

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ ПЕРЕБУДОВИ ВАСКУЛЯРИЗОВАНОГО ТРАНСПЛАНТАТА МАЛОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ ПРИ ЗАМІЩЕННІ СЕГМЕНТАРНИХ ДЕФЕКТІВ ДІАФІЗІВ КІСТОК КІНЦІВОК.

Страфун С.С., Курінний І.М., Страфун О.С., Долгополов О.В.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» м. Київ.

Сегментарні дефекти довгих кісток - патологія опорно-рухового апарату, що найчастіше виникає при високоенергетичних травмах та внаслідок радикального видалення патологічного вогнища з кістки. Усі пацієнти з наявними сегментарними дефектами кісток кінцівок є інвалідами 2 - 3 групи. Використання складних васкуляризованих трансплантатів - дозволяє замінити зону дефекту діафізу кінцівки практично будь-яких розмірів живою здатною до активної регенерації кісткою. Малогомілкова кістка в нормі несе від 10% до 16% навантаження на нижню кінцівку. Тому після зрощення трансплантату та початку осьових навантажень на нижню кінцівку відбувається її гіпертрофія. Незважаючи на широке розповсюдження даної методики питання клініко-рентгенологічних змін трансплантованої малогомілкової кістки вивчено недостатньо.

Ми дослідили рентгенограми 15 хворих, що зазнали пересадки васкуляризованої малогомілкової кістки для заміщення значних сегментарних дефектів кісток кінцівок в клініці мікрочірургії. Серед прооперованих було 13 чоловіків та 2 жінки з середнім віком на момент оперативного втручання 30,5 років. Пацієнтам під час оперативного втручання замістили сегментарні дефекти кісток довгих кінцівок від 5 до 17 см, у середньому 11,2см. Мікрочірургічне заміщення дефектів довгих трубчастих кісток кінцівок виконували у хворих з наслідками високоенергетичних травм, а також після радикального лікування остеомієліту та пухлин кісток. Час післяопераційного спостереження хворих становив від 2 до 24 років, в середньому 11,2 років. Хворим виконували стандартизоване обстеження, що включало клінічне обстеження функції прооперованої кінцівки та рентгенографію ураженого сегменту в терміни 3-4, 6, 12 та 24 місяці після операції, а також в подальшому при повторному зверненні. На рентгенограмах, що виконувались в 2-х стандартних проєкціях оцінювали наявність зрощення трансплантату з реципієнтною кісткою, ступінь та тип гіпертрофії трансплантату в порівнянні з вихідною товщиною за розробленою нами на основі робіт S.Falder та H.De Voeg інтегральною методикою. Внаслідок проведеного дослідження встановлено що:

- Гіпертрофія трансплантату розпочинається лише після його зрощення з реципієнтною кісткою на обох полюсах, за умови дозованих осьових навантажень на прооперовану кінцівку. Гіпертрофія васкуляризованого малогомілкового трансплантату майже не відмічається на верхніх кінцівках, проте в дефектах нижніх кінцівок вона досягає 120%.

- Зростання механічних навантажень на довгі кістки призводить до певних адаптаційних змін, які проявляються стимуляцією формування кісткової тканини та пригніченням її резорбції. Але якщо повторні механічні навантаження перевищують міцність кістки, виникає її стресовий перелом. Здатність васкуляризованих та не васкуляризованих кісткових трансплантатів витримувати та пристосовуватись до повторних механічних навантажень залежить як від міцності, так і від життєздатності трансплантату.

- Гіпертрофія трансплантату здійснюється за рахунок потовщення окістя (периостальна гіпертрофія) без розширення кістково-мозкового каналу малогомілкової кістки.

- При наявності кісткового регенерату поруч з трансплантованою малогомілковою кісткою після початку дозованих осьових навантажень гіпертрофується як малогомілковий трансплантат, так і регенерат реципієнтної кістки.

- Гіпертрофія малогомілкового трансплантату припиняється після досягнення ним товщини реципієнтної кістки.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ПЕРЕСТРОЙКИ
ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ
ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ СЕГМЕНТАРНЫХ ДЕФЕКТОВ ДИАФИЗОВ КОСТЕЙ
КОНЕЧНОСТЕЙ**

Страфун С.С., Куринной И.Н., Страфун А.С., Долгополов А.В.

ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины» г. Киев.

В работе описана динамика клинико-рентгенологических изменений в васкуляризированном трансплантате малоберцовой кости после его пересадки в дефект диафиза длинной трубчатой кости.

**PECULIARITIES OF X-RAY RESTRUCTURING OF VASCULARIZED FIBULA
GRAFT AFTER REPLACEMENT OF SEGMENTAL BONE DEFECTS**

Strafun S.S., Kurinnyi, I.M., Strafun O.S., Dolgoplov O.V.

State Institution "Institute of Traumatology and Orthopedics of NAMS of Ukraine", Kyiv.

This paper describes the dynamics of clinical and radiological changes in the vascularized fibular graft after transplantation into the defect of shaft of long extremity bones.