹ За останні 10 років на хірургічному лікуванні в клініці перебувало 161 пацієнтів у віці від 1 до 17 років з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними ураженнями кісток різної локалізації. При видаленні пухлинного процесу нами переважно застосовувалася часткова резекція кістки – в 121 випадках (75,2 %). У 36 випадках (22,3 %) виконувалась внутрішньоосередкова резекція кістки, у 4 випадках – сегментарна резекція. Подальші результати вивчені у всіх пролікованих дітей в терміні від 1 до 6 років. Із 161 хворих незадовільні результати отримано у чотирьох

випадках, в тому числі у трьох випадках відмічено перелом регенерату на етапі лікування, в іншому випадку відмічено серйозне ускладнення – рецидив пухлини через 1 рік після операції. Результати вважали добрими, якщо у віддаленому періоді після оперативного лікування були відсутні будь-які скарги при повному збереженні форми і функції сегмента, а рентгенологічно відзначалася відсутність рецидиву і повна функціональна перебудова кістки (121 хворих-75,2%). Результат лікування визнавався задовільним у випадку, коли відзначалося укорочення оперованого сегмента не більше 2 см з повним збереженням опорної і рухової функцій, наявність дрібних, залишкових порожнин у зоні операції діаметром до 1,0 см, що пов'язано з неповним заповненням кісткового дефекту імплантатами, що привело до нерівномірного формування кісткового регенерату, утворенню дрібних залишкових порожнин кістки (36 хворих – 22,4%). До незадовільних результатів відносили рецидив новоутворення, наявність значних укорочень (більш 5 см) чи перелом кісткового регенерату (4 хворих-2,4%). Таким чином диференційовано раціональній підхід до вибору обсягу резекції ураження кістки та оптимальні методи кісткової пластики дозволяє покращити результати хірургічного лікування пухлин та пухлиноподібних уражень кісток у дітей.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТА СІРДАЛУД У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СПАСТИЧНИМИ ФОРМАМИ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

Секер Т.М., Юрик О.Є.

ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України", м. Київ, Україна

Мета: визначити покази для призначення препарату сірдалуд (Tizanidine) у дітей з дитячим церебральним паралічем.

Матеріали та методи: було оглянуто та проліковано 350 пацієнтів зі спастичними формами дитячого церебрального паралічу. Вік пацієнтів – до 18 років. Відмічали наступні форми дитячого церебрального паралічу: нижній спастичний парапарез – 140, спастичний геміпарез – 63 та спастичний тетрапарез – 147 дітей. Ступінь підвищення м'язового тонусу оцінювали за шкалі Ашфордса від 0 до 4 балів. При підвищенні м'язового тонусу до 1 балу 65 дітей отримували курси консервативного лікування (розслаблюючий масаж, парафінові чобітки та лікувальна фізкультура) та 285 дітей – прооперовані (м'язовий тонус був підвищений до 3 – 4 балів). Всі діти під час лікування отримували препарат сірдалуд.

Результати: 350 дітей зі спастичним церебральним паралічем отримували під час лікування препарат сірдалуд. 65 дітей отримували препарат за 30 хвилин до масажу на протязі 20 днів, 1 раз на добу. 285 дітей отримували препарат 5 – 7 днів до оперативного лікування та 20 – 30 днів

оперативного лікування
18 років – 2 мг на прийом
в вічі). Препарат оказує
Висновки: препарат
церебральним паралічем
системи під час консерв

ВИКОРИСТАННЯ ШІ І СПАСТИЧНИМ

Гош

ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України", м. Київ, Україна

Мета: визначити покази для призначення препарату сірдалуд (Tizanidine) у дітей з дитячим церебральним паралічем.
Матеріали та методи: було оглянуто та проліковано 350 пацієнтів зі спастичними формами дитячого церебрального паралічу. Вік пацієнтів – до 18 років. Відмічали наступні форми дитячого церебрального паралічу: нижній спастичний парапарез – 140, спастичний геміпарез – 63 та спастичний тетрапарез – 147 дітей. Ступінь підвищення м'язового тонусу оцінювали за шкалі Ашфордса від 0 до 4 балів. При підвищенні м'язового тонусу до 1 балу 65 дітей отримували курси консервативного лікування (розслаблюючий масаж, парафінові чобітки та лікувальна фізкультура) та 285 дітей – прооперовані (м'язовий тонус був підвищений до 3 – 4 балів). Всі діти під час лікування отримували препарат сірдалуд.

Результати: 350 дітей зі спастичним церебральним паралічем отримували під час лікування препарат сірдалуд. 65 дітей отримували препарат за 30 хвилин до масажу на протязі 20 днів, 1 раз на добу. 285 дітей отримували препарат 5 – 7 днів до оперативного лікування та 20 – 30 днів

Результати: всі діти отримували курси консервативного лікування. Ашфордса призводило до ступневих спазмів. Курси розслаблюючого лікування було проведено окремо для дітей з нижніми формами паралічу. Висновки: оцінку ефективності лікування препаратом сірдалуд у дітей старше 3 років можна вважати позитивною.