

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ И ПРОФИЛАКТИКА ИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Забаровский А.В.¹, Деменцов А.Б.¹, Титова А.Д.,² Довгалевиц И.И.²

¹УЗ «6-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь

²УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Актуальность. Переломы диафиза бедра у детей относятся к тяжелым травмам, нуждающихся как в эффективных методах лечения, так и в адекватной реабилитации. По данным современной литературы частота переломов диафиза бедра составляет 25% от всех переломов длинных трубчатых костей, при этом от всех переломов бедренной кости – 60%. Лечение таких переломов осуществляется как консервативным, так и оперативным путем. В зависимости от тяжести травмы пациенты часто нуждаются в назначении антибиотиков.

Цель. Оценка эффективности оперативного и консервативного методов лечения переломов диафиза бедра у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и отдаленных результатов лечения 31 пациента в период с 01.01.2017 по 30.10.2020 с диагнозом «Перелом диафиза бедра (код по МКБ S72.3)». Все пациенты обращались за экстренной помощью в УЗ «6-я ГКБ» г.Минска. Высокоэнергетическая травма отмечена у 5 человек (16,1%) от общего количества пострадавших. Среди пациентов было 22 мальчика и 9 девочек в возрасте от 6 до 16 лет. Сформированы две группы пациентов. Первая группа проведенного хирургического лечения: 10 пациентов (32.25%). Вторая группа лечилась при помощи системы скелетного вытяжения с последующей иммобилизацией гипсовой повязкой: 21 пациент (67.75%).

Группы по основным параметрам статистически сравнимы. Анализ осуществлен методами описательной статистики в программе Microsoft Excel 2016.

Результаты. Проведена сравнительная характеристика количественных и качественных факторов оценки эффективности лечения. У первой группы пациентов учитывался период, включающий оперативное лечение, удаление имплантата после консолидации перелома, последующую реабилитацию в стационаре. Во второй группе пациентов с методом скелетного вытяжения – периоды непосредственно вытяжения и последующей реабилитации в условиях стационара. Средняя длительность пребывания прооперированных пациентов в детском отделении стационара была достоверно ниже ($p < 0,001$), чем у пациентов, пролеченных при помощи системы скелетного вытяжения с последующей иммобилизацией гипсовой повязкой и составила 25,27 и 49,04 койко-дней соответственно. У 50% пациентов наблюдались в месте проведения

спицы из-за длительного её нахождения локальные воспалительные процессы в виде покраснения кожи, серозного отделяемого, что потребовало дополнительных перевязок или преждевременного демонтажа скелетного вытяжения. Пациенты, прооперированные с использованием металлоконструкции «титановый эластический стержень» (TEN) не нуждались в последующей гипсовой иммобилизации. В группе прооперированных пациентов применялся антибиотик цефазолин как в предоперационной подготовке (согласно протокола МЗРБ), так и в послеоперационном периоде. Средняя длительность курса составила 4 дня, дозировка рассчитывалась согласно массы тела ребенка. В группе пациентов, пролеченных скелетным вытяжением, антибиотики не применялись. Независимо от выбранного метода лечения гнойных осложнений не отмечались. Отдаленные клинические и рентгенологические результаты в двух группах были схожие, но исходя из усредненных расчетов, оперативный метод лечения экономически эффективнее и на каждом пациенте эта разница составила около 700 у.е.

Выводы. Оперативный метод лечения с использованием TEN позволяет применять индивидуализированный подход к лечению пациентов детского возраста с переломами диафиза бедра, существенно сокращает время их пребывания в стационаре, ускоряет наступление реабилитационного периода и повышает качество их жизни.

Хотя оперативное лечение и требует дорогостоящего оборудования, отличается повышенной сложностью, требует высокоспециализированную подготовку кадров, такой метод с применением TEN имеет выраженный положительный экономический эффект по сравнению с методом скелетного вытяжения за счет значительного сокращения сроков пребывания пациентов в стационаре.

В связи с всеобщим ростом антибиотикорезистентности возможно со временем требуется оптимизировать использование антибиотикотерапии, в частности – пересмотреть подход к ведению оперированных пациентов в послеоперационном периоде.