

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ КОМБІНОВАНИХ ПОСТОСТЕОМІЄЛІТИЧНИХ ДЕФЕКТІВ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ

Грицай М.П., Ліненко О.М.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМНУ», м.Київ

Проблема лікування хворих з постостеомієлітичними дефектами великогомілкової кістки досі залишається гострою та актуальною, незважаючи на сотні публікацій і десятки монографій, які так чи інакше торкаються цього питання.

Центральною ланкою лікування остеомієліту є радикальна санація остеомієлітичного вогнища, яка неминуче призводить до збільшення розмірів дефекту кістки і м'яких тканин. Його розміри можуть коливатися від мінімальних, при крайовому ураженні кістки, до субтотальних дефектів циркулярного характеру. Пластика дефекту великогомілкової кістки часто вимагає і відновлення шкірного покриву.

Мета дослідження полягала в розробці алгоритму хірургічних дій при лікуванні постостеомієлітичних сегментарних дефектів великогомілкової кістки.

Нами були проаналізовані особливості хірургічного лікування 116 хворих з сегментарними постостеомієлітичними дефектами великогомілкової кістки, які знаходилися на лікуванні у відділенні кістково-гнійної хірургії Інституту травматології та ортопедії НАМНУ за період з 2002 по 2012 роки. Середній вік пацієнтів на момент госпіталізації в клініку склав $34,51 \pm 12,42$ та варіював від 7 до 59 років. Переважно це були люди працездатного віку - 112 (96,6 %), та чоловіки - 104 (90 %). За клінічними формами на момент поступлення у хворих домінували незрощені переломи та несправжні суглоби (30,2% та 36,2 % відповідно). Анатомо-функціональна оцінка результатів лікування 116 хворих з постостеомієлітичними дефектами великогомілкової кістки дозволила виділити 3 групи хворих в залежності від величини дефекту великогомілкової кістки і розмірів супутнього дефекту м'яких тканин. Залежно від величини циркулярного дефекту кістки розподіл хворих був таким: з дефектом до 3 см, від 3 до 8 см і більше 8 см.

При мінімальних за величиною дефектах великогомілкової кістки стан м'яких тканин, як правило, був задовільним або були помірні рубцеві зміни тканин в ділянці вогнища (20 хворих). В другій групі пацієнтів більш значні дефекти м'яких тканин (або їх рубцеві зміни) у 82 хворих розташовувалися в межах кісткового дефекту, у 14 хворих дефекти м'яких тканин перевищували за протяжністю дефект кістки.

Відмінною особливістю першої групи хворих є наявність відносно повноцінного покриву м'яких тканин на рівні дефекту великогомілкової кістки при незначній його величині. У зв'язку з цим в пластиці покривних тканин немає необхідності. При лікуванні даної категорії хворих у 4 пацієнтів був застосований білокальний компресійно-дистракційний остеосинтез за Ілізаровим, у 16 білокальний послідовний distraкційно-компресійний остеосинтез.

У другій групі пацієнтів завжди є дефект покривних тканин на рівні дефекту великогомілкової кістки, причому їх поздовжні межі збігаються. У цьому випадку при заміщенні дефекту великогомілкової кістки кістковими трансплантатами необхідна пластика і дефекту покривних тканин. В останній немає необхідності при застосуванні невеликої кісткової пластики за Ілізаровим, коли зближення і контакт кісткових відламків усуває в основному і дефект шкірних покривів. В період distraкції та заміщення комбінованого дефекту нами був запропонований спосіб пластики комбінованого дефекту після сегментарної резекції довгих кісток при хронічному травматичному остеомієліті (деклараційний патент № у 2009 01897), який передбачає санацію кістки та м'яких тканин та заповнення її пластичним матеріалом з вмістом медичного поліуретанового клею КЛ-3 та антибіотика. Методика забезпечує постійну біодеградацію клею, який призводить до вивільнення іmobilізованого на ньому антибіотика безпосередньо в інфіковане вогнище, що обумовлює тривалий антибактеріальний ефект. Це дає можливість попередити виникнення післяопераційних гнійно-запальних ускладнень та використати його як тимчасову пломбу

при пострезекційних кісткових та м'якотканинних дефектах у процесі виконання черезкісткового дистракційно-компресійного остеосинтезу.

У третій групі пацієнтів дефекти м'яких тканин значно перевищують за своїми поздовжнім розмірами величину дефекту кістки. Це робить необхідним відновлення повноцінного шкірного покриву в усіх без винятку випадках одночасно або до проведення кісткової пластики. Найефективніший методом заміщення великих комбінованих сегментарних дефектів є пересадка комплексного васкуляризованого трансплантату малоомілкової кістки. При наявних протипоказах до мікрохірургічного втручання ми застосовували багаторівневий послідовний дистракційно-компресійний остеосинтез за Лізаровим (n=3).

Тактика хірургічного лікування постостеомієлітичних сегментарних дефектів великогомілкової кістки залежить не тільки від величини дефекту, але й від наявної супутньої патології. Враховуючи вище зазначене в лікуванні данної категорії хворих превалював білокальний дистракційно-компресійний метод оперативного лікування.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ПОСТОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ БОЛЬШЕБЕРЦЕВОЙ КОСТИ

Грицай Н.П., Линенко А.Н.

ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМНУ», г.Киев

Нами проанализированы особенности хирургического лечения 116 больных с комбинированными постостеомиелитическими дефектами большеберцевой кости, которые находились на лечении в отделении костно-гнойной хирургии Института травматологии и ортопедии НАМНУ. Выработана тактика хирургического лечения постостеомиелитических дефектов большеберцевой кости в зависимости от величины дефекта и состояния мягких тканей.

CLINICAL MANAGEMENT OF THE COMBINED POSTOSTEOMIEELITIC DEFECTS OF THE TIBIA

Gritsai N.P., Linenko A.N.

"Institute of Traumatology and Orthopedic of the Academy of Medical Sciences of Ukraine",
Kiev

We analyzed the features of surgical treatment of 116 patients with combined postosteomyelitic defects of the tibia who were treated at the Department of osteo-contaminated surgery of the Institute of Traumatology and Orthopedics of the Academy of Medical Sciences of Ukraine. Developed tactics of surgical treatment of postosteomyelitic defects tibia depending on the size of the defect and the condition of the soft tissues.