

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХИБНИХ СУГЛОБІВ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК

Шевчук В.І., Безсмертний Ю.О., Тетерук В.Ф., Веремій О.А.

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна

Стойка втрата працездатності, яка викликана псевдоартрозами (ПА) довгих трубчастих кісток, залишається високою і складає 7,8-33,1% від загальної інвалідності при травмах. Успіх лікування цієї патології в значній мірі залежить від методики хірургічного лікування з урахуванням її локалізації, стану кінців кісткових фрагментів, ступіню пошкодження оточуючих тканин, анатомо-фізіологічних особливостей сегментів кінцівок.

Під нашим спостереженням знаходилось 105 хворих з ПА довгих трубчастих кісток, віком від 18 до 81 року. Чолоків було 79 (75,2%), жінок – 26 (24,8%). Псевдоартроз стегнової кістки спостерігали у 21 (20%), кісток гомілки – у 66 (62,8%), плеча – у 5 (4,8%), ліктьової кістки – у 9 (8,6%), променевої – у 2 (1,9%), обох кісток передпліччя – у 1 (0,95%), ключиці – у 1 (0,95%) хворих.

Причинами їх розвитку були: невірна та недостатня імобілізація (31 чол), передчасне навантаження та розробка рухів в суглобах ураженої кінцівки (23 чол), неусунене зміщення кісткових фрагментів (20 чол), нераціональне хірургічне лікування переломів (16 чол), злам металевого фіксатора (15 чол). Діагноз ПА встановлювали згідно клінічних та рентгенологічних даних.

Застосований диференційований підхід в залежності від форми ПА. У 89 (84,7%) хворих з гіпо- та атрофічними формами ПА проводили поперечну резекцію зон ураження із застосуванням позавогнищезового компресійно-дистракційного остеосинтезу (КДО) (66,6%) та накісткового металоостеосинтезу пластиною (18,1%). Величина резекції коливалась від 0,5 до 5,5 см. У 9 (8,6%) хворих з гіперпластичним ПА великогомілкової кістки проведено резекцію малоомілкової кістки та КДО. З метою стимулювання репаративного остеогенезу застосована кісткова аутопластика з крила клубової кістки у 29 (27,6%), з великогомілкової кістки - у 15 (14,3%). Погружна укладка кісткового аутотрансплантату по Брунну проведена 23 (21,9%), пристінкова по Деленженеру – 11 (10,4%), переміщення по Ольбі-Хахутову – 10 (9,5%) хворим. У одного хворого пострезекційний дефект довжиною 5,5 см заміщений дистракційним регенератом шляхом білокального КДО.

Ускладнення при лікуванні ПА спостерігали у 3 (2,85%) хворих. Вони були обумовлені невірним вибором оперативного методу та неадекватним веденням післяопераційного періоду, що в наступному призвело до розсмоктування кісткового аутотрансплантату без рентгенологічних ознак регенерації кісткової тканини. Зрощення ПА досягнуто у 101 (96,1%) хворого. Найбільш ефективним методом їх лікування був КДО поєднаний з кістковою аутопластикою. Їх поєднання сприяло скороченню термінів репаративної регенерації, забезпечувало максимальний контакт і постійну нерушливість кісткових уламків.

Таким чином, проведений аналіз хірургічного лікування ПА довгих трубчастих кісток показав, що основною умовою, яка забезпечує відновлення цілісності кістки та функції ушкодженої кінцівки є міцне зкріплення уламків поєднане з кістковою аутопластикою.