

**ОДНОЭТАПНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ОБШИРНЫХ ГЛУБОКИХ  
ДЕФЕКТОВ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ДВУМЯ  
ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫМИ КОМПЛЕКСНЫМИ  
ТРАНСПЛАНТАТАМИ (КОСТНЫМ И МЯГКОТКАНЫМ)**

*Лагутко Д.Ю.<sup>1</sup>, Пекарь А.В.<sup>1</sup>, Барьяш А.В.<sup>1,2</sup>, Губичева А.В.<sup>1</sup>,  
Козека М.В.<sup>1</sup>, Федоров К.А.<sup>1</sup>, Литвинчик А.А.<sup>1</sup>, Скакун П.В.<sup>1,2</sup>,  
Лаутко Ю.Н.<sup>2</sup>, Подгайский В.Н.<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup>Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии, Минск, Беларусь

<sup>2</sup>УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь

**Актуальность.** Васкуляризированные костные трансплантаты могут быть забраны в комплексе с другими тканями на одной питающей ножке, которые могут использоваться не только для замещения крупных костных, но и сопутствующих мягкотканых дефектов конечности, однако такие лоскуты имеют свои ограничения по размеру. В случаях, когда дефект покровных тканей превышает максимальные размеры мягкотканого компонента комплексного трансплантата, традиционно рекомендуется использовать двух стадийный протокол хирургического лечения. Такая тактика увеличивает длительность лечения пациента, вероятность развития послеоперационных осложнений и создает технические сложности при проведении второго этапа в поисках возможного места анастомоза сосудистой ножки трансплантата с реципиентными сосудами. Только в единичных работах предлагается использовать одностадийное замещение глубоких дефектов тканей конечности, используя пересадку двух комплексных трансплантатов. Однако, авторы не

приводят отдельно результаты лечения этих пациентов и влияние такого подхода на развитие послеоперационных осложнений и, следовательно, эффективность такого хирургического подхода остается невыясненной

**Цель.** Изучение эффективности комбинированной одноэтапной реконструкции обширных комплексных дефектов тканей конечностей.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 25 пациентов с костными и мягкоткаными дефектами тканей нижних конечностей. В первую группу вошли 16 пациентов, где замещение костного и мягкотканого дефектов голени проводилось одним комплексным костно-кожным трансплантатом. В трех случаях использовался подвздошный и в 13 малоберцовый комплексный лоскут. Вторую группу составили 9 пациентов, у которых наряду с крупными дефектами большеберцовой кости имелись сопутствующие обширные повреждения покровных тканей. Для замещения костного и мягкотканого дефектов конечности применялась методика ауотрансплантации 2-х свободных лоскутов, костного и мягкотканого (комбинированная). У 8 пациентов мы использовали костно-кожный малоберцовый и мышечно-кожный ТДЛ, а у одного – костно-мышечный ВТГПК и мышечно-кожный ТДЛ. Группы были однородны по возрастному и половому составу, сопутствующей патологии.

**Результаты.** В проведенном исследовании нами были проанализированы ранние и поздние послеоперационные осложнения, а также средние сроки сращения трансплантата с реципиентным ложем и сроки восстановления опороспособности нижней конечности. У второй группы пациентов мы не наблюдали в раннем послеоперационном периоде критических осложнений, которые повлияли бы на результаты лечения пациентов. Увеличение частоты встречаемости сосудистых осложнений не является статистически достоверным. В позднем послеоперационном периоде (30 и более дней) в обеих группах пациентов наблюдались стрессовые переломы малоберцового трансплантата, травматический перелом малоберцового трансплантата, замедленная консолидация концов трансплантата с реципиентной костью продолжительностью более 6 месяцев. Встречаемость этих осложнений была сравнимой в обеих группах, статистически значимых отличий выявлено не было. Средние сроки сращения трансплантата с реципиентным ложем и сроки восстановления опороспособности нижней конечности статистически значимых различий не имели.

**Выводы.** Одноэтапная реконструкция обширных глубоких дефектов тканей конечности путем использования соответствующей комбинации двух васкуляризированных комплексных трансплантатов (костного и мягкотканного) обеспечивает полную реконструкцию комплексных дефектов тканей конечностей без увеличения сроков консолидации костных фрагментов и частоты встречаемости послеоперационных осложнений.