

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ДЕФЕКТАМИ КОСТНОЙ ТКАНИ

Анкин Н.Л., Петрик Т.М., Ладыка В.А., Дударь С.Л.
КЗ КОР "Киевская областная клиническая больница"

Резюме. В статье проанализированы результаты хирургического лечения пациентов с переломами большеберцовой кости, осложненными дефектами костной ткани. Проспективное исследование проведено на протяжении 2010-2015 гг. у 18 пациентов. В зависимости от тактики лечения мы разделили пациентов на три группы. В I группе к пациентам применялась тактика лечения по типу индуцированных мембран, описанная Masquelet. Во II второй после хирургической обработки спейсер не применялся. В III группе для закрытия образованного костного дефекта пациентам проводился транспорт отломка по Илизарову. Лечение сегментарных костных дефектов конечностей – сложная задача как для хирурга, так и для пациента. Поэтому наличие таких дефектов является ведущим фактором, который влияет на развитие осложнений и сращение перелома костей голени.

Ключевые слова: сегментарный костный дефект, костная пластика, техника индуцированных мембран, транспорт по Илизарову.

Введение

На сегодняшний день в многообразной структуре сочетанных и множественных повреждений опорно-двигательного аппарата преобладают открытые переломы костей голени, которые составляют, по данным разных источников, от 54,7% до 78% случаев среди всех открытых повреждений длинных костей [3, 8, 9, 21]. Голень – одна из наиболее часто травмируемых областей при высокоэнергетической травме и около 30% ее переломов являются открытыми [6, 7, 19]. При анализе огромного количества публикаций выявлено, что наибольшие трудности у хирургов возникают при лечении пациентов с открытыми переломами костей голени, когда есть не только дефекты мягких тканей, но и костные. Проблемы замещения костных дефектов голени, восстановления анатомической целостности и функциональной состоятельности костной ткани до сих пор являются актуальными [2, 4, 5, 10]. Поэтому в реконструктивно-восстановительной хирургии для больных с такими повреждениями большинство отечественных авторов признает наиболее эффективными два способа замещения костных дефектов: транспорт отломка по Илизарову и использование свободного костного аутотрансплантата [1]. С.Р. Duncan, С.А. Beauchamp (1993) впервые описали успешное использование спейсера для двухэтапного ревизионного эндопротезирования при лечении инфекционных осложнений после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Это стало началом использования спейсера при лечении инфекции верхних и нижних конечностей с последующим

применением его для одного из этапов ликвидации сегментарных костных дефектов.

Цель – изучить результаты лечения переломов большеберцовой кости с дефектами костной ткани и отработать тактику хирургического лечения пациентов с различной величиной костных дефектов.

Материалы и методы

Нами проведен анализ результатов лечения 18 пациентов, проходивших лечение в ортопедо-травматологическом центре на базе Киевской областной клинической больницы на протяжении 2010-2015 гг. Критерием включения в исследование являлось наличие костного дефекта большеберцовой кости, возникшего вследствие хирургической обработки открытого перелома или лечения острого остеомиелита костей голени. Критериями исключения были: возраст пациента до 18 лет, патологические переломы костей голени, открытые или закрытые переломы костей голени без костного дефекта, дефекты большеберцовой кости вследствие резекции опухоли, хронический остеомиелит костей голени. Средний возраст пациентов составлял $34,2 \pm 11,2$ года, в исследуемую группу было включено 17 (94,4%) мужчин и 1 (5,6%) женщина. Источником травмы у всех пациентов было ДТП или кататравма. Из общего числа пациентов у 16 (89%) переломы были открытыми, которые мы разделили по классификации Gustilo-Anderson (1984) [13, 14] на: IIIa степень встречалась у 8 (50%) пациентов, IIIb степень – у 6 (37,5%), у 2 (12,5%) обнаружено перелом IIIc степени. Костный дефект как последствие лечения закры-