

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСЕВДОАРТРОЗАМИ И КОСТНЫМИ ДЕФЕКТАМИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Борзунов Д.Ю.

ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Минздрава России», г. Курган

Введение. В настоящее время признаны наиболее эффективными костнопластические вмешательства с использованием васкуляризированных аутотрансплантатов при лечении пациентов с дефектами и ложными суставами.

Цель работы. Оценка эффективности применения несвободной костной пластики по Г.А. Илизарову в реабилитации пациентов с гетерогенными дефектами и ложными суставами длинных костей и определение перспективных подходов к использованию технологий чрескостного остеосинтеза.

Материал и методы. Подходы к реабилитации пациентов с костными дефектами и ложными суставами имеют фундаментальное экспериментально–теоретическое обоснование, базирующееся на репаративных процессах протекающих в тканях при ликвидации костных дефектов в условиях дистракционного остеогенеза. Система реконструктивно-восстановительного лечения больных с дефектами и псевдоартрозами длинных костей по Г.А. Илизарову базируется на следующих основных подходах к реабилитации: удлинении отломков, их сращении на стыке, межберцовом синостозировании и закрытом дозированном растяжении межотломковых тканей с формированием регенератов. Основной целью лечебно-реабилитационного процесса является возмещение костного дефекта, восстановление целостности костного остова и длины конечности, устранение деформаций и порочных контрактур суставов.

Результаты и обсуждение. Монолокальный компрессионно-дистракционный остеосинтез в основном применяли при гипертрофических ложных суставах длинных костей. При восполнении костных дефектов длинных костей в 81,7% клинических ситуаций замещение костного дефекта выполняли посредством удлинения отломка. При замещении дефектов длинных костей более 5-7 см отдавали предпочтение использованию технологий полилокального формирования дистракционных регенератов. При суб- и тотальных дефектах большеберцовой кости для восстановления костного остова голени целесообразным было использование различных вариантов межберцового синостозирования. Выбор варианта срачивания отломков, хирургическая или бескровная тактика их адаптации определялся с учетом рентгенанатомической семиотики концов отломков, возможной площади их контакта, степени патологической подвижности отломков и локального состояния мягких тканей. В основном показанием для закрытого срачивания концов отломков являлось их конгруэнтная форма и отсутствие сформированных замыкательных пластинок. Открытую адаптацию применяли при эбурнированных, неконгруэнтных отломках, когда было невозможно создать достаточную и адекватную для полноценного срачивания площадь контакта отломков без их экономной резекции, взаимопогружения или иных костнопластических вмешательств. Инородные тела в межотломковом диастазе (металлоконструкции, трансплантаты), препятствующие адекватному контакту концов отломков подлежали обязательному удалению. Стимуляция репаративного процесса обеспечивалась методами хирургического воздействия: дополнительной травматизацией и «компактизацией» дистракционных регенератов, имплантацией клеточных элементов и тканей в очаги остеогенеза, использованием материалов с остеоиндуцирующим покрытием. Сокращение продолжительности лечебно-реабилитационных мероприятий обеспечивали комбинированным применением технологий чрескостного остеосинтеза, интрамедуллярного армирования спицами с гидроксиапатитным покрытием и блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза.

Выводы. Дифференцированное использование методик несвободной костной пластики по Г.А. Илизарову обеспечило положительный исход лечебно-реабилитационных мероприятий в 90,5-100% клинических наблюдений.

Approaches to rehabilitation of patients with defects and false joints of long bones using non-free bone grafting by Ilizarov are presented. System of patients treatment is based on monofocal, bifocal, polyfocal transosseous osteosynthesis and tibiofibular synostosis.