

Выбор оперативного вмешательства при костных кистах у детей

Симпозиум по проблемам тканевых банков с международным участием.

Сборник тезисов

Биоимплантология на пороге XXI века (стр. 83)

Наиболее часто дистрофические костные кисты у детей локализируются в метадиафизарных сегментах длинных трубчатых костей, что является прямым показанием к хирургическому лечению. Оно осуществлено нами за последние 10 лет 64 пациентам. Среди них было 47 мальчиков и 17 девочек в возрасте от 5 до 14 лет. По локализации: плечевая кость - у 25, бедренная - у 14, большая берцовая - у 19, малая берцовая - у 6 пациентов.

Предпочтение отдавали внутриочаговой резекции пораженного участка кости с замещением дефекта аллотрансплантатами. В качестве пластического материала широко использовали брeфоостеоматрикс и деминерализованную костную ткань /ДКТ/, а так же лиофилизированную минералосодержащую костную ткань в сочетании с брeфоостеоматриksom. Материалы изготовлялись на базе отделения консервации ЦНИЛ СамГМУ.

У всех пациентов после остеопластики получено первичное заживление ран. Малигнизации не отмечено ни в одном случае. Сроки наблюдения от 2 до 10 лет после операции. Осложнения были только у двух пациентов: одного из них имел место рецидив костной кисты, у другого, грубо нарушившего наши рекомендации, произошел патологический перелом большеберцовой кости на уровне внутриочаговой резекции.

Использование щадящего метода оперативного вмешательства -внутриочаговой резекции с замещением дефекта алломатериалом позволило получить в абсолютном числе клинических наблюдений отличные анатомо-рентгенологические показатели, полную перестройку костной структуры с формированием костномозгового канала к 5-6 месяцам после операции. Процессы синостозирования у этих детей шли в обычные возрастные сроки. Анатомическая и функциональная длина по сравнению со здоровой конечностью не изменялись. Движения были сохранены в полном объеме.

В.Ф. Куксов

ГБ №1 им. Н.И. Пирогова, Самара, Россия.